



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRÅD.DK

MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE BØRN

AF

BJØRN EVALD HOLSTEIN (FORMAND)

TINE BRINK HENRIKSEN
SIGNE BOE RAYCE
CHARLOTTE RINGSMOSE

ANNE METTE SKOVGAARD
GRETE KATRINE TEILMANN
METTE SKOVGAARD VÆVER



EN RAPPORT FRA

VIDENSRÅD FOR FOREBYGGELSE
KRISTIANIAGADE 12
2100 KØBENHAVN Ø

VFF@DADL.DK
WWW.VIDENSRAD.DK

MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE BØRN

AF

BJØRN EVALD HOLSTEIN (FORMAND)

TINE BRINK HENRIKSEN
SIGNE BOE RAYCE
CHARLOTTE RINGMOSE

ANNE METTE SKOVGAARD
GRETE KATRINE TEILMANN
METTE SKOVGAARD VÆVER

MENTAL SUNDHED OG PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE BØRN

Udarbejdet af Bjørn Ewald Holstein (formand)
Tine Brink Henriksen
Signe Boe Rayce
Charlotte Ringsmose
Anne Mette Skovgaard
Grete Katrine Teilmann
Mette Skovgaard Væver

Fagredaktion Kirstine Struntze Krogholm

ISBN 978-87-971490-3-4

Design B14

Publikationsår 2021

1. udgave

Rapporten refereres Holstein BE, Henriksen TB, Rayce SB, Ringsmose C, Skovgaard AM, Teilmann GK, Væver MS. Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2021: 1-304.

Rapporten kan frit downloades på

www.vidensraad.dk

FORORD	8
KOMMISSORIUM	9
ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING OG ANDRE BIDRAGSYDERE	10
SAMMENFATNING AF RAPPORTEN OG VIDENSHULLER	12
RÅD OG FORSLAG	21
1 INDLEDNING	27
1.1 FORMÅL	28
1.2 BAGGRUND	29
1.2.1 EN ETISK FORPLIGTELSE	29
1.2.2 MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM ER ALMINDELIGT FOREKOMMENDE	29
1.2.3 MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM HAR OMFATTENDE NEGATIVE KONSEKVENSER	30
1.2.4 TIDLIG INDSATS ER VIGTIG	30
1.2.5 FOREBYGGELSESMULIGHEDER	31
1.2.6 DER ER SOCIAL ULIGHED I BØRNS MENTALE HELBRED	32
1.3 BARNET UDVIKLER SIG I OG MED SINE RELATIONER OG SIT SOCIALE MILJØ	32
1.4 HOVEDBEGREBER	33
1.4.1 MENTAL SUNDHED	33
1.4.2 MENTALE HELBREDSPROBLEMER	35
1.4.3 PSYKISK SYGDOM	35
1.4.4 SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE	36
1.4.5 USI-MODELLEN	36
1.4.6 OPSPORING	37
1.4.7 SAMFUNDSMÆSSIGE PERSPEKTIVER VED UNIVERSEL OG SELEKTIV FOREBYGGELSE	38
1.5 METODER	40
1.6 MÅLGRUPPE OG LÆSEVEJLEDNING	41
1.7 REFERENCER	42

2	FOREKOMST AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM	49
2.1	SAMMENFATNING	50
2.2	INDLEDNING	50
2.3	MENTALE HELBREDSPROBLEMER	51
2.3.1	MENTALE HELBREDSPROBLEMER HOS 0-3-ÅRIGE	52
2.3.2	MENTALE HELBREDSPROBLEMER HOS 4-9-ÅRIGE	54
2.3.3	FUNKTIONELLE FYSISKE SYMPTOMER HOS 5-7-ÅRIGE	55
2.3.4	SPISEPROBLEMER OG VÆGTPROBLEMER	55
2.3.5	TRIVSEL OG MENTALE HELBREDSPROBLEMER I TIDEN OMKRING SKOLESTART, BEDØMT AF BØRNENE SELV OG DERES FORÆLDRE	55
2.4	PSYKISK SYGDOM	64
2.5	DIAGNOSTICERING AF PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE	65
2.6	FOREKOMST AF PSYKIATRISKE DIAGNOSER HOS BØRN HENVIST TIL BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE AFDELINGER PÅ HOSPITALET	65
2.7	GENERELLE POPULATIONSUERSØGELSER AF PSYKISK SYGDOM	74
2.8	FOREKOMSTEN AF PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE I DANMARK	75
2.9	KOMORBIDITET	76
2.10	MENTALE HELBREDSPROBLEMER I DE FØRSTE LEVEÅR ER ASSOCIERET MED SENERE PSYKISK SYGDOM	78
2.11	FORLØB AF PROBLEMER MED AT REGULERE SØVN, SPISNING OG EMOTIONELLE REAKTIONER	86
2.12	MENTALE HELBREDSPROBLEMER VED SKOLESTART ER ASSOCIERET MED PSYKISKE SYGDOMME I SKOLEALDEREN	86
2.13	REFERENCER	87
3	RISIKOFAKTORER OG RISIKOMEKANISMER	93
3.1	SAMMENFATNING	94
3.2	INDLEDNING	94
3.3	VÆSENTLIGE RISIKOFAKTORER FOR MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM	95
3.3.1	GENETISKE FAKTORER	95
3.3.2	PRÆ- OG PERINATALE FAKTORER	95
3.3.3	FAKTORER RELATERET TIL DE PSYKOSOCIALE FORHOLD I FAMILIEN	99
3.3.4	PROBLEMER I FORÆLDRE-BARN-RELATIONEN	100
3.3.5	MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM HOS FORÆLDRENE	100

3.4	SOMATISK SYGDOM OG MENTALE HELBREDSPROBLEMER	102
3.4.1	ASTMA OG ALLERGI	103
3.4.2	OVERVÆGT	104
3.4.3	DIABETES	106
3.4.4	CEREBRAL PARESE	107
3.4.5	EPILEPSI	107
3.4.6	INFLAMMATORISKE TARMFYGDOMME OG CØLIAKI	108
3.4.7	SJÆLDNERE LIDELSER: BØRNELEDDEGIGT, NEUROFIBROMATOSE OG HJERTESYGDOM	108
3.5	REFERENCER	110
4	FAMILIEN SOM UDVIKLINGSKONTEKST FOR BØRNS MENTALE UDVIKLING	119
4.1	SAMMENFATNING	120
4.2	INDLEDNING	121
4.3	BARNETS UDVIKLING AF TILKNYTNING	122
4.4	FORÆLDREEVNE	124
4.5	BARNETS UDVIKLING AF EVNEN TIL FØLELSES- OG SELVREGULERING	126
4.6	BARNETS SPROGLIGE UDVIKLING	128
4.7	FORÆLDRES SKÆRMTID OG MENTAL SUNDHED HOS SPÆD- OG SMÅBØRN	130
4.8	SKÆRMTID OG MENTAL SUNDHED BLANDT 0-9-ÅRIGE	132
4.9	FAMILIESTRUKTUR OG FAMILIELIV	135
4.10	SOCIAL ULIKHED I MENTAL SUNDHED BLANDT 0-9-ÅRIGE	136
4.11	KONSEKVENSER FOR BØRNS MENTALE SUNDHED AF COVID-19	137
4.12	REFERENCER	143
5	DAGTILBUD OG INDSKOLING SOM UDVIKLINGSKONTEKST FOR BØRNS MENTALE UDVIKLING	153
5.1	SAMMENFATNING	154
5.2	DAGTILBUDS BETYDNING FOR BØRNS UDVIKLING	155
5.3	HVAD ER KVALITET I DAGTILBUD?	157
5.4	FORSKNING I KVALITET I DAGTILBUD	158
5.4.1	HVORDAN GÅR DET MED BØRNENE I DE DANSKE DAGTILBUD?	160
5.5	INDSKOLINGEN SOM UDVIKLINGSKONTEKST	161
5.6	FORSKNING OM INDSKOLING, SKOLEPARATHED OG BØRNS MENTALE SUNDHED	164
5.7	PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK RÅDGIVNING	166
5.8	REFERENCER	168

6	OPSPORING AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER	173
6.1	SAMMENFATNING	174
6.2	INDLEDNING	175
6.3	DEN KOMMUNALE SUNDHEDSPLEJE I FØRSTE LEVEÅR	175
6.4	BØRNEUNDERSØGELSE I ALMEN PRAKSIS	178
6.5	SUNDHEDSPLEJE MELLEM ET ÅR OG INDSKOLING	180
6.6	OPSPORING I DAGTILBUD	181
6.7	SKOLESUNDHEDSPLEJE	183
6.8	PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK RÅDGIVNING	184
6.9	MONITORERING AF BØRNS TRIVSEL	184
6.10	TVÆRFAGLIG INDSATS	185
6.11	STATUS FOR VIDEN OM TIDLIG OPSPORING	185
6.12	REFERENCER	187
7	FORÆLDRERETTEDE INDSATSER	191
7.1	SAMMENFATNING	192
7.2	INDLEDNING	193
7.3	SUNDHEDSPLEJEN SOM SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATS	194
7.3.1	INTERNATIONAL VIDENSKABELIG LITTERATUR OM EFFEKTEN AF SUNDHEDSPLEJE	194
7.4	FORÆLDREINDSATSER TIL SPÆD- OG/ELLER SMÅBØRNSFORÆLDRE	195
7.4.1	INTERNATIONAL VIDENSKABELIG LITTERATUR OM EFFEKTEN AF FORÆLDREINDSATSER TIL SPÆD- OG/ELLER SMÅBØRNSFORÆLDRE	195
7.4.2	FORÆLDREINDSATSER TIL SPÆD- OG SMÅBØRNSFORÆLDRE I DANMARK	198
7.5	FORÆLDREINDSATSER I FØRSKOLEALDEREN (3-6 ÅR)	204
7.5.1	INTERNATIONAL VIDENSKABELIG LITTERATUR OM FORÆLDREINDSATSER TIL FØRSKOLEBØRN	204
7.5.2	FORÆLDREINDSATSER TIL FØRSKOLEBØRN I DANMARK	207
7.6	FORÆLDREINDSATSER I INDSKOLINGSALDEREN	211
7.6.1	INTERNATIONAL VIDENSKABELIG LITTERATUR OM EFFEKTEN AF FORÆLDREINDSATSER I INDSKOLINGSALDEREN	212
7.6.2	FORÆLDREINDSATSER I INDSKOLINGSALDEREN I DANMARK	213
7.7	REFERENCER	216
8	INDSATSER I DAGTILBUD	225
8.1	SAMMENFATNING	226
8.2	DAGTILBUDDENES KVALITET OG BØRNS VILKÅR FOR TRIVSEL, LÆRING OG UDVIKLING	226
8.3	INDSATSER I DAGTILBUD I DANMARK	228
8.4	REFERENCER	233

9	SKOLEBASEREDE INDSATSER	235
9.1	SAMMENFATNING	236
9.2	OVERBLIK OVER DEN VIDENSKABELIGE LITTERATUR	237
9.2.1	ALMEN FREMME AF MENTAL SUNDHED	238
9.2.2	FOREBYGGELSE AF SPECIFIKKE MENTALE HELBREDSPROBLEMER	239
9.2.3	INDSATSEN MOD MOBNING	241
9.3	FOREBYGGENDE INDSATSER I DANMARK	241
9.3.1	EKSEMPLER PÅ UNIVERSELLE INDSATSER	241
9.3.2	EKSEMPLER PÅ SELEKTIVE INDSATSER	243
9.4	REFERENCER	245
10	ANBRINGELSE AF BØRN UDEN FOR HJEMMET	249
10.1	SAMMENFATNING	250
10.2	INDLEDNING	251
10.2.1	PROBLEMSTILLING	251
10.2.2	LOVGRUNDLAG	251
10.2.3	STATISTISKE OPLYSNINGER OM ANBRINGELSER	251
10.2.4	SAGSBEHANDLING	252
10.3	VIDENSKABELIG LITTERATUR OM ANBRAGTE BØRN	253
10.3.1	INTERNATIONAL FORSKNING	253
10.3.2	DANSKE STUDIER	254
10.3.3	FOREBYGGENDE INDSATSER FOR ANBRAGTE BØRN	255
10.4	REFERENCER	258
11	INDIKERET FOREBYGGELSE AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM	261
11.1	SAMMENFATNING	262
11.2	INDLEDNING	263
11.3	BARNETS UDVIKLINGSMÆSSIGE BEHOV ER UDGANGSPUNKTET	264
11.4	REFERENCER	269
12	OVERSIGT OVER DANSKE INDSATSER	273
	ORDLISTE	287
	SUMMARY OF THE REPORT AND GAPS IN KNOWLEDGE	293

FORORD

Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i barndommen kan have store konsekvenser for barnets sundhed og videre færd i ungdoms- og voksenlivet. Forekomsten af disse udfordringer er vidt udbredt blandt børn i Danmark ikke mindst i mere socialt belastede familier. Det er baggrunden for, at Vidensråd for Forebyggelse nedsatte en arbejdsgruppe til at afdække dette område.

Mindst 16% af 0-9-årige børn i Danmark oplever betydelige mentale helbredsproblemer, heraf bliver 8% diagnosticeret med en psykisk sygdom i hospitalsvæsnet inden de fylder ti år. Der er altså tale om et betydeligt folkesundhedsproblem, som kalder på handling, for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom kan have omfattende negative konsekvenser for et barns udvikling, læring, helbred, uddannelse, familiedannelse og senere tilknytning til arbejdsmarkedet.

Denne rapport kortlægger forekomsten og fordelingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige danske børn, gennemgår hhv. risikofaktorer og beskyttende faktorer og præsenterer indsatser, der kan fremme mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i denne aldersgruppe.

Kortlægningen viser, at handling i form af tidlig indsats er vigtig. En sådan indsats kan bl.a. bestå i at sikre børn et sundhedsfremmende hjemme- og institutionsmiljø, reducere risikofaktorer og holde fokus på tidlig opsporing og tidlig indsats over for børn i særlig risiko, især børn med tidlige tegn på mentale helbredsproblemer og begyndende symptomer på psykisk sygdom.

Det er vores håb, at rapporten med sine forsk-

ningsbaserede råd og forslag til handling vil guide stat, regioner, kommuner og relevante faggrupper til at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på området. Den nuværende indsats er utilstrækkelig, og rapporten afdækker et uudnyttet potentiale for forbedring af børns mentale helbred.

God læselyst.

Morten Grønbæk

formand for Vidensråd for Forebyggelse

KOMMISSORIUM

Baggrund

Mental sundhed er afgørende for et barns daglige funktion, livskvalitet, sociale relationer og sunde udvikling. Mange børn har dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, og derfor bør sundhedsfremme og forebyggelse af og tidlig indsats over for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom prioriteres. De seneste årtiers forskning har vist, at fundamentet for en god mental sundhed senere i livet grundlægges i barndommen, og der er et stigende samfundsmæssigt fokus på nødvendigheden af tidlig forebyggelse. Men på trods af en fælles forståelse for betydningen af tidlige indsatser, mangler vi et samlet overblik, der kan belyse situationen for danske børn i en periode af livet, hvor sundhedsfremme, forebyggelse og tidlig indsats vil kunne have stor effekt. Der mangler en samlet og opdateret oversigt over forekomsten og fordelingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige børn i Danmark, og der mangler en samlet oversigt over risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer, som har relevans for sundhedsfremme og forebyggelse i et samfund som det danske. Herudover mangler der en oversigt over igangværende indsatser til forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt danske 0-9-årige, og især en oversigt over indsatser med dokumenteret effekt, som er velegnede i det danske samfund. Det er desuden vigtigt at guide forskningsindsatsen i de kommende år ved at identificere områder, hvor der i særlig grad mangler viden om disse emner.

Definering af arbejdsgruppens opgave

Med støtte fra TrykFonden har Vidensråd for Forebyggelse derfor nedsat en arbejdsgruppe

med det formål at sammenfatte den eksisterende forskningsbaserede viden om forekomsten og fordelingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige danske børn, og om risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer af betydning for barnets mentale sundhed og udvikling af mentale helbredsproblemer i relationelle og sociale sammenhænge. Det er desuden formålet at præsentere viden om indsatser, der kan fremme mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige børn i Danmark. På baggrund af denne kortlægning vil arbejdsgruppen pege på områder, hvor der mangler viden om faktorer af væsentlig betydning for mental sundhed og forebyggelsen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn. Ydermere vil rapporten præsentere forskningsbaserede råd og forslag, som kan guide stat, regioner, kommuner og relevante faggrupper til at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på området.

ARBEJDSGRUPPENS SAMMENSÆTNING OG ANDRE BIDRAGSYDERE

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppens formand er udpeget af formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse, mens arbejdsgruppens medlemmer er udpeget i fællesskab af formanden for arbejdsgruppen og formandskabet for Vidensråd for Forebyggelse. Arbejdsgruppens medlemmer er valgt på baggrund af deres faglige kompetencer og for at sikre tilstrækkelig faglig bredde inden for de emner, som rapporten omfatter. Alle medlemmer i arbejdsgruppen har udfyldt habilitetserklæringer.

- › **Bjørn Evald Holstein** (formand for arbejdsgruppen), professor emeritus i social epidemiologi, Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab, Syddansk Universitet.
- › **Tine Brink Henriksen**, professor i pædiatri, overlæge, ph.d., speciallæge i pædiatri og ekspert i neonatologi, Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital og Perinatal Epidemiologisk Forskningsenhed, Klinisk Institut, Aarhus Universitet.
- › **Signe Boe Rayce**, seniorforsker, ph.d., VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- › **Charlotte Ringsmose**, professor i kultur og læring, ph.d., autoriseret psykolog, forskningsleder, Laboratorium for Praksisrettet Dagtilbuds- og Skoleforskning ved Aalborg Universitet.
- › **Anne Mette Skovgaard**, professor i børns mentale helbred og psykopatologi, dr. med., speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- › **Grete Katrine Teilmann**, overlæge og klinisk lektor, ph.d. Børne- og Ungeafdelingen, Nordsjællands Hospital, Hillerød.

- › **Mette Skovgaard Væver**, professor i klinisk børnepsykologi og tidlig intervention, ph.d., Institut for Psykologi, Københavns Universitet.

Chefkonsulent, ph.d., **Kirstine Struntze Krogholm**, Vidensråd for Forebyggelses sekretariat, har fungeret som projektleder og fagredaktør for arbejdsgruppen.

Andre bidragsydere:

- › **Pernille Bendtsen**, tidligere sekretariatschef, ph.d., Vidensråd for Forebyggelse, for bidrag til projektide og -ledelse.
- › **Inge Marie Bryderup**, adj. professor i socialt arbejde, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, for bidrag til kapitel 10 om anbringelse uden for hjemmet.
- › **Anne-Dorthe Hestbæk**, seniorforsker, VIVE – det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, for bidrag til kapitel 10 om anbringelse uden for hjemmet.
- › **Kristina Schwenn Madsen**, stud.scient.san. publ., studentermedhjælper, Vidensråd for Forebyggelse, for bidrag til referencehåndtering og opsætning af litteraturlister.
- › **Line Nielsen**, tidligere konsulent, ph.d., Vidensråd for Forebyggelse, for bidrag til projektide, projektopstart og -ledelse.
- › **Carsten Obel**, professor i børn og unges mentale sundhed, ph.d., speciallæge i almen medicin, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, overlæge hos Komiteen for Sundhedsoplysning, for bidrag med SDQ-data fra BørnUngLiv til kapitel 2.3.5.

- › **Katrine Svendsen**, cand.scient.san., data-manager, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, for bidrag med SDQ-data fra BørnUngLiv til kapitel 2.3.5.

Arbejdsgruppen ønsker at takke:

Følgende enkeltpersoner har kommenteret på det faglige indhold i et eller flere kapitler i rapporten. Kommentarerne har givet anledning til værdifulde faglige diskussioner i arbejdsgruppen og har bidraget til at give indholdet i rapporten et væsentligt løft:

- › **Anders Beich**, praktiserende læge, formand for Dansk Selskab for Almen Medicin.
- › **Hanne Bertelsen**, specialkonsulent, Børn, Unge og Folkeskole, Kommunernes Landsforening.
- › **Linda Hardisty Bramsen**, ledende overlæge, Region Nord, og formand for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.
- › **Tine Curtis**, leder, Center for Forebyggelse i Praxis, Kommunernes Landsforening.
- › **May Britt Drugli**, professor, Regionalt Kunnskapssenter for Barn og Unge - Psykisk Helse og Barnevern, Fakultet for Medisin og Helsevitenskap, Institutt for Psykisk Helse, Norges Teknisk-naturvitenskapelige Universitet.
- › **Hanne Elberling**, overlæge, ph.d. ved Børne og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri og klinisk lektor, Institut for Klinisk Medicin, Region Hovedstadens Psykiatri.
- › **Liv Lyngå von Folsach**, overlæge, Sundhedsstyrelsen.
- › **Anne Heurlin**, overlæge, Børnepsykiatrien, Region Hovedstaden.
- › **Pia Jeppesen**, seniorforsker, klinisk lektor, overlæge, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri.
- › **Gitte Kaarina Jørgensen**, sundhedsplejerske, ph.d., lektor, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelser, Det Sundhedsfaglige Fakultet, Københavns Professionshøjskole.
- › **Susse Kolster**, konsulent, Center for Sundheds- og Socialpolitik, Kommunernes Landsforening.
- › **Jens Kristoffersen**, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen.
- › **Jette Kyhl**, specialkonsulent, Børn, Unge og Folkeskole, Kommunernes Landsforening.
- › **Fie Lyholm**, cand.psych., ph.d., psykologfaglig leder i PPR, Albertslund, Dansk Psykolog Forening.
- › **Carsten Obel**, professor i børn og unges mentale sundhed, ph.d., speciallæge i almen medicin, Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, overlæge hos Komiteen for Sundhedsoplysning.
- › **Lisbeth Holm Olsen**, specialkonsulent, Center for Forebyggelse i Praxis, Kommunernes Landsforening.
- › **Mille Kathrine Pedersen**, akademisk medarbejder, Sundhedsstyrelsen.
- › **Maiken Pontoppidan**, seniorforsker, cand.mag. og ph.d. i sundhedsvidenskab, Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- › **Karin Lassen Schmidt**, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Midt.
- › **Gøye Thorn Svendsen**, psykolog og specialkonsulent, Socialstyrelsen.
- › **Mikael Thastum**, professor, ph.d., Psykologisk Institut, Center for Psykologisk Behandling til Børn og Unge, Aarhus Universitet.
- › **Per Hove Thomsen**, lærestolsprofessor, Institut for Klinisk Medicin, Børne- og Ungdomspsykiatri, Aarhus Universitet.
- › **Signe Ventzel**, afdelingslæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Midt, og bestyrelsesmedlem i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.

SAMMENFATNING AF RAPPORTEN OG VIDENSHULLER

Dette afsnit sammenfatter kortlægningen af forskningsbaseret viden og peger på den baggrund på områder, hvor der er potentiale til at opruste mental sundhedsfremme og styrke forebyggelsen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt danske børn, og områder hvor der mangler viden. Mere detaljerede sammenfatninger af rapportens enkelte kapitler findes i starten af hvert kapitel.

BAGGRUND (KAPITEL 1)

Mindst 16% af danske børn oplever at få mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom, inden de bliver ti år. For en del børn, drejer det sig om tilbagevendende eller vedvarende vanskeligheder, som begrænser deres udviklingsmuligheder og sociale og følelsesmæssige funktion. Disse børn har en stærkt forøget risiko for fortsatte mentale helbredsproblemer op igennem barndommen og ungdomsårene, og de har en øget risiko for indlæringsproblemer og afbrudte uddannelsesforløb, og på længere sigt risiko for kronisk psykisk sygdom, misbrug og afhængighed af sociale ydelser. Der er derfor et stærkt rationale for at arbejde med fremme af den mentale sundhed og for at forebygge, at børn udvikler mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Omfattende forskning peger på, at jo tidligere forebyggelse iværksættes, jo bedre bliver resultatet.

FORMÅL (KAPITEL 1)

Formålet med rapporten er at præsentere den eksisterende forskningsbaserede viden om 1) forekomst og fordeling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige danske børn,

2) risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i de første ti leveår, og 3) indsatser, der kan fremme mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige børn i Danmark. På baggrund af denne kortlægning vil arbejdsgruppen pege på videnshuller og komme med råd og forslag til styrkelse af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på området.

TERMINOLOGI (KAPITEL 1)

Rapportens hovedbegreber er mental sundhed (med hjælpebegreberne trivsel og resiliens), mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Forebyggende indsatser beskrives med begreberne sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse. Disse tre begreber har et vist overlap og er ofte svære at adskille, fordi mange indsatser favner flere facetter. Litteraturen om forebyggelse skelner ofte mellem universelle, selektive og indikerede forebyggende indsatser, men i det virkelige liv gennemføres disse indsatser ofte i kombination.

FOREKOMST AF MENTALE HELBREDS- PROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM (KAPITEL 2)

Rapporten viser, at der er en del viden om forekomsten af psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer blandt 0-9-årige, også i Danmark. Mindst 16% af 0-9-årige børn i Danmark oplever betydelige mentale helbredsproblemer. Otte procent af børnebefolkningen diagnosticeres med en psykisk sygdom i hospitalsvæsenet inden de fylder ti år. Det er især mental retardering, autismespek-

trumforstyrrelser (ASF) og forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)), der fører til henvisning og diagnose i den tidlige barndom. Registerbaserede undersøgelser viser, at et stigende antal børn diagnosticeres med ASF og ADHD, men vi har ingen forskningsmæssig dokumentation for stigende hyppighed af disse tilstande i befolkningen som sådan.

I den samlede børnebefolkning er følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder de hyppigste former for mentale helbredsproblemer. For mange børn er det problemer, der kan spores tilbage til spæd- og småbarnsalderen, hvor barnet har haft problemer med at regulere søvn, spisning og følelsesmæssige reaktioner. Sådanne tidlige reguleringsproblemer kan være de første tegn på udviklingsrelaterede kaskader af dysregulering, der fortsætter ind i skolealderen. Resultatet kan være følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer og problemer med indlæring og social funktion, som forværres, hvis omgivelserne, især forældrene, ikke møder barnet med forståelse, støtte og omsorg.

Forløbet af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i den tidlige barnealder afhænger i vidt omfang af barnets omgivende miljø. Først og fremmest har forældrene en afgørende betydning, og her ikke mindst kvaliteten af forældre-barn-relationen. Herudover påvirkes barnets udvikling også af den øvrige familie, det sociale netværk, og tilbud til børnefamilier fra social- og sundhedsvæsenet, og tilbud i daginstitutioner og skoler (se kapitel 3, 4 og 5).

Vores viden om det udviklingsafhængige forløb af mentale helbredsproblemer i den tidlige barndom er imidlertid utilstrækkelig, og vi mangler specifik viden om, hvad der vedligeholder, forværrer eller reducerer risikoen for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos danske børn i førsko-

lealderen og den tidlige skolealder. Vi mangler desuden viden om effekten af samfundets tilbud (fx sundhedspleje, forældreindsatser, børneundersøgelser i almen praksis, dagtilbud og pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) ift. at begrænse udviklingen af mentale helbredsproblemer i barnets første ni leveår.

RISIKOFAKTORER OG RISIKOMEKANISMER (KAPITEL 3)

Befolkningsundersøgelser har identificeret vigtige risikofaktorer for psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer også blandt danske børn: Blandt de vigtigste er genetiske risikofaktorer, herunder medfødte sygdomme, skadelige påvirkninger i fostertilstanden, vanskeligheder før og omkring fødslen, sygdomme i tiden efter fødslen og kroniske somatiske helbredsproblemer hos barnet. Somatisk sygdom som en risikofaktor for udvikling af mentale helbredsproblemer er forskningsmæssigt underbelyst, men den foreliggende forskning tyder på en betydeligt forøget risiko for ikke mindst følelsesmæssige problemer hos børn med kroniske somatiske helbredsproblemer. Af familiemæssige risikofaktorer er mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos forældrene blandt de vigtigste, herunder utilstrækkelige kognitive og følelsesmæssige ressourcer. Blandt andre faktorer, som er fundet forbundet med en øget risiko for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos danske børn, er kort forældreuddannelse, økonomiske belastninger og enligt forældreskab. Endvidere har en utilstrækkelig kvalitet i dagtilbud vist sig at have betydning fx for børns sproglige udvikling.

De nævnte risikofaktorer indgår i komplekse og dynamiske samspil i alle faser af udviklingen, hvor den individuelle sårbarhed hos barnet påvirkes og interagerer med belastninger fra barnets nære miljø og det omliggende samfund. Der er kun

beskeden viden om udløsende, forværende og beskyttende faktorer, når det gælder udviklingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i perioden fra to til ni år. Der savnes et samlet overblik over somatisk syge børns mentale sundhed.

FAMILIEN, DAGTILBUD OG SKOLEN SOM UDVIKLINGSKONTEKST (KAPITEL 4-5)

Et trygt og stimulerende opvækstmiljø med forældre, der er sensitive over for barnets behov, er afgørende for kvaliteten af relationen mellem forældre og barn, som har afgørende betydning for barnets mentale udvikling og trivsel. En god relation til forældre og en tryk tilknytning kan virke beskyttende mod udvikling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, og desuden fremme mental sundhed, også for mentalt sårbare børn. En utryk og i særdeleshed en desorganiseret tilknytning til forældrene øger risikoen for at udvikle følelses- og adfærdsmæssige- og andre mentale helbredsproblemer. Der er brug for mere viden om, hvilke konkrete forhold i familien og i forældre-barn-relationen, som kan bidrage til at beskytte barnet mod mentale helbredsproblemer. Vi mangler viden om specifikke forhold, som begrænser forældreevnen, og som i værste fald fører til anbringelse af barnet uden for hjemmet.

Det der beskytter, er dagtilbud af høj kvalitet, defineret som tilstrækkelig høj voksen-til-barn-ratio og tilstrækkeligt personale med en god pædagogisk uddannelse, samt kvalitet i procesforhold, personalets sensitivitet over for børnene, samt tilknytning og udviklingsfremmende samspil. God pædagogisk uddannelse indebærer viden om børns udvikling. Der mangler konkret monitorering af kvaliteten i danske dagtilbud og mere konkret viden om, hvordan kvalitetsforhold kan udvikles og spredes. For 0-9-årige børn er der en særlig vigtig

overgang i 8-12-månedersalderen, hvor de fleste børn begynder i daginstitution og igen i 5-7-årsalderen, hvor de fleste børn starter i skole. Det er perioder, hvor børn skal omstille sig til nye rammer og nye krav til kognitiv, social, følelsesmæssig og adfærdsmæssig funktion, og der er brug for mere viden om, hvad der sker i disse overgange. Selv om overgange er vigtige, så er det centralt, at børns udvikling ses i et kontinuum, at tidlige vanskeligheder ikke forsvinder af sig selv, og at det kræver en indsats fra omgivelserne at tilrettelægge gode udviklingsbetingelser for børn, der er udsatte.

Danske børn tilbringer en stor del af deres vågne tid i dagtilbud, og betydeligt mere end børn i andre europæiske lande. Når man ved, at kvaliteten af disse dagtilbud har stor betydning for børnenes mentale sundhed, så er der forbavsende lidt forskning med fokus på kvaliteten af dagtilbud i Danmark, og kun begrænset forskning i dagtilbuds rolle i at styrke børnenes mentale sundhed. Forsinket sprogudvikling er et eksempel på en veldokumenteret risikofaktor for udvikling af mentale helbredsproblemer. Kommunerne har pligt til at sprogteste børn, men der er ingen opsamling af data herom. Der er ingen forskningsdata, der kan belyse, hvordan og i hvilket omfang børn med forsinket sprogudvikling modtager specifik støtte i tiden op til skolestart.

Skolen har stor betydning for børns mentale sundhed og mentale helbredsproblemer. Der er en sammenhæng mellem barnets parathed til skolen og barnets mentale sundhed. Men skolen skal også være parat til barnet, og en række forhold ved skolen kan fremme elevernes mentale sundhed. Et skolemiljø med høj social kapital (fx tillidsfulde sociale relationer mellem eleverne indbyrdes og mellem lærere og elever), undervisning af høj kvalitet, tydeliggørelse af acceptabel adfærd og systematisk forebyggelse af mobning er vigtige

elementer i et mentalt sundhedsfremmende skolemiljø. Selv om der findes en del forskning om indskoling og skoleparathed i Danmark, så har denne forskning kun i beskedent omfang fokuseret på børnenes mentale sundhed.

Forbrug af elektroniske medier indtager en stadigt mere universel rolle i det danske samfund, også i børnefamilier og blandt de yngste børn. Vi mangler viden om, hvordan forældres og børns skærmtid påvirker børns mentale sundhed og risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer.

SOCIOØKONOMISK BAGGRUND OG FAMILIESTRUKTUR (KAPITEL 4)

Socioøkonomisk baggrund har betydning for 0-9-årige børns mentale sundhed. Der er derfor en langt højere forekomst af mentale helbredsproblemer blandt børn fra lavere socioøkonomiske grupper. Familiestruktur og familieliv har også betydning. Børn, som ikke bor sammen med begge forældre, har som hovedregel en højere forekomst af mentale helbredsproblemer. Trygge relationer i familien er en ressource, som beskytter børn mod mentale helbredsproblemer.

KONSEKVENSER FOR BØRNS MENTALE SUNDHED AF COVID-19 (KAPITEL 4)

Der er stor bekymring om konsekvenserne af covid-19-restriktionerne for børns mentale sundhed. Der er endnu kun lidt forskning om emnet i Danmark. Den foreliggende internationale forskning tyder på, at restriktionerne har skadevirkninger på børns mentale sundhed, fx øget ensomhed, flere symptomer på angst, depression, hyperaktivitet og nedsat søvnkvalitet. Skadevirkningerne forstærkes, hvis forældrene er pressede af restriktionerne, og skadevirkningerne ser ud til at være størst hos børn, som i forvejen har mentale helbredspro-

blemer. Resultaterne er dog ikke entydige, og nogle børn har fået det bedre af at være mere sammen med forældrene. Det er usikkert, om resultaterne fra denne forskning har gyldighed for børn i Danmark.

OPSPORING AF MENTALE HELBREDS-PROBLEMER (KAPITEL 6)

Tidlig opsporing og tidlig indsats er begreber, som anvendes hyppigt i Danmark, og en stor del af landets kommuner er i færd med at omorganisere deres indsatser for at styrke den tidlige indsats. Begreberne tidlig opsporing og tidlig indsats er uklart definerede, men de anvendes bredt om indsatser, der antages at forebygge eller begrænse udviklingen af mentale helbredsproblemer. Tidlig opsporing kan rettes mod miljøer, fx opsporing af dagtilbud med ringe kvalitet eller opsporing af skoler, hvor mange elever bliver mobbet. Men opsporing benyttes ofte om individrettede indsatser.

Den kommunale sundhedspleje i første leveår har i de senere år bidraget med en betydelig dokumentation af sit virke og en systematik i arbejdet med tidlig opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer, men der mangler fortsat data om kvaliteten af sundhedsplejen. Vores viden er sparsom, når det gælder systematiske undersøgelser inden for andre potentielle forebyggelsesindsatser: Forebyggende børneundersøgelser i almen praksis; sprogtest blandt småbørn; PPR; skolesundhedsplejen. Der findes velafprøvede metoder til tidlig opsporing af og hjælp til forældre med problematisk forældreevne, fx forældre med mentale helbredsproblemer, stress og egne barndomstraumer, men disse er endnu ikke implementeret i alle kommuner. Som nævnt mangler der også viden om metoder til pålidelig opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer i dagtilbud.

Sammenfattende er der på trods af meget fokus på tidlig opsporing næsten ingen dokumentation af eller viden om, hvad der bliver opsporet, hvad der sker med de børn og familier, i hvilke fagpersoner har identificeret problemer, om der er tilbud til de børn og familier, i hvilke der opspores problemer, eller om de fagpersoner, som modtager oplysninger om opsporede problemer, har den nødvendige viden om afhjælpning af problemerne.

FORÆLDRERETTEDE INDSATSER (KAPITEL 7)

Indsatser målrettet forældre til 0-9-årige kan være universelle, selektive og indikerede.

Indsatserne til forældre til 0-2-årige udgår hyppigt fra sundhedsplejen og bygger ofte på tilknytningsteori, mens de fleste af indsatserne til de 3-9-årige i højere grad bygger på social interaktionslæringsteori og oftere retter sig mod barnets adfærd og forældrenes evne til at sætte rammer og regulere barnets adfærd på en sensitiv måde.

Spæd- og småbørn (0-2-årige): Det er vanskeligt at vurdere effekten af sundhedsplejen, som den udbydes i Danmark, fordi der ikke er sammenlignings- eller kontrolgrupper. Internationale studier af sundhedspleje leveret som selektiv indsats viser en positiv effekt på børns mentale sundhed i risikofamilier - en gruppe der også nås gennem den universelle indsats, som sundhedsplejen udgør i Danmark. Kun få systematiske forskningsoversigter har undersøgt effekten af universelt udbudte forældreindsatser, herunder såkaldte forældrekurser, til spæd- og/eller småbørnsforældre med fokus på forælde-barn-relationen og/eller barnets udvikling. Resultaterne er blandede, og der er endnu begrænset viden om effekten af universelle forældreindsatser. Til gengæld viser forskningen, at selektive eller indikerede forældreindsatser har potentiale til at forbedre forældre-barn-relationen og

spæd- og småbørns mentale helbred på kort sigt, herunder gennem reduktion af adfærdsproblemer. Det er mere usikkert, hvorvidt effekten holder over tid, og der er behov for flere studier, der undersøger effekten af forældrekurser på længere sigt. Der er flere eksempler på forældreindsatser i Danmark, og flere har dokumenteret effekt. Generelt er der endnu utilstrækkelig viden om effekterne.

Førskolebørn (3-5-årige): Blandt førskolebørn ses stærk dokumentation for selektive eller indikerede indsatser, der er målrettet tidlige tegn på risiko såsom manglende sensitivitet hos moderen, en utryk tilknytning, adfærdsproblemer og forsinket sprogudvikling. Der er kun få danske studier af effekten.

Indskolingsbørn (6-9-årige): Forældreindsatserne i indskolingsalderen gennemføres ofte i nært samspil med skolen og kan udfolde sig som forældretræning og andre indsatser i hjemmet. Der er kun beskedent dokumentation for effekten af universelle forebyggende forældreindsatser i denne aldersgruppe. Der findes mange selektive forebyggende indsatser, og mange af disse indsatser har dokumenteret effekt på angst, depression og søvnproblemer.

INDSATSEN I DAGTILBUD (KAPITEL 8)

Der er god dokumentation for, at høj kvalitet i dagtilbud er en vigtig mental sundhedsfremmende indsats. Der er udviklet flere metoder til styrkelse af kvalitet i dagtilbud. Disse metoder skal bidrage til mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt småbørn. Indsatserne følges forskningsmæssigt, og det er dokumenteret, at man kan styrke børnenes socioemotionelle og sproglige kompetencer.

Der er behov for at udforske, hvilke specifikke forhold i dagtilbud og hvilke specifikke kvalitetspa-

rametre der har betydning for børns mentalt sunde udvikling og for mentale helbredsproblemer. Der er behov for viden om, hvordan organisering, ledelse og samarbejde i dagtilbud fører til kvalitet, så dagtilbuddene bidrager positivt til børnenes udvikling. Særligt for de mindste børn og for børn i udsatte positioner har kvaliteten i dagtilbuddene stor betydning for udvikling og mental sundhed. Der er et betydeligt potentiale i at styrke dagtilbuddenes indsats og kvalitet, og det er vigtigt at prioritere dokumentation og forskning herom.

INDSATSEN I SKOLER (KAPITEL 9)

Der er en betydelig aktivitet i skoleverdenen for at fremme elevernes mentale sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer, fx programmer til at reducere mobning og programmer målrettet elevernes mentale sundhed. De internationale forskningsoversigter og metaanalyser er i det store og hele enige om, at sådanne indsatser kan have effekt, fx kan man reducere mobning, styrke børns sociale og emotionelle kompetencer og forebygge symptomer på depression og adfærdsproblemer. Effekttørrelserne er ofte små, men indsatserne betaler sig alligevel, fordi de er billige, omkostningseffektive og tilsyneladende uden negative bivirkninger. De fleste indsatser, der anvendes i Danmark, er ikke videnskabeligt evaluerede, og mange af de videnskabelige evalueringer er ikke metodemæssigt tilfredsstillende. Der er næsten ingen viden om personalets kompetence ift. til skolebaserede indsatser, og der er kun beskedne viden om den gode implementering af de anvendte forebyggende indsatser. Selv om der er store huller i vores viden om mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom gennem indsatser i dagtilbud og skoler, så viser kortlægningen i denne rapport også, at der findes indsatser med dokumenteret effekt, og at nogle af disse indsatser anvendes i Danmark.

ANBRINGELSE AF BØRN UDEN FOR HJEMMET (KAPITEL 10)

Omkring 0,6% af alle 0-9-årige er anbragt uden for hjemmet – oftest i familiepleje – for at sikre deres sunde udvikling. Disse børn kommer fra familier med svære psykiske og/eller sociale problemer, herunder alkohol- og stofmisbrug. Mange af disse børn har oplevet alvorlige traumatiske begivenheder og brud til deres primære omsorgspersoner – også i forbindelse med skiftende anbringelser. Det er børn med en markant forhøjet forekomst af somatiske og især mentale helbredsproblemer samt problemer i skolen. Der mangler viden om, hvordan man bedst imødekommer anbragte børns behov. Fx, hvordan man finder det bedste match mellem barn og plejefamilie, og hvilken form for familiepleje, der er bedst for barnets mentale helbred herunder anbringelse i barnets egen slægt. Der mangler desuden viden om, hvordan man bedst støtter plejefamilierne, hvilken indsats der er nødvendig for at afhjælpe barnets mentale helbredsproblemer, herunder hvilke særlige forhold der gør sig gældende for børn, som er anbragt i døgninstitution. Børn, der er anbragt uden for hjemmet, har ofte mange skoleskift og dermed skift i lærere og kammerater. Der mangler viden om, hvordan man sikrer anbragte børn en god skolegang. Der er beskrevet indsatsprogrammer målrettet mentale helbredsproblemer hos anbragte børn, og programmer rettet mod plejeforældre ser ud til at have god effekt på børnenes mentale helbred, men det er uafklaret, hvorvidt sådanne programmer anvendes i Danmark.

INDIKERET FOREBYGGELSE AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISKE SYGDOM (KAPITEL 11)

Indikeret forebyggelse omfatter tiltag til børn, som efter en individuel undersøgelse er vurderet til at

være i særskilt risiko, fordi de har begyndende eller milde symptomer på psykisk sygdom.

For 0-9-årige børn i Danmark foregår denne form for forebyggelse som en udløber af de universelle og selektive indsatser i kommunerne og i almen praksis, og som en del af tiltagene i sundhedsvæsenet. Fælles for en individualiseret indikeret forebyggelse til 0-9-årige børn er forældrenes centrale rolle og nødvendigheden af et tæt samarbejde mellem de relevante aktører (fx kommunernes socialforvaltning, PPR, speciallæger og hospitalsafdelinger).

Ud fra den viden, vi har om hyppighed og risikomekanismer ved mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige i Danmark, må den eksisterende indikerede forebyggelse siges at være mangelfuld. Vi mangler specifikt viden om effektive indsatser til målrettet forebyggelse i de perioder af udviklingen, hvor forebyggelse er mest afgørende: spæd-småbarnsperioden (0-2 år) og tiden omkring skolestart (5-7 år). Forskningen inden for dette område er ved at komme i gang, men der mangler indtil videre dokumentation for indsatser, som på effektiv vis kan fremme udvikling, læringsmuligheder og sociale funktioner hos danske 0-9-årige med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

BESKYTTENDE FAKTORER (KAPITEL 3-10)

Mange faktorer beskytter mod udvikling af mentale helbredsproblemer og fremmer barnets mentale sundhed. Oplysninger om beskyttende faktorer findes i flere af rapportens kapitler. For at lette overblikket følger her en kort sammenfatning.

Hos barnet: En effektiv indsats i tiden før barnets fødsel kan beskytte mod skadelige påvirkninger fra

fx højt alkoholforbrug og rygning hos moderen, og følger af for tidlig fødsel og fostervæksthæmning. I tiden efter fødslen er det vigtigt at sikre tidlig diagnostik og behandling af alvorlige sygdomme, som belaster barnets udvikling. Da der ses en høj komorbiditet mellem somatisk sygdom og mentale helbredsproblemer, er aktiv opsporing af mentale helbredsproblemer hos børn, der undersøges og behandles for somatisk sygdom, et første skridt mod en beskyttende indsats (se kapitel 3).

I hjemmet: Der er god dokumentation for en beskyttende virkning af et trygt og stimulerende opvækstmiljø, en god forældre-barn-relation, en tryk tilknytning til forældrene, og gode forældre-evner, fx forældre der er sensitive over for barnets behov. Et sådant opvækstmiljø er fremmende for børns mentale sundhed og udvikling - også for mentalt sårbare børn. Det er ligeledes beskyttende med effektiv indsats over for eventuelle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom og misbrug hos forældrene. Begrænsning af skærmtid (fx mobiltelefon) hos forældrene styrker forældrenes opmærksomhed og interaktion med barnet. Begrænsning af skærmtid hos små børn ser ud til at beskytte mod mentale helbredsproblemer, bl.a. fordi høj skærmtid er associeret med mindre søvn. Udvikling af evnen til selvregulering (spisning, søvn, døgnrytme, ro) er fundamental for barnets mentale sundhed, og det samme er udviklingen af sprog og velfungerende kommunikation, og derfor kan tidlig opsporing af og indsats mod sådanne problemer virke beskyttende for barnet (se kapitel 3 og 4).

I dagtilbud og skole: En tryk relation mellem børn og personale i dagtilbud er en vigtig beskyttende faktor i sårbare børns liv. Pædagoger, som er sensitive over for børnene, og som har faglige forudsætninger for at forstå og imødekomme børns følelsesmæssige behov, kan fremme en tryk pædagog-barn-tilknytning. Høj kvalitet i dagtilbud

fremmer børns kognitive, sproglige og sociale udvikling. Høj kvalitet er især kendetegnet ved en høj andel af uddannede pædagoger, som stimulerer børnene og arbejder med børnene en betydelig del af tiden. I skolen har veluddannede lærere og stabile, trygge og støttende lærer-elev-relationer en beskyttende virkning på børnenes indlæring og mentale sundhed. Tydeliggørelse af acceptabel adfærd og systematisk forebyggelse af mobning er andre væsentlige elementer i skolemiljøet, som beskytter mod udvikling og forværring af mentale helbredsproblemer (se kapitel 5).

Tidlig opsporing og forebyggende indsatser:

Tidlig opsporing er essentielt for at undgå forværring af begyndende mentale helbredsproblemer. En effektiv opsporing efterfulgt af en målrettet indsats er derfor vigtige beskyttende faktorer. De mest udviklede procedurer for tidlig opsporing findes i spædbørnssundhedsplejen, men også almen praksis, dagtilbud, indskolingsundersøgelser, PPR, de kommunale familieafdelinger og skoler kan bidrage til tidlige indsatser, der kan have en beskyttende effekt på barnets mentale helbred. Hos børn, som har risikofaktorer eller mentale helbredsproblemer, kan de selektive og indikerede forældreindsatser være med til at styrke forælder-barn-relationen og potentielt medvirke til at reducere følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer hos barnet. Fx kan opsporing og behandling af forsinket sprogudvikling beskytte mod udvikling af sekundære følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer. Dagtilbud og skoler kan ligeledes medvirke til at beskytte sårbare børn mod udvikling af mentale helbredsproblemer og forværring af eksisterende problemer ved at tilbyde stabilitet og voksenkontakt og ved at anvende specifikke forebyggelsesprogrammer. For børn anbragt uden for hjemmet vil det være beskyttende mod udvikling og forværring af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, at

det lykkes at finde et godt match mellem barnets behov og plejeforældrenes kompetencer. Det bidrager til, at plejeforældrene er særligt rustede til at imødekomme barnets specifikke behov, og det optimerer mulighederne for en god følelsesmæssig tilknytning mellem plejeforældre og anbragte børn (se kapitel 6-10).

RÅD OG FORSLAG

Der er en høj forekomst af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn. Der er kendskab til en række faktorer, som har indflydelse på forekomsten, herunder forhold under graviditeten, karakteristika ved barnet, hos forældrene, i familiens sociale og økonomiske situation, i dagtilbud og skoler samt i samfundet som helhed. Den viden, vi har, peger på, at der er et stort potentiale for mental sundhedsfremme samt forebyggelse af mentale helbredsproblemer hos børn. Men dette

potentiale bliver ikke udnyttet, fordi den aktuelle indsats er utilstrækkelig, for tilfældig og udokumenteret, og fordi mange børn med begyndende problemer ikke tidligt nok modtager en hurtig og effektiv indsats af tilstrækkelig og dokumenteret kvalitet og med tilstrækkelig koordination mellem de igangsatte eller mulige indsatser. Der er brug for en langt mere systematisk udvikling, implementering, monitorering og evaluering af indsatser på alle niveauer lige fra sundhedsfremme til støtte til sårbare familier samt hurtig og effektiv behandling af børn med mentale helbredsproblemer.

→ VI FORESLÅR DERFOR EN NATIONAL STRATEGI MED SYV HOVEDPUNKTER:

- 1 Skab sammenhæng i de mange forebyggende indsatser for børn og familier i sundheds-, social- og skolesektoren.
- 2 Styrk mental sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt alle børn i alle kommuner.
- 3 Styrk indsatsen i familier, hvor en eller flere forældre har mentale eller sociale problemer.
- 4 Styrk mental sundhed ved at kvalificere opsporing og indføre forskningsbaserede indsatser til mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer i dagtilbud og skoler.
- 5 Styrk viden om børns mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i alle faggrupper med kontakt til børn og familier.
- 6 Styrk forskningen i forebyggende indsatser, der er målrettet mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn.
- 7 Monitorér implementeringen og effekterne af de indsatser, der er nævnt i punkt 1-6.

RÅD OG FORSLAG

Dette afsnit præsenterer en række råd og forslag, som er baseret på kortlægningen i rapporten. Disse råd og forslag kan på dokumenteret grundlag guide stat, regioner, kommuner og relevante organisationer og faggrupper i mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt børn. Der er en høj forekomst af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom (i det følgende benævnt mentale helbredsproblemer) blandt børn. Der er afdækket en række faktorer, som har indflydelse på forekomsten, herunder forhold i graviditeten, karakteristika ved barnet, hos forældrene, i familiens sociale og økonomiske situation, i dagtilbud og skoler samt i samfundet som helhed. Den viden, vi har i dag, peger på, at der er et stort potentiale for mental sundhedsfremme samt forebyggelse og tidlig indsats målrettet mentale helbredsproblemer hos børn. Men dette potentiale bliver ikke udnyttet, fordi den aktuelle indsats er utilstrækkelig, for tilfældig og udokumenteret, og fordi mange børn med begyndende problemer ikke tidligt nok modtager en hurtig og effektiv indsats af tilstrækkelig og dokumenteret kvalitet. Bekymringen for børns mentale sundhed aktualiseres af covid-19-pandemien, som har skabt forandringer i børns hverdag og for nogle børn medført øget usikkerhed og mistrivsel. Den foreliggende forskning tyder på, at covid-19-restriktioner belaster børns mentale sundhed, og at skadevirkningerne er størst blandt børn og i familier, som i forvejen har mentale helbredsproblemer eller få ressourcer. De foreløbige resultater er dog ikke entydige, og nogle børn har fået det bedre af at være mere sammen med forældrene.

Der er brug for at implementere det, vi ved virker, så alle børn får gavn af de bedste indsatser. Der

er brug for at dokumentere og evaluere virkningen af de mange initiativer fra dagtilbud, skoler, kommuner, regioner, stat, interesseorganisationer, forskere og faglige selskaber, der er udviklet og iværksat gennem årene. Der er brug for at opsamle viden om effektive sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, og for at sikre, at den indsamlede viden omsættes til handling. Kortlægningen i denne rapport viser også, at der er omfattende huller i vores viden om faktorer af betydning for mental sundhed og forebyggelsen af mentale helbredsproblemer blandt 0-9-årige børn. Derfor er der brug for en national strategi for at komme videre.

Denne konklusion er i tråd med rapporten om mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år (http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/boern_unge_mentale_digi_01_0.pdf). Ligesom i rapporten om de 10-24-årige vil vi fremhæve det problem, at den nuværende indsats for at udvikle sundhedsfremmende og forebyggende indsatser er ukoordineret, spredt og projektpræget. Det betyder, at indsatsen ofte nedlukkes efter lokal afprøvning og uden at være blevet tilstrækkeligt videnskabeligt evalueret. Der er brug for en langt mere systematisk udvikling, implementering, monitorering og evaluering af indsatser på alle niveauer lige fra sundhedsfremme til støtte til sårbare familier samt hurtig og effektiv behandling af børn med mentale helbredsproblemer. Vi foreslår derfor en national strategi med syv hovedpunkter:

- 1. Skab sammenhæng i de mange forebyggende indsatser for børn og familier i sundheds-, social- og skolesektoren.**

Forebyggelse af mentale helbredsproblemer og fremme af mental sundhed blandt børn bør integreres i børns dagligliv ved at prioritere opgaven i de eksisterende tilbud. Man kan fx prioritere mental sundhed og forebyggelse af mentale helbredsproblemer i funktionsbeskrivelsen for sundhedspleje, forebyggende børneundersøgelser og indsatsen i dagtilbud. Man kan prioritere brugen af dokumenteret virkningsfulde indsatser i dagtilbud, skoler, familierettede indsatser, PPR og den kommunale sociale indsats, og ved at styrke samvirket mellem de mange aktører, herunder mellem de kommunale forvaltninger. Vi har ikke fundet belæg for, at de eksisterende strukturer i sundheds-, social- og skolevæsnets er uhensigtsmæssige, hvorfor vi anbefaler at benytte disse strukturer i den fremtidige indsats for mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer. Det er nødvendigt at styrke kommunikationen og samvirket mellem de mange involverede institutioner og sektorer.

2. Styrk mental sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt alle børn i alle kommuner.

Der er brug for i praksis at kvalificere og systematisere indsatserne til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer. Sundhedsplejen er ved at udvikle en systematisk indsats for det første leveår, men der er brug for en landsdækkende indsats. Der er brug for at styrke sundhedsplejen mellem første leveår og indskoling, ligesom der er brug for at dokumentere og styrke opsporingen og den forebyggende indsats i almen praksis, i dagtilbud, i skolen (fx ved brug af Adfærd, Kontakt og Trivsels-lærere) og i PPR. Det ser ud til, at nogle typer af universelle indsatser til forebyggelse af mentale helbredsproblemer har effekt (fx sundhedspleje, dagtilbud af høj kvalitet og indsatsen mod mobning), og at nogle former for selektive og

indikerede indsatser har effekt. Der mangler imidlertid overblik over, hvordan forskellige indsatsmetoder anvendes i kommunerne, og hvordan deres effekt sikres og dokumenteres.

3. Styrk indsatsen i familier, hvor en eller flere forældre har mentale eller sociale problemer.

Tilstedeværelsen af mentale helbredsproblemer og sociale problemer hos forældre er en betydelig risikofaktor for, at deres børn også får mentale helbredsproblemer, ikke mindst hvis forældrene også har misbrugsproblemer. Der er brug for skærpet opmærksomhed på mentale helbredsproblemer hos kommende og nybagte forældre, og det er nødvendigt at udvikle indsatser til disse sårbare familier, hvor forældrene hjælpes til at imødekomme børnenes behov for at sikre børnenes udvikling og mentale helbred. Det er nødvendigt at tilbyde familier med sådanne problemer den rette støtte, for forældrenes skyld og for at forebygge mentale helbredsproblemer blandt børnene. Det er nødvendigt at skabe mere viden om indsatser, der på effektiv vis fremmer ressourcer og forælderevne hos forældre med mental sårbarhed, og som samtidigt sikrer barnets udvikling og mentale helbred både på kort og på lang sigt.

4. Styrk mental sundhed ved at kvalificere opsporing og indføre forskningsbaserede indsatser til mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer i dagtilbud og skoler.

Næsten alle små- og førskolebørn benytter dagtilbud, og næsten alle børn kommer i skole. Disse miljøer har stor betydning for børns mentale sundhed. Det er dokumenteret, at kvalitet i dagtilbud er en vigtig mentalt sundhedsfremmende indsats, og det er derfor nødvendigt at sikre en

ordentlig dokumentation af kvaliteten og at udvikle videnskabeligt dokumenterede metoder til at styrke kvaliteten. Overgangen fra dagtilbud til skole skal tilrettelægges, så den styrker børnenes mentale sundhed. Der er dokumentation for, at et skolemiljø præget af fællesskab, høj social kapital og god klasseledelse fremmer børns mentale sundhed, at bekæmpelse af mobning forebygger mentale helbredsproblemer, og at en række skolebaserede forebyggelsesprogrammer bidrager til forebyggelse af mentale helbredsproblemer. Man bør styrke disse indsatser samt den løbende monitorering af skolebørns mentale sundhed og helbred.

5. Styrk viden om børns mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i alle faggrupper med kontakt til børn og familier.

Mange faggrupper bidrager til at fremme børns mentale sundhed, opspore og forebygge mentale helbredsproblemer og sikre effektiv henvisning og indsats for børn og familier med brug for hjælp: Det gælder fx jordemødre, læger, sundhedsplejersker, pædagoger, lærere, psykologer, socialrådgivere og sagsbehandlere. Viden om børns mentale udvikling og helbred, risikofaktorer hos barnet, i familien og i omgivelserne, og tegn på mentale helbredsproblemer hos børn udvikler sig hele tiden, og det er vanskeligt at holde sig opdateret. Men viden i disse faggrupper er en afgørende forudsætning for succesfuld forebyggelse, og uden den viden kommer selv den teoretisk mest effektive indsats til at mislykkes. Den nationale strategi bør derfor rumme en opkvalificering af de relevante faggrupper for at styrke mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer hos børn.

Næsten alle små børn har kontakt med sundhedsplejersker, alment praktiserende læger, pædagoger

og lærere. Der er brug for en opkvalificering af disse faggruppers viden om, hvordan man indretter miljøet omkring barnet, så den sunde mentale udvikling fremmes. Pædagoger og lærere skal have viden om mentale helbredsproblemer og tegn på mentale helbredsproblemer på forskellige alderstrin, så de har mulighed for at give barnet kvalificeret støtte og kommunikere med forældrene om barnets behov, og så de som fagfolk kan sørge for, at barnet får yderligere hjælp, når det er nødvendigt. For at dette kan lade sig gøre, er det nødvendigt, at der er tilstrækkelige muligheder for henvisning og specialiseret støtte i den enkelte kommune. Pædagoger og lærere skal også have viden om, hvordan de ved den rette indsats for miljøet i dagtilbud og skoler kan fremme børnenes mentale sundhed. Også personalet i sundhedsvæsenet skal opkvalificeres, fx med viden om risikofaktorer for mentale helbredsproblemer, om forekomst af mentale helbredsproblemer hos børn med somatisk sygdom, om den mentale udvikling og mentale helbredsproblemer på forskellige alderstrin. De skal endvidere opkvalificeres med viden om metoder til at opdage og intervenere over for børn og familier med komplekse mentale problemer. Personalet i de kommunale forvaltninger skal have øget viden om metoder til mental sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer. De skal rustes til at vælge metoder med dokumenteret effekt og sikre, at effektive indsatser implementeres, også ud over en kortvarig projektperiode.

6. Styrk forskningen i forebyggende indsatser, der er målrettet mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn.

Forskningen i forebyggelse af mentale helbredsproblemer er i vækst både internationalt og i Danmark, men i lyset af det store forebyggelsespoten-

tiale ved mental sundhedsfremme og tidlig indsats over for risikofaktorer og tidlige tegn på mentale helbredsproblemer, anbefaler vi en yderligere og intensiveret styrkelse af forskningen. Der er behov for mere grundforskning i mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt børn. Fx har vi utilstrækkelig viden om forløbet af mentale helbredsproblemer i den tidlige barndom og om, hvad der vedligeholder, forværrer eller reducerer risikoen for mentale helbredsproblemer hos danske børn. Vi anbefaler, at man fremmer forskningen om, hvordan man bedst styrker børn i familier med forældre, som har mentale helbredsproblemer. Der mangler også viden om miljøfaktorer, som styrker børns mentale sundhed såsom kvalitet i dagtilbud og sundhedsfremmende skolemiljø. Overordnet mangler vi viden om modificerbare risikofaktorer. Vi mangler bl.a. mere viden om komorbiditet mellem mentale helbredsproblemer og somatiske sygdomme, og om hvordan børn med somatisk sygdom kan hjælpes, så de undgår udvikling af mentale helbredsproblemer. Generelt mangler vi viden om, hvad der virker effektivt forebyggende for børn, som er i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer. Denne viden opnår vi bedst ved systematisk forebyggelsesforskning.

Vi mangler ydermere viden om effekten af samfundets tilbud (fx sundhedspleje, forældrekurser, børneundersøgelser i almen praksis, dagtilbud og PPR). Samlet er der behov for at styrke udviklingen af og forskningen i nye indsatser til mental sundhedsfremme samt forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer, så vi kontinuerligt opnår viden om, hvilke indsatser der virker og ikke virker. Forskningen i effekten af forebyggende indsatser bør suppleres med forskning i implementering: Hvordan går det med at implementere metoder, som er dokumenteret effektive? Implementeres de som foreskrevet, hvilke barrierer findes, og er effekten forskellig i forskellige målgrupper?

Bidrager sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til at reducere den sociale ulighed i mentale helbredsproblemer?

Man kan styrke forskningen på mange måder, fx ved at formulere en national strategi på området, ved øremærket finansiering og ved at stimulere opbygningen af stærke forskningsmiljøer.

7. Monitorér implementeringen og effekterne af de indsatser, der er nævnt i punkt 1-6.

En national strategi som forslået omfatter også, at de i punkt 1-6 nævnte aktiviteter monitoreres og evalueres systematisk over en længere årrække. Det kan gøres på flere måder, nationalt eller lokalt. Men der er brug for at holde øje med, om hele spektret af forebyggende indsatser faktisk styrkes, om der faktisk gennemføres en styrket indsats i familier med mentale helbredsproblemer, i dagtilbud og skoler, og om de relevante faggruppers kvalifikationer styrkes. Og der skal holdes øje med, om der opnås et løft af forskningen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt børn.



1

INDLEDNING

DETTE KAPITEL BESKRIVER FORMÅLET MED RAPPORTEN SAMT BAGGRUNDEN FOR, AT DET ER NØDVENDIGT MED MERE FOKUS PÅ 0-9-ÅRIGE BØRNS MENTALE SUNDHED OG HELBREDSPROBLEMER. KAPITLET PRÆSENTERER ENDVIDERE RAPPORTENS HOVEDBEGREBER OG METODER.

1.1 FORMÅL

Ny forskning har givet øget viden om udbredelsen af mentale helbredsproblemer i barndommen og skabt en øget forståelse for betydningen af tidlige forebyggende indsatser. Men der mangler en samlet opdateret viden om forekomsten og fordelingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige i Danmark. Der mangler også en samlet oversigt over risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer, som har relevans for sundhedsfremme og forebyggelse i et samfund som det danske. Der mangler desuden en oversigt over igangværende indsatser til forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt danske 0-9-årige, og især en oversigt over indsatser med dokumenteret effekt, som er velegnede i det danske samfund. Herudover er det vigtigt at guide forskningsindsatsen i de kommende år ved at identificere områder, hvor der i særlig grad mangler viden om disse emner.

Formålet med denne rapport er derfor at præsentere den eksisterende forskningsbaserede viden om:

- › forekomst og fordeling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige danske børn,
- › risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer for mentale helbredsproblemer og psykisk

sygdom i de første ti leveår,

- › indsatser, der kan fremme mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige børn i Danmark.

Fremme af mental sundhed og forebyggelse af mentale helbredsproblemer omfatter også reduktion af psykiske symptomer og reduktion af skadevirkninger for barnet og dets familie, herunder reduktion af komorbiditet og risikoen for komplikationer og tilbagefald. På baggrund af denne kortlægning identificerer rapporten områder, hvor der mangler viden om faktorer af væsentlig betydning for mental sundhed og forebyggelsen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn. Rapporten afsluttes med forskningsbaserede råd og forslag, som kan guide stat, regioner, kommuner og relevante faggrupper til at styrke det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på området.

Gennemgangen af indsatser findes i kapitel 6-11.

Gennemgangen fokuserer på indsatser, som eksplicit har til formål at forbedre børns trivsel og mentale sundhed samt at forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, herunder at forebygge forværring og konsekvenserne af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Rapporten omfatter ikke egentlig behandling af psykisk sygdom.

Social udsathed er et alment anvendt, men uklart defineret begreb. Der findes ingen fast definition af udsathed hverken i lovgivningen eller forskningen. Ploug (2007) fandt, at forskningen ofte definerer udsathed som at flere risikofaktorer optræder i bestemte kombinationer over længere tid (1). Kommunernes Landsforening (2020) definerede udsatte børn som børn, der er anbragt uden for hjemmet, eller som får mindst én forebyggende (individ- eller familierettede) foranstaltninger på en given dato (2). For 0-9-årige børn omfatter socialt udsathed en opvækst under socialt, familiemæssigt og økonomisk belastende vilkår. Det drejer sig om et område, hvor forskningen har bidraget med omfattende dokumentation for, hvad konsekvenserne kan være for barnets mentale helbred. I denne rapport, som fokuserer på mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, kommer vi ind på en række aspekter af social udsathed i kapitlerne om risikofaktorer, risikomekanismer og forebyggende indsatser. De mest socialt udsatte børn er også at finde blandt de børn, der bliver anbragt uden for hjemmet. Det er beskrevet i kapitel 10.

Afgrænsning: Rapporten handler om mental sundhed og mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn, med fokus på forekomst, risikofaktorer og forebyggende indsatser. Vi har af ressourcemæssige grunde måtte fravælge nogle temaer: Kommunernes organisering og det tværsektorielle samarbejde er afgørende rammer for rapportens anbefalinger, som vi af ressourcehensyn kun har berørt i begrænset omfang. Et andet fravalg er lovgivning, store reformer og indsatser af mere generel karakter. Der er fx ingen gennemgang af reformen af dagtilbud fra 2017 kaldet Stærke dagtilbud – alle børn skal med i fællesskabet, folkeskolereformen fra 2013 eller loven om inklusion i folkeskolen fra 2012.

1.2 BAGGRUND

Vi præsenterer seks grunde til at rette opmærksomheden mod mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt børn: 1) Det er en etisk forpligtelse at afhjælpe disse problemer, 2) forekomsten af problemerne er høj, 3) problemerne har omfattende skadelige konsekvenser for børnene og deres familier, 4) det er muligt at opspore mange af problemerne, 5) der er betydelige uudnyttede forebyggelsesmuligheder i det danske samfund, og 6) der er omfattende social ulighed i mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn.

1.2.1 En etisk forpligtelse

Vi har som samfund forpligtet os til at gøre en indsats for at sikre alle børns grundlæggende rettigheder, herunder til sundhed via Konventionen om Barnets Rettigheder (3) og Danmarks tilslutning til FN's verdensmål. Dette er i sig selv en tilstrækkelig begrundelse for at rette blikket mod mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom og mulighederne for at forebygge dem. Men som det vil fremgå af det følgende, er der mange andre grunde til at gennemføre en sådan indsats.

1.2.2 Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom er almindeligt forekommende

Undersøgelser af børn fra forskellige befolkninger, herunder fra Danmark, viser samstemmende, at på et givet tidspunkt mellem barnets 4. og 12. år, har op til 16% af børn et eller flere mentale helbredsproblemer (4-10). I Danmark bliver 8% diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse eller anden psykisk sygdom inden de fylder ni år (11, 12). Blandt yngre børn omfatter diagnoserne især psykiske udviklingsforstyrrelser som mental retardering, autismespektrumforstyrrelser (ASF)

og forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)), mens angsttilstande og depressioner diagnosticeres tiltagende hyppigt i tiden omkring og efter puberteten (11, 13). Mange børn har mentale helbredsproblemer uden en registreret psykiatrisk diagnose. Et kvalificeret skøn er, at forekomsten af mentale helbredsproblemer (diagnosticerede og ikke-diagnosticerede) i denne aldersgruppe er mellem 10% og 20% (12, 14, 15).

Nyere forskning viser, at mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom er blandt de største trusler mod børns udvikling og trivsel både på kort og på langt sigt (16, 17). Mentale helbredsproblemer hos børn optræder inden for et bredt spektrum af udviklingsmæssige, adfærdsmæssige og følelsesmæssige problemer, som varierer i sværhedsgrad fra lette og forbigående problemer til vedvarende og omfattende problemer, der griber ind i barnets daglige funktion, belaster barnet følelsesmæssigt og begrænser dets muligheder for at udfolde sig socialt og mht. til indlæring og skolegang (4, 18).

Forløbsundersøgelser viser, at mange mentale helbredsproblemer fortsætter fra barndommen til ungdomsårene og voksenalderen (19, 20). Mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme, der opstår inden puberteten, er således forbundet med en høj risiko for at fortsætte i ungdomsårene (18, 21, 22) og med høj risiko for misbrug og problemer med social funktion (17). Kapitel 2 beskriver forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige, og kapitel 3 gennemgår vores viden om faktorer af betydning for at problemerne opstår og vedvarer (risikofaktorer og risikomekanismer).

1.2.3 Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom har omfattende negative konsekvenser

Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn er alene i kraft af de mange børn, det angår, et betydeligt folkesundhedsproblem. Det er også et betydeligt folkesundhedsproblem af andre grunde: Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom har omfattende negative konsekvenser for barnets udvikling, læring, helbred, uddannelse, senere tilknytning til arbejdsmarkedet og familiedannelse på kort og langt sigt (17, 20, 23-29). Mental sundhed er bl.a. derfor også et vigtigt sundhedspolitisk mål (30), ikke mindst fordi al foreliggende forskning tyder på, at det er muligt at forebygge og afhjælpe mange mentale helbredsproblemer hos børn (26, 31-36).

1.2.4 Tidlig indsats er vigtig

Der er stærke argumenter for, at tidlige indsatser har omfattende betydning for at hindre udvikling af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme (37). Tidlig indsats kan omfatte almen sundhedsfremme, sikre at børns hjemme- og institutionsmiljø er sundhedsfremmende, reduktion af risikofaktorer for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, og tidlige indsatser over for børn i særlig risiko og børn med tidlige tegn på mentale helbredsproblemer og begyndende symptomer på psykiske sygdomme (38, 39).

Forhold i graviditeten (fx mors brug af tobak, alkohol og bevidsthedspåvirkende stoffer) og ved fødslen (fx for tidlig fødsel, fostervæksthæmning og fødselskomplikationer) kan være forbundet med øget risiko for mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. I det danske samfund er

svangreomsorg og indsatser i den præ- og perinatale periode eksempler på tidlige indsatser, der omfatter mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Kapitel 3 giver eksempler på risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer i graviditeten. Et andet eksempel er tidlig indsats rettet mod småbørns sprogdudvikling, som er en vigtig facet af børns mentale sundhed, hvor det viser sig, at indsatser har størst effekt, hvis de indledes inden for de første leveår (40-45). Som det fremgår af denne rapport, er vores viden om effekten af tidlige indsatser til børn i børnehavealderen og de første leveår begrænset (se kapitel 7-8).

En forskningsoversigt fra en engelsk parlamentsskommission har undersøgt det videnskabelige grundlag for anbefalingerne om tidlig indsats på det mentale område. Oversigten fremhæver, at der er stærk dokumentation for, at tidlig indsats er en sund økonomisk investering. Begrundelsen er, at mange tunge og dyre sociale og sundhedsmæssige problemer har deres rod i manglende indsats over for børnene i de tidlige år (37, 46). Endnu en vigtig pointe fra den engelske parlamentskommission er, at indsatsen for at styrke børns mentale sundhed ser ud til at være mest effektiv, hvis den rummer to samtidige indsatser; en universel forebyggende indsats for alle børn og en indikeret indsats for de børn, der har særlige behov.

Der er tydelig politisk støtte til tidlig forebyggende indsats, fx manifesteret i regeringens 1.000-dages-program – en bedre start på livet (47). Begrundelsen er, at grundlæggende kognitive, sociale og adfærdsmæssige kompetencer udvikles i de første 1.000 levedage.

1.2.5 Forebyggelsesmuligheder

De seneste årtiers epidemiologiske forskning har sammen med økonomiske beregninger leveret

stærk dokumentation for potentialet ved forebyggende indsatser tidligt i barndommen (31, 48, 49). Undersøgelser fra hele verden, inkl. Danmark, har dokumenteret betydningen af en række biologiske og psykosociale faktorer, som hver især og gensidigt forstærkende øger barnets risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom (18, 19, 50, 51). Risikofaktorerne omfatter genetisk og epigenetisk sårbarhed (52), negative påvirkninger i fostertilstanden og i tiden omkring fødslen (53) samt medfødte sygdomme og handicap (54) (se kapitel 3).

Psykosociale problemer i familien samt vold, overgreb og omsorgssvigt er vigtige risikofaktorer for udvikling af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom fra de første levedøgn (15, 18, 55, 56). Nogle af de alvorligste risikopåvirkninger af et barn sker i psykosocialt belastede familier, hvis forældrene har psykisk sygdom eller misbrug af alkohol, medicin og/eller bevidsthedspåvirkende stoffer. På tværs af mulige risikofaktorer spiller kvaliteten af relationen mellem forældre og barn en væsentlig rolle for børns mentale helbred. Ressourcestærke forældre, som forstår barnets behov, kan understøtte dets udvikling, også selv om barnet har en medfødt sårbarhed (57). Omvendt er mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos forældrene forbundet med en høj risiko for begrænsninger i omsorgen for barnet ikke mindst ved ledsagende alkohol- eller stofmisbrug (18, 51, 54) (se kapitel 3-4).

Resultater fra undersøgelser af store fødselskohorter har afdækket udviklingsmønstre for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i perioden fra barnets fødsel til ungdomsårene (19, 20) også blandt danske børn (58). Kohorteundersøgelserne har desuden identificeret tidlige tegn på mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, som kan være tilgængelige for forebyggende

indsatser (15, 50, 59-61). Selv om ikke alle mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme kan forebygges fuldstændigt, så kan man forebygge forværring og nogle af de alvorlige konsekvenser, og man kan fremme barnets generelle udvikling og følelsesmæssige og sociale udvikling i en vigtig periode af livet. I kapitel 3 beskrives risikofaktorer og mulige risikomekanismer, og kapitlerne 6-11 gennemgår muligheder for tidlig opsporing, sundhedsfremme og forebyggelse.

1.2.6 Der er social ulighed i børns mentale helbred

Forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom stiger med faldende socioøkonomiske ressourcer i familien, og det samme gælder mange risikofaktorer for mentale helbredsproblemer (50, 51, 62-71). Socioøkonomiske forskelle udspiller sig også på kommuneniveau, da det er lettere for rige kommuner med få sårbare børn at skabe gode udviklingsbetingelser for børn i dagtilbud og skoler (72), fx gennem en højere personalenormering (73). Dertil kommer en social segregation i boligområder, som betyder, at børn med stor sandsynlighed er i daginstitutioner sammen med andre børn med en lignende familiebaggrund (74). Temaet gennemgås nærmere i kapitel 4.

1.3 BARNET UDVIKLER SIG I OG MED SINE RELATIONER OG SIT SOCIALE MILJØ

Fremme af mental sundhed i barndommen og forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige skal ansues i et udviklingsperspektiv. Barnets mentale udvikling er et resultat af et komplekst samspil på forskellige niveauer mellem barnets konstitution og det omgivende miljø, både det nære, forældrene og familien, og det omgivende samfund (75). Denne

rapport benytter Bronfenbrenners økologiske udviklingsmodel til at belyse barnets forskellige udviklingskontekster, og hvordan disse indgår i komplicerede samspil med hinanden (76). **Figur 1.1** præsenterer en model, der er inspireret af Bronfenbrenner, med illustration af de kontekster, der har størst betydning for børns mentale udvikling.

Det enkelte barn: Den biologiske kontekst og fysiske forhold, som fx er barnets genetik og medfødte karakteristika, temperament, hjernens udvikling, vækst m.m. (se kapitel 3) og den **individuelle psykologiske udvikling**, som omfatter barnets personlighedsudvikling, fx tilknytningsstil, selv- og følelsesregulering, sproglige og kognitive kompetencer og sociale kompetencer. Dette tema beskrives i kapitel 4.

Mikrosystemet: Den familiemæssige kontekst omfatter bl.a. forældre-barn-søskende-relationer og øvrige forhold i familien, forældrenes sociale og økonomiske baggrund og sociale netværk, forældreevner, omsorg, opdragelsesmåde og familiodynamik, herunder konflikthåndtering. Kapitel 4 giver eksempler på dette, herunder betydningen af familiestruktur og familieliv, social ulighed samt aktuelle temaer som forældres og børns brug af mobiltelefoner og betydningen af covid-19-restrictionerne. Kapitel 7 beskriver forældre- og familierettede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Exosystemet: Den sociale kontekst omfatter bl.a. daginstitutioner, skoler og relationer med jævnaldrende. Med stigende alder bliver barnets sociale relationer, venskaber og fællesskaber stadig mere betydningsfulde for barnet. Dette gælder også de negative sider som mobning og faglig eller social eksklusion. Ligeledes kan boligområdet have betydning for barnets og familiens tryghed og udfoldelsesmuligheder. Kapitel 5 beskriver

dagtilbud og indskoling som udviklingskontekst for børns mentale udvikling. Kapitel 8 beskriver sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i dagtilbud, og kapitel 9 beskriver sundhedsfremmende og forebyggende indsatser i indskolingen.

Makrosystemet: Den samfundsmæssige kontekst udgør faktorer på makroniveau, dvs. overordnede samfundsmæssige forhold som fx familiepolitik, kulturelle normer, social ulighed m.m. Forældrenes socioøkonomiske status har stor betydning for barnets mentale sundhed, idet svage socioøkonomiske ressourcer øger risikoen for både mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i barndommen, som beskrevet med eksempler i kapitel 2 og 3. Temaet social ulighed i mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom gennemgås nærmere i kapitel 4.

1.4 HOVEDBEGREBER

Rapportens tre hovedbegreber er mental sundhed, mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Når vi beskriver sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, anvender vi primært begreberne Universel (U), Selektiv (S) og Indikeret (I) forebyggelse – den såkaldte USI-model (se kapitel 1.4.5). Det er de samme hovedbegreber, som anvendes i Vidensråd for Forebyggelses nyligt udkomne rapport om mental sundhed og sygdom hos 10-24-årige børn og unge (77). Desuden anvender vi begrebet opsporing som supplement til USI-begreberne. **Tabel 1.1** viser en oversigt over rapportens begreber og deres definition.

1.4.1 Mental sundhed

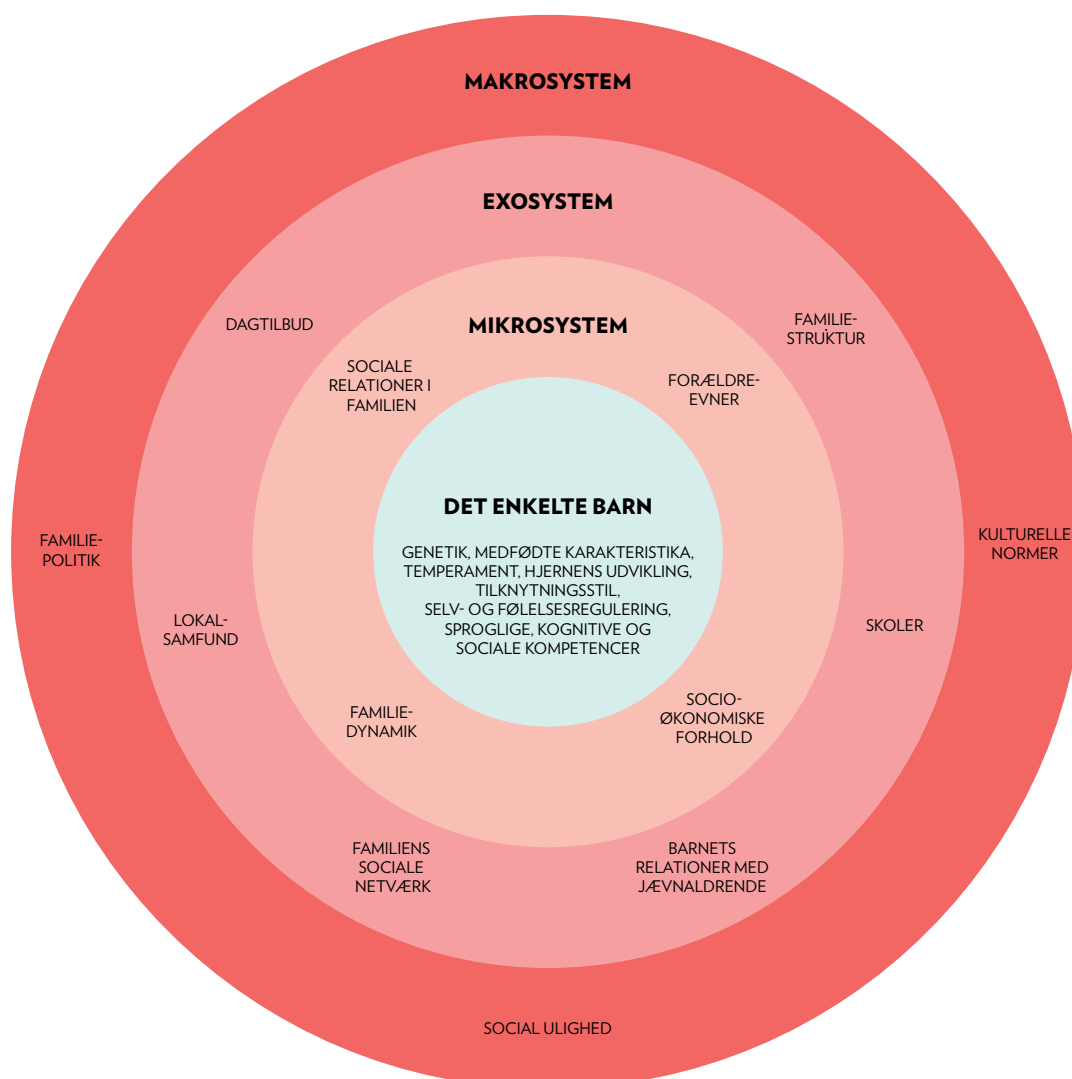
Mental sundhed beskrives ofte med en begrebslig dimension, som strækker sig fra mental sund (benævnt flourishing) over moderat mental sundhed, psykisk hensygnende (languishing) til psykisk syg

(mental disorder) (78). Andre, fx Keyes 2006, beskriver mental sundhed ud fra to dimensioner: den ene er psykisk sygdom, som spænder fra fraværet af psykisk sygdom til tilstedeværelse af svær psykisk sygdom. Den anden er mental sundhed, der går fra et minimum af mental sundhed (languishing) til et optimalt niveau af mental sundhed (flourishing) (79). En tredje tilgang til definition af mental sundhed er det salutogene perspektiv, som fokuserer på, hvad der holder mennesker sunde og velfungerende på trods af belastning (80). Dette perspektiv har vundet stor tilslutning i nyere forskning om børns mentale sundhed (81-83). Det salutogene perspektiv fokuserer fx på troen på egen formåen (self-efficacy), selvværd (self-esteem), robusthed (resilience), følelse af sammenhæng (sense of coherence), følelse af kontrol (personal control, perceived control), handlekompetence og social kompetence. Disse begreber anvendes ofte i forskning om børn, sædvanligvis dog større børn og sjældent om børn under to år.

Mental sundhed omhandler barnets kapaciteter til at opleve, integrere og forstå sin omverden, tilegne sig viden og indgå i nære og tætte relationer til sine forældre og andre kendte omkring det. Mental sundhed omfatter også evnen til at lære af positive og negative erfaringer og evnen til at regulere såvel negative som positive følelser. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) (29) og Sundhedsstyrelsen (2018) (30) definerer mental sundhed som: en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt, og er i stand til at bidrage til fællesskabet. Definitionen har to dimensioner; oplevelse af velbefindende og hvordan individet fungerer i dagligdagen. Definitionen lægger vægt på udvikling af positivt selvværd, evnen til at håndtere følelser og tanker, evnen til at opbygge positive sociale relationer og evnen til at lære og udvikle

→ **FIGUR 1.1**

Model inspireret af Bronfenbrenner med illustration af nogle af de kontekster, der har størst betydning for børns mentale udvikling (udarbejdet af arbejdsgruppen bag rapporten).



sig. Mental sundhed er ikke kun et intrapersonelt forhold, men involverer også individets relationer til andre mennesker og tilhørsforhold til fællesskaber. WHO's definition af mental sundhed kan anvendes for børn, men den mangler væsentlige sider af den sunde udvikling gennem den tidlige barndom, fx følelser og evnen til følelsesregulering. Et barns mentale sundhed omfatter evnen til at opleve og udforske sine omgivelser, integrere erfaringer og lære; og barnets evne til at regulere og udtrykke følelser, kunne sætte sig ind i andres behov og danne nære relationer til kendte voksne og børn. Et barns mentale sundhed udvikles i rammerne af barnets omsorgsmiljø, som inkluderer familien, samfundet og de kulturelle forventninger, der er til børn.

Resiliens: Begrebet resiliens (modstandskraft) omtales ofte som et centralt element i mental sundhed. Når man taler om resiliens hos børn, tænker man ikke kun på barnets egen krop og psyke, men også på de ressourcer, som barnet kan trække på i sine sociale relationer og levekår (social resiliens). Resiliens er altså den kapacitet, der er til rådighed for, at barnet kan imødegå livets udfordringer. Støttende omgivelser spiller en afgørende rolle for resiliens, ikke kun i barndommen men også i resten af livet. En stabil og tryk tilknytning til forældre og andre omsorgsgivere kan beskytte barnet mod tilværelsens udfordringer og belastninger (84).

Trivsel: Begrebet trivsel anvendes i social- og uddannelsessektoren som synonym for mental sundhed (30), mens børnelæger bruger trivsel som et mål for fysisk vækst og generel sundhed. Børne- og udviklingspsykologer forbinder trivsel med, at barnet i tilstrækkelig grad magter de opgaver, der knytter sig til en given alder, og at det udvikler sig aldersvarende motorisk, kognitivt, socialt og følelsesmæssigt. Nogle psykologer beskriver psykisk

trivsel og mental sundhed ved at barnet udvikler sig positivt (flourishing) og er i stand til at klare livets almindelige udfordringer (resiliens) (85-88).

1.4.2 Mentale helbredsproblemer

Hos 0-9-årige omfatter det mentale helbred barnets generelle psykiske udvikling og dets adfærd og følelsesmæssige tilstand. Hos de yngste børn kan mentale helbredsproblemer vise sig som udviklingsproblemer og problemer med at regulere søvn, spisning, følelser og kontakt, og jo yngre barnet er, desto mere uspecifikke kan problemerne være (89). For de fleste børn svinger mentale helbredsproblemer i intensitet, og hos mange er problemerne forbigående. Men nogle børn oplever tilbagevendende eller vedvarende problemer, og i så fald kan det være symptomer, der kan udvikle sig til egentlig psykisk sygdom (10, 19). Det kan være afvigelse i barnets kognitive og herunder sproglige udvikling eller adfærdsproblemer, hvor barnet opfører sig markant anderledes end det sædvanlige for alderen. Fx ved påfaldende ensformig eller hæmmet adfærd, eller ved en adfærd, hvor barnet vedvarende kommer i konflikt med omgivelserne, både kendte og ukendte, voksne som børn. Mentale helbredsproblemer kan også vise sig som følelsesmæssige problemer, der kan komme til udtryk ved, at barnet er følelsesmæssigt nedtonet eller trist, ængsteligt, irriteret eller hyppigt grædende.

1.4.3 Psykisk sygdom

Psykiske sygdomme er defineret ved tilstedeværelsen af specifikke symptomer eller fund ved kliniske undersøgelser, der optræder i et karakteristisk mønster, som er forbundet med personlig belastning eller lidelse og påvirkning af den fysiske eller psykiske funktion. WHO klassificerer psykiske sygdomme efter samme regler som fysiske

sygdomme. Det betyder, at diagnoser for psykiske sygdomme i WHO's International Classification of Diseases (ICD) (90) følger bestemte diagnostiske kriterier. I Danmark benytter vi indtil videre den tiende version af ICD (ICD-10) (91). Kapitel 2 gennemgår forekomsten af de vigtigste psykiske sygdomme og mentale helbredsproblemer, herunder forekomsten af flere samtidige psykiske sygdomme, dvs. komorbiditet.

1.4.4 Sundhedsfremme og forebyggelse

Sundhedsfremme: Sundhedsstyrelsen (2005) (92) definerer sundhedsfremme som en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere menneskers ressourcer og handlekompetence. Sundhedsfremme fokuserer på mobilisering af ressourcer og sunde rammer snarere end på risikoforhold. For børn kan mental sundhedsfremme fx handle om at øge forældres kompetencer, styrke kvaliteten i dagtilbud og reducere økonomisk og social belastning af børnefamilier. Sundhedsfremmende indsatser er ofte universelle, men kan også være selektive dvs. rettet imod risikogrupper.

Forebyggelse: Sundhedsstyrelsen (2005) (92) definerer forebyggelse som sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden. Forebyggelse inden for sundhedsområdet omfatter indsatser, som fremmer folkesundheden ved at identificere, hindre eller begrænse omfanget af risikofaktorer og indsatser, hvor befolkningen, herunder forældre, vejledes mht. risikoadfærd og om forebyggelse af ulykker og sygdom. Børnevaccinationer er et eksempel på forebyggelse, som tilbydes hele børnebefolkningen med det specifikke formål at forhindre bestemte sygdomme

i at opstå. Selv om mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn ikke kan forebygges med et vaccinationsprogram, rummer det danske samfund mange eksempler på potentielt forebyggende indsatser, som søger at opspore og intervenere over for risikofaktorer og begrænse udviklingen af psykisk sygdom. Det sker fx ved at rådgive forældre om, hvad der er godt for barnets udvikling, fx ved de forebyggende undersøgelser af gravide og småbørn og ved sundhedsplejen.

1.4.5 USI-modellen

USI-modellen er Sundhedsstyrelsens systematisering af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser. Forkortelsen henviser til Universelle, Selektive og Indikerede indsatser (92).

Universel forebyggelse: Omfatter indsatser rettet mod alle i befolkningen (fx alle børn i en given aldersgruppe eller alle forældre til disse børn) eller mod grupper i befolkningen, uden at man på forhånd har identificeret individer eller grupper med øget risiko for mentale helbredsproblemer. Man arbejder ud fra viden om forhold, der fremmer børns mentale sundhed, herunder at denne viden går til forældre og andre omsorgspersoner. Eksempler på universel forebyggelse er de forebyggende undersøgelser af gravide, omsorg til barselskvinder, de forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis og sundhedsplejerskernes tilbud i kommunerne. Herudover indgår almen sundhedsoplysning om mental sundhed; dagtilbuds indsats for at styrke børns sociale relationer; et skolemiljø med tillidsfulde sociale relationer mellem eleverne indbyrdes og mellem lærere og elever, og skolers almene pædagogiske indsats for at reducere mobning.

Selektiv forebyggelse: Forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom kan

anskues ud fra udviklingsprocessen fra rask til syg (39). I en sådan forståelsesramme handler primær forebyggelse om at forebygge, at sygdom opstår som oven for beskrevet under universel forebyggelse. Sekundær forebyggelse handler efter samme forståelse om at forhindre, at sygdom udvikler sig hos individer i risiko herfor. Dette kaldes også en selektiv indsats, fordi den henvender sig til en målgruppe med en særskilt risiko. Eksempler på selektiv forebyggelse er indsatser i graviditeten over for mødre med psykiske vanskeligheder eller alkohol- eller stofmisbrug, indsatser overfor for tidligt fødte børn eller indsatser over for børn med medfødte handicap. Det gælder også indsatser til børn, hvis forældre har en psykisk sygdom eller et misbrug; og helt generelt indsatser til børn, der er udsat for negative opvækstbetingelser. Selektive indsatser kan desuden omfatte indsatser i dagtilbud og skoler til børn i områder med mange belastede familier.

Indikeret forebyggelse: I udviklingsprocessen fra rask til syg omfatter indikeret forebyggelse de individrettede indsatser, som har til formål at forhindre forværring af barnets psykiske symptomer og fremme barnets udvikling, læringsmuligheder og sociale funktioner, samt at forebygge komplikationer og udvikling af komorbide sygdomme. Eksempler på indikeret forebyggelse er støtte til forældre til børn med manifesterede mentale helbredsproblemer eller symptomer på psykisk sygdom. Fx styrkelse af forældres indsigt i og forståelse af barnets udviklingsmæssige behov og støtte til forældre til at hjælpe barnet til at regulere reaktioner og adfærd, der forstyrrer barnets udvikling. Indikeret forebyggelse rettet imod fx ADHD-symptomer kan have en tertiært forebyggende effekt ved at begrænse videreudvikling af barnets vanskeligheder, fordi barnet får hjælp til at regulere sin opmærksomhed og adfærd, og herved kan yderligere udvikling af symptomerne og komplikationer hertil potentielt forbygges (se kapitel 11).

1.4.6 Opsporing

Denne rapport supplerer USI-modellen med endnu et begreb, opsporing, ofte benævnt tidlig opsporing. Opsporing er et hyppigt anvendt begreb, også i Danmark, hvor det benyttes i mange forskellige sammenhænge. Begrebet opsporing er uklart defineret, men det centrale er ønsket om tidlig identifikation af børn og familier med risikofaktorer for sygdom, funktionsnedsættelse og sociale problemer.

Sundhedsstyrelsen definerer tidlig opsporing som en form for sekundær forebyggelse, der har til formål at finde risikofaktorer og diagnosticere sygdom tidligst muligt og herved skabe mulighed for tidlig indsats, fx behandling eller risikobegrænsning. Tidlig opsporing omfatter ifølge Sundhedsstyrelsen såvel systematisk screening (alle i en defineret målgruppe tilbydes undersøgelse) som opportunistisk screening (usystematisk, man undersøger, når personen har kontakt med sundhedsvæsenet alligevel) (92). Indsatsen foregår oftest i sundheds-, undervisnings- og socialektoren. Socialstyrelsen definerer opsporing som initiativer og indsatser, der iværksættes for at opspore børn i begyndende mistrivsel samt forebygge, at problemer skader børns udvikling (93).

Opsporing kan indgå i en universel forebyggende indsats, fx når sundhedsplejersken eller den praktiserende læge opdager mulige tidlige tegn på mentale helbredsproblemer ved de almene småbørnsundersøgelser. Men opsporing kan også indgå i en selektiv indsats over for børn og familier i en risikogruppe, fx børn hvis forældre har en psykisk sygdom eller et misbrugsproblem, hvor man har et særskilt fokus på eventuelle mentale helbredsproblemer hos barnet. Opsporing i form af en individuel systematisk undersøgelse indgår også som en forudsætning for en indikeret indsats mhp. at fore-

bygge udviklingen af mentale helbredsproblemer hos det enkelte barn og hermed reducere risikoen for negative langtidskonsekvenser (se kapitel 11). Begrebet opsporing bruges om flere forskellige aktiviteter, lige fra en systematisk screening til mere ad-hoc-prægede indsatser. Begrebet kan også omfatte opsporing af miljøer, der ikke virker støttende for barnet, fx dagtilbud med utilstrækkelig kvalitet (se desuden kapitel 5 og 8).

En given sundhedsfremmende eller forebyggende indsats kan rumme flere af de ovennævnte elementer. Fx er sundhedsplejerskernes hjemmebesøg et tilbud til alle børn (universel forebyggelse), som også rummer behovsbesøg for psykosocialt sårbare børn og familier (selektiv forebyggelse), tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom samt indsats for familier med børn med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom (indikeret forebyggelse). Kapitel 6 omtaler forskellige indsatser til opsporing af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom og diskuterer de vanskeligheder, der er forbundet hermed.

1.4.7 Samfundsmæssige perspektiver ved universel og selektiv forebyggelse

I et forebyggelsesperspektiv har universelt udbudte indsatser en række fordele. De kan nå bredt ud til hele befolkningen og komme alle børn og forældre til gode. Hvis mange børn i samfundet opnår en gunstig effekt af indsatsen, forbedres den mentale børnesundhed på befolkningsniveau (94, 95). Universelle indsatser har også den styrke, at deres virkning ikke afhænger af, hvorvidt der findes en pålidelig metode til at opspore de mest sårbare, hvilket er en forudsætning for effekten af selektive og indikerede indsatser.

Al forebyggelse afhænger af, at de, der skal modtage forebyggelsen, ser en fordel ved det og er motiverede. Det gælder vaccinationer, og det

gælder endnu mere forebyggelsen af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme, som for mange er omgærdet af usikkerhed og uvidenhed. De mest psykisk og socialt sårbare familier er ofte tilbøjelige til at være afvisende over for de indsatser, hvortil de er udvalgt netop på grund af deres psykosociale risiko. For de mest sårbare familier har universelle indsatser en stor betydning, fordi den omfatter alle familier og derfor ikke er forbundet med en mulig følelse af at være stigmatiseret. Sundhedsplejerskernes hjemmebesøg i barnets første leveår, som benyttes af mere end 90% af alle småbørnsfamilier, er et eksempel på en universel indsats med enorme forebyggelsespotentialer, netop fordi den udnyttes af stort set alle småbørnsfamilier. For mange universelle tilbud kan det være et problem, at målgrupperne har forskellige behov, og at tilbuddene benyttes forskelligt af forældre med hhv. få eller mange ressourcer. Fx kan universelt udbudte forældrekurser ramme ved siden af deltagerens behov, fordi de skal passe til en bred målgruppe (96), eller fordi ressourcetsvage forældre i en gruppe føler sig inkompetente og sårbare, når de deltager i kurser, hvor der også deltager mere ressourcestærke forældre (97, 98).

Fordelen ved selektivt udbudte indsatser er først og fremmest, at indsatsen kan målrettes en bestemt gruppe af børn og forældre. Derved øges muligheden for at forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i en gruppe af børn, der har en højere gennemsnitlig risiko for at udvikle sådanne (95, 96). Ulemper kan imidlertid være, at vi ikke ved nok om effekten af selekterede indsatser, og vi mangler viden om, hvordan de familier, som har mest brug for en indsats, kommer til at opleve den som meningsfuld og til gavn for både barnet og familien. Hvis de mest sårbare familier afstår fra at deltage, betyder det, at effekten af indsatsen udebliver på samfundsniveau (95, 96, 99). Man kan nogle gange optimere forebyggende indsatser ved

→ TABEL 1.1

Rapportens hovedbegreber og definitioner.

Mental sundhed er en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt og er i stand til at bidrage til fællesskabet. Denne definition er velegnet til lidt større børn, men mindre egnet til spæd- og småbørn, hvor mental sundhed kan defineres som det lille barns kapaciteter til at opleve, regulere og udtrykke følelser, til at danne nære og trygge relationer og til at udforske sine omgivelser og lære. Disse kapaciteter udvikles i barnets omsorgsmiljø, som omfatter familien, samfundet og de kulturelle forventninger, der er til små børn. Når barnet udvikler disse kapaciteter, er det i en sund social og følelsesmæssig udvikling.

Mentale helbredsproblemer hos 0-9-årige omfatter den generelle psykiske udvikling, barnets adfærd og dets følelsesmæssige tilstand. Jo yngre barnet er, desto mere uspecifikke kan problemerne være. Mentale helbredsproblemer udvikler sig dynamisk, de kan forværres eller aftage afhængigt af barnets sårbarhed og omgivelsernes støtte. For mange børn er problemerne forbigående, men hvis problemerne er tilbagevendende eller vedvarende, kan de udvikle sig til egentlig psykisk sygdom.

Psykisk sygdom er defineret ved tilstedeværelse af specifikke symptomer eller fund ved kliniske undersøgelser, der optræder i et karakteristisk mønster, som er forbundet med personlig belastning eller lidelse og påvirkning af den fysiske eller psykiske funktion.

Sundhedsfremme er en aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere menneskers ressourcer og handlekompetence. Sundhedsfremmearbejdet fokuserer på mobilisering af ressourcer og sunde rammer frem for på risici.

Forebyggelse er sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, ulykker og sygdomsfølger.

USI-modellen henviser til Universel, Selektiv og Indikeret forebyggelse.

Universel forebyggelse er indsatser rettet mod alle i befolkningen eller mod grupper i befolkningen, uden at man på forhånd har identificeret individer eller grupper med øget risiko for mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom.

Selektiv forebyggelse er indsatser, som henvender sig til en særlig målgruppe med øget risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom.

Indikeret forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige omfatter individrettede indsatser, som har til formål at forhindre forværring af det enkelte barns symptomer og fremme dets udvikling, læringsmuligheder og social funktion samt forebygge komplikationer og udviklingen af komorbide sygdomme.

Opsporing (tidlig opsporing) er initiativer og indsatser, der iværksættes for at identificere børn i begyndende mistrivsel samt forebygge, at problemerne skader børns udvikling. Tidlig opsporing gennemføres oftest i sundheds-, undervisnings- og sociale sektoren.

at kombinere flere indsatser. Man kan fx udbyde universelle indsatser i særligt udvalgte boligområder, skoler mv.

1.5 METODER

Rapporten lægger vægt på at formidle forskning og erfaringer fra Danmark samt fra internationale studier, der formodes at have gyldighed for danske forhold. Gennemgangen baseres så vidt muligt på solid videnskabelig dokumentation, der er direkte omsættelig til danske forhold. Rapportens forfattergruppe er tværvideenskabelig og har forsøgt at integrere viden fra læge-, human- og samfundsvidenskab for at skabe et samlet billede af børns mentale sundhed og helbred.

En særlig udfordring knytter sig til dokumentation af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, som vi gennemgår i kapitel 6-11. Mange af disse indsatser er utilstrækkeligt dokumenterede, og især er deres effekt som hovedregel utilstrækkeligt undersøgt. Rapporten præsenterer internationale forskningsoversigter (reviews) og meta-analyser, som sammenfatter viden om effekter på børns mentale sundhed og helbred, og hvor vi har skønnet, at resultaterne er overførbare til danske forhold. Desuden gennemgås de endnu få danske videnskabelige evalueringer af effekten af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Der er betydelig variation i, hvilke målgrupper samt indsatser, de enkelte forskningsoversigter fokuserer på, og hvor bredt målgrupperne og indsatserne er defineret. Hertil kommer, at sammenligningsgruppen i mange studier modtager sædvanlig indsats, hvilket kan variere internationalt set (94). Det er vanskeligt at vurdere, om resultater fra effektstudier fra andre lande kan overføres til danske forhold. Dette gælder ikke mindst USA, hvorfra mange af undersøgelserne kommer. I mod-

sætning til de samfundsmæssige forhold i USA, har danske forældre betalt barselsorlov, og uanset social baggrund tilbydes alle forældre i Danmark et relativt højt niveau af støtte, vejledning og sundhedspleje gennem den kommunale sundhedsplejerskeordning. Desuden tilbydes de fleste småbørn dagpasning, hvor social lovgivningen sikrer, at de mest psykosocialt udsatte også får et pædagogisk tilbud, og alle børn kommer fra skolestart inden for rammer, hvor der er potentiale til at støtte alle børn uanset forældrenes sociale og økonomiske forudsætninger. Det er således vanskeligt at give et entydigt svar på, hvilke indsatser der virker i dansk sammenhæng.

Forskningsoversigter, som vurderer kvaliteten af de inkluderede studier, giver mulighed for at danne sig et indtryk af, om en given effekt er reel, eller om den kan skyldes systematiske skævheder i studiedesignet, fx at der er meget forskelligt frafald i indsats- og kontrolgruppen. Herudover er det afgørende for at kunne vurdere effekten af en given indsats at få viden om, hvorvidt den er gennemført som planlagt, og om effekten holder sig i længere tid. Desværre er det de færreste forskningsoversigter, der kan besvare disse spørgsmål.

Inden for effekt- og evalueringsforskningen er der et øget fokus på, at det ikke er nok at undersøge, om indsatsen virker. Man skal også undersøge, hvorfor og for hvem indsatsen virker og på hvad. Indsatser, der fx har til formål at fremme forældre- og børns psykiske udvikling, er altid yderst komplekse interventioner, og det er vigtigt at vide, hvordan de bliver leveret, hvordan de virker, for hvem de virker, og for hvem de ikke virker. Og særligt er vi interesserede i at finde ud af, om de faktisk virker for de børn og forældre, som har mest brug for det (100, 101). Desværre er der indtil nu kun blevet publiceret få studier, som leverer svar på disse spørgsmål.

Nogle steder i rapporten vurderes dokumentationen for effekten af en given indsats ud fra det i lægevidenskab og samfundsvidenskab hyppigt anvendte evidenshierarki, hvor dokumentation er baseret på randomiserede kontrollerede forsøg. Kontrollerede undersøgelser er nødvendige for at undgå bias, men traditionelle randomiserede undersøgelser, der indebærer lodtrækning til en indsats, kan være svære at gennemføre, ikke mindst i kommunerne. Randomiserede kontrollerede undersøgelser er nogle gange udført i små og selekterede studiepopulationer, hvilket betyder, at de ikke nødvendigvis kan generaliseres til de grupper i samfundet, som skulle have glæde af den nye viden. Det betyder, at meget af vores viden om effekten af forebyggende indsatser indtil videre er baseret på observationelle undersøgelser uden kontrolgrupper, hvilket alt andet lige begrænser muligheden for at generalisere ud fra de foreliggende resultater. Denne rapport inddrager dokumentation fra et bredt spektrum af forskningsmetoder.

1.6 MÅLGRUPPE OG LÆSEVEJLEDNING

Målgruppen for denne rapport er alle, der arbejder med 0-9-årige børn, fx sundhedsplejersker, pædagoger, lærere, læger, sygeplejersker, psykologer og forskere; og herudover beslutningstagere på lokalt og nationalt niveau. Som udgangspunkt omfatter betegnelsen spædbørn i denne rapport aldersspændet 0-1 år, småbørn omfatter aldersspændet 1-5 år og indskolingsbørn/skolebørn aldersspændet 6-9 år, men variationer kan forekomme i rapporten. Ved afvigelse ift. dette vil det være angivet i teksten.

Rapporten fokuserer på børn i alderen 0-9 år, men hvor det har været relevant, har vi inddraget viden

om ældre børn. Kapitel 2-3 beskriver forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt danske børn samt risikofaktorer og mulige beskyttende faktorer. Kapitel 4-5 beskriver barnets udvikling i relation til forældrene, familien, dagtilbud og skole og andre sociale arenaer, som præger børns opvækst. Kapitel 6 gennemgår opsporing, og kapitel 7-11 gennemgår mulige indsatser for at fremme mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Vi har prioriteret danske undersøgelser i vores gennemgang, men præsenterer endvidere resultater fra den internationale videnskabelige litteratur, når de er relevante for danske forhold.

Rapporten er skrevet, så de enkelte kapitler kan læses særskilt. En konsekvens af denne beslutning er, at nogle temaer beskrives i flere kapitler. Rapporten afrundes med oversigtstabel (kapitel 12) over sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der anvendes i Danmark, en ordliste og et engelsk resumé.

1.7 REFERENCER

1. Ploug N. Socialt udsatte børn. Identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2007.
2. Kommunernes Landsforening. Udsatte børn - nøgletal 2020. København: KL; 2020.
3. Børnerådet. FN's Børnekonvention er fundamentet for Børnerådets arbejde. Available from: <https://www.boerneraadet.dk/boernekonventionen>.
4. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 972-86.
5. Elberling H, Linneberg A, Rask CU, Houman T, Goodman R, Skovgaard AM. Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000). *Nord J Psychiatry*. 2016; 70: 146-55.
6. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 1203-11.
7. Petersen DJ, Bilenberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15: 71-8.
8. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 345-65.
9. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53: 695-705.
10. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 62: 372-81.
11. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, Wimberley T, Thygesen M, Madsen KB, Timmerman A, Schendel D, McGrath JJ, Mortensen PB, Pedersen CB. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*. 2020; 77: 155-64.
12. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
13. Koch SV, Andersson M, Hvelplund C, Skovgaard AM. Mental disorders in referred 0-3-year-old children: A population-based study of incidence, comorbidity and perinatal risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020. Online ahead of print.
14. Ammitzbøll J, Pant SW, Holstein BE, Pedersen TP, Due P. Sundhedsprofil for børn og unge i Region Hovedstaden og kommuner 2016/2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
15. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*. 2010; 57: B4193.
16. Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA, Scott JG A heavy burden on young minds: The global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*. 2015; 45: 1551-63.
17. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: A global public health challenge. *Lancet (London, England)*. 2007; 369: 1302-13.
18. Maugham B, Rutter M. Development and psychopathology: A life course perspective. I: Thapar A, Pine DS, Leckman J, Harris N, Snowling MJ, Scott S, et al., editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 6th ed. Wiley Blackwell; 2015: 795-805.
19. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 8-25.
20. Caspi A, Houts RM, Ambler A, Danese A, Elliott ML, Hariri A, Harrington H, Hogan S, Poulton R, Ramrakha S, Rasmussen LHJ, Reuben A, Richmond-Rakerd L, Sugden K, Wertz J, Williams BS, Moffitt TE. Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Netw open*. 2020; 3:e203221.
21. Ford T, Macdiarmid F, Russell AE, Racey D, Goodman R. The predictors of persistent DSM-IV disorders in 3-year follow-ups of the British Child and Adolescent Mental Health Surveys 1999 and 2004. *Psychol Med*. 2017; 47: 1126-37.

22. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2006; 47: 276-95.
23. Currie J, Tekin E. Understanding the cycle: Childhood maltreatment and future crime. *J Hum Resour.* 2012; 47: 509-49.
24. DeSocio J, Hootman J. Children's mental health and school success. *J Sch Nurs.* 2004; 20: 189-96.
25. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2009.
26. Jané-Llopis E, Anderson P, Stewart-Brown S, Weare K, Wahlbeck K, McDaid D, Cooper C, Litchfield P. Reducing the silent burden of impaired mental health. *J Health Commun.* 2011; 16: 59-74.
27. Sellers R, Warne N, Pickles A, Maughan B, Thapar A, Collishaw S. Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2019; 60: 813-21.
28. Stewart-Brown S. Promoting health in children and young people: Identifying priorities. *J R Soc Promot Health.* 2005; 125: 61-2.
29. World Health Organization. The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope. Vol. 79, Bulletin of the World Health Organization. Geneva; 2001.
30. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. København; 2018.
31. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marín O, Serrano-Drozdzowskyj E, Freedman R, Carpenter W. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5: 591-604.
32. D'Arcy C, Meng X. Prevention of common mental disorders: Conceptual framework and effective interventions. *Curr Opin Psychiatry.* 2014; 27: 294-301.
33. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol.* 2018; 6: 30.
34. Niclasen J, Lund L, Obel C. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge - et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. AU; 2016.
35. O'Mara L, Lind C. What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? *Adv Sch Ment Health Promot.* 2013; 6: 203-24.
36. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promot Int.* 2011; 26: i29-69.
37. Graham Allen MP. Early intervention: Smart investment, massive savings. The second independent report to Her Majesty's Government. London: HM Government; 2011.
38. Heckman JJ. Schools, Skills, and Synapses. *Econ Inq.* 2008; 46: 289.
39. Vitaro F, Tremblay R. Clarifying and maximizing the usefulness of targeted preventive interventions. I: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2008: 971-87.
40. Bleses D, Højen A, Justice LM, Dale PS, Dybdal L, Piasta SB, Markussen-Brown J, Clausen M, Haghish EF. The effectiveness of a large-scale language and preliteracy intervention: The SPELL randomized controlled trial in Denmark. *Child Dev.* 2018; 89: e342-63.
41. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, Rouleau N. Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *Int J Lang Commun Disord.* 2008; 43: 361-89.
42. Esping-Andersen G, Garfinkel I, Han W-J, Magnuson K, Wagner S, Waldfogel J. Child care and school performance in Denmark and the United States. *Child Youth Serv Rev.* 2012; 34: 576-89.
43. Hawa V V, Spanoudis G. Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Res Dev Disabil.* 2014; 35: 400-7.
44. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science.* 2006; 312: 1900-2.
45. Irwin JR, Carter AS, Briggs-Gowan MJ. The social-emotional development of "late-talking" toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002; 41: 1324-32.
46. Graham Allen MP. Early intervention: The next steps. A report by Graham Allen MP about how intervention in children's earliest years can eliminate or reduce costly and damaging social problems. London: HM Government; 2011.
47. Børne- og Undervisningsministeriet. Fakta om "1.000-dages-program – en bedre start på livet". Available from: <https://www.regeringen.dk/media/5563/fakta-1000dage.pdf>.
48. Costello EJ. Early detection and prevention of mental health problems: Developmental epidemiology and systems of support. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2016; 45: 710-7.

49. Conti G, Heckman JJ. The developmental approach to child and adult health. *Pediatrics*. 2013; 131: S133-41.
50. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Houmann T, Rask CU, Goodman R, Skovgaard AM. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: Results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55: 1328-35.
51. Ford T, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R. A prospective study of childhood psychopathology: Independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42: 953-61.
52. Rice F, Harold GT, Boivin J, van den Bree M, Hay DF, Thapar A. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: Disentangling environmental and inherited influences. *Psychol Med*. 2010; 40: 335-45.
53. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4: 339-46.
54. Bilenberg N, Skovgaard AM, Verhulst FC. Årsagsforhold. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 41-56.
55. Laucht M, Esser G, Baving L, Gerhold M, Hoesch I, Ihle W, Steigleider P, Stock B, Stoehr RM, Weindrich D, Schmidt MH. Behavioral sequelae of perinatal insults and early family adversity at 8 years of age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39: 1229-37.
56. Oldrup H, Christoffersen MN, Kristiansen IL, Østergaard SV. Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2016.
57. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol*. 2012; 24: 335-44.
58. Olsen EM, Rask CU, Elberling H, Jeppesen P, Clemmensen L, Munkholm A, Li XQ, Hansen MH, Rimvall MK, Linneberg A, Munch IC, Larsen M, Jørgensen T, Skovgaard AM. Cohort profile: The Copenhagen Child Cohort Study (CCC2000). *Int J Epidemiol*. 2020; 49: 370-1.
59. Jaspers M, de Winter AF, Buitelaar JK, Verhulst FC, Reijneveld SA, Hartman CA. Early childhood assessments of community pediatric professionals predict autism spectrum and attention deficit hyperactivity problems. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41: 71-80.
60. Johnson MH, Gliga T, Jones E, Charman T. Annual research review: Infant development, autism, and ADHD - early pathways to emerging disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 228-47.
61. Cook F, Giallo R, Hiscock H, Mensah F, Sanchez K, Reilly S. Infant Regulation and Child Mental Health Concerns: A Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2019; 143: e20180977.
62. Sonogo M, Llácer A, Galán I, Simón F. The influence of parental education on child mental health in Spain. *Qual life Res an Int J Qual life Asp Treat care Rehabil*. 2013; 22: 203-11.
63. Vukojević M, Zovko A, Talić I, Tanović M, Rešić B, Vrdoljak I, Splavski B. Parental socioeconomic status as a predictor of physical and mental health outcomes in children - literature review. *Acta Clin Croat*. 2017; 56: 742-8.
64. Boyle MH, Lipman EL. Do places matter? Socioeconomic disadvantage and behavioral problems of children in Canada. *J Consult Clin Psychol*. 2002; 70: 378-89.
65. Bøe T, Øverland S, Lundervold AJ, Hysing M. Socioeconomic status and children's mental health: Results from the Bergen Child Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47: 1557-66.
66. Davis E, Sawyer M, Lo SK, Priest N, Wake M. Socioeconomic risk factors for mental health problems in 4-5-year-old children: Australian population study. *Acad Pediatr*. 2010; 10: 41-7.
67. Hire AJ, Ashcroft DM, Springate DA, Steinke DT. ADHD in the United Kingdom: Regional and socioeconomic variations in incidence rates amongst children and adolescents (2004-2013). *J Atten Disord*. 2018; 22: 134-42.
68. Rajmil L, Herdman M, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Alonso J. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *Int J Public Health*. 2014; 59: 95-105.
69. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One*. 2019; 14: e0213700.
70. Russell AE, Ford T, Williams R, Russell G. The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016; 47: 440-58.

71. Singh GK, Ghandour RM. Impact of neighborhood social conditions and household socioeconomic status on behavioral problems among US children. *Matern Child Health J.* 2012; 16: S158-69.
72. Kloppenborg HS, Wittrup J. Sårbare børn - hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen? København: Socialstyrelsen og KORA; 2015.
73. Dalsgaard CT, Jordan ALT, Petersen JS. Dagtilbudsområdet - kortlægning af kommunernes personaleforbrug og strukturelle vilkår. København: KORA - Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning; 2016.
74. Glavind N, Pade S, Nielsen LB. Daginstitutioner og børn med etnisk minoritetsbaggrund - hvorfor indskrives børnene ofte senere? København: FOA, Bureau 2000; 2019.
75. Rutter M, Sroufe A. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol.* 2000; 12: 265-96.
76. Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychol Rev.* 1994; 101: 568-86.
77. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2020: 1-359.
78. Huppert FA. Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Appl Psychol Health Well-Being.* 2009; 1: 137-64.
79. Keyes CLM. Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry.* 2006; 76: 395-402.
80. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping.* New York: Jossey-Bass Inc Pub; 1979.
81. Meilstrup C. Socioeconomic inequality in mental health among schoolchildren: Epidemiological analyses of the role of school and personal competences. Copenhagen: National Institute of Public Health; 2016.
82. Clift S, Jensen BB. *The health promoting school: International advances in theory, evaluation and practice.* Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005.
83. Lindström B, Eriksson M. *The hitchhiker's guide to salutogenesis. Salutogenic pathways to health promotion.* Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research and the IUHPE Global Working Group on Salutogenesis (GWG-SAL); 2010.
84. Gleason T, Narvaez D. Beyond resilience to thriving: Optimizing child wellbeing. *Int J Wellbeing.* 2019; 9: 59-78.
85. Csikszentmihalyi M. *Flow and engagement i hverdagen.* København: Dansk Psykologisk Forlag A/S; 2005.
86. Frederickson BL. *Positivitet - kilder til vækst i livet.* København: Dansk Psykologisk Forlag A/S; 2010.
87. Knoop H. *Kort og godt om positiv psykologi.* København: Dansk Psykologisk Forlag A/S; 2015.
88. Seligman M. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* In New York: Free Press; 2011.
89. Skovgaard AM, Asmussen J, Olsen A. *Psysiske helbredsproblemer i de første tre leveår. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave.* København: FADL's Forlag; 2019: 57-72.
90. WHO. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. ICD-10 Classif Ment Behav Disord Diagnostic criteria Res.* Geneva, 1993.
91. Sundhedsdatastyrelsen. ICD-10. SKS-browser, version 4.05. 2020. Available from: <https://medinfo.dk/sks/brows.php>.
92. Sundhedsstyrelsen. *Terminologi: Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed [Internet].* København; 2005. Available from: <http://www.sst.dk>.
93. Socialstyrelsen. *Tidlig opsporing.* Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/opsporing-1>.
94. Cowley S, Whittaker K, Malone M, Donetto S, Grigulis A, Maben J. Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52: 465-80.
95. Rose G. *The strategy of preventive medicine.* Oxford: Oxford University Press; 1992.
96. Offord DR. Selection of levels of prevention. *Addict Behav.* 2000; 25: 833-42.
97. Willumsen G. *Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser.* København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
98. Pontoppidan M, Klest SK, Sandoy TM. *The Incredible Years Parents and Babies Program: A pilot randomized controlled trial.* *PLoS One.* 2016; 11: e0167592.
99. Hutchings J, Griffith N, Bywater T, Williams M, Baker-Henningham H. Targeted vs universal provision of support in high-risk communities: Comparison of characteristics in two populations recruited to parenting interventions. *J Child Serv.* 2013; 8: 169-82.

100. Gardner F, Hutchings J, Bywater T, Whitaker C. Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010; 39: 568–80.
101. Gardner F, Mayo-Wilson E, Montgomery P, Hopewell S, Macdonald G, Moher D, Grant S. Editorial Perspective: The need for new guidelines to improve the reporting of trials in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013; 54: 810–2.



2

FOREKOMST AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM

I DETTE KAPITEL BESKRIVER VI RESULTATERNE FRA DE SENESTE ÅRTIERS FORSKNING I FOREKOMSTEN AF PSYKISK SYGDOM OG MENTALE HELBREDSPROBLEMER. HOVEDVÆGTEN ER PÅ UNDERSØGELSER FRA DANMARK OG FRA LANDE, SOM VI KAN SAMMENLIGNE OS MED.

2.1 SAMMENFATNING

Mentale problemer er blandt de hyppigste helbredsproblemer hos børn. Mindst 16% af 0-9-årige børn i Danmark oplever betydelige mentale helbredsproblemer, og 8% diagnosticeres med en psykisk sygdom i hospitalsvæsenet inden de fylder ti år. Mental retardering, autismspektrumforstyrrelser (ASF) og forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)) giver symptomer tidligt i barndommen, men hvornår de opdages og behandles, afhænger af hvor alvorlige symptomerne er, i hvor høj grad barnets daglige funktion er begrænset, og ikke mindst af om der samtidigt er følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder.

Udviklingsproblemer og problemer med at regulere spisning, søvn og følelsesmæssige udtryk i det første leveår er ofte forbundet med indlæringsproblemer, følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer og problemer med social funktion i skolealderen. Forløbet i førskolealderen er mindre afklaret, ikke mindst når det gælder følelsesmæssig og adfærdsmæssig dysregulering.

Mentale helbredsproblemer i tiden omkring skolestart kan forudsige senere psykiske sygdomme, bl.a. ADHD, men vi mangler viden om, hvad

der kan vedligeholde, forværre eller begrænse udviklingen af mentale helbredsproblemer i skolealderen. Det er veldokumenteret, at et barn kan have mere end én form for mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom. ASF og ADHD kan forekomme samtidigt, børn med ASF har ofte også følelsesmæssige forstyrrelser, og børn med ADHD kan have både adfærdsmæssige og følelsesmæssige forstyrrelser.

2.2 INDLEDNING

Vores viden om forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme stammer fra systematiske undersøgelser af veldefinerede befolkningsgrupper, hvor man benytter spørgeskemaer, interviews, psykologiske undersøgelser og andre diagnostiske redskaber til at afdække hyppigheden af helbredsproblemer og symptomer på sygdom, og vurderer deres indflydelse på barnets trivsel og funktion i dagligdagen. I befolkningsundersøgelser af børn under ti år er det typisk forældrene eller barnets lærer eller pædagog, som besvarer spørgeskemaer, der dækker udviklingsaspekter, følelsesmæssige reaktioner og specifikke eller symptomatiske adfærdskarakteristika. I sjældnere tilfælde benyttes psykologiske undersøgelser også som datakilde.

Psykiske sygdomme hos børn diagnosticeres i det

danske sundhedsvæsen på baggrund af kliniske og standardiserede undersøgelser og forældreinterviews svarende til diagnosekriterierne i WHO's International Classification of Diseases (ICD). I Danmark benytter vi aktuelt den tiende version af ICD (ICD-10) (1), og de fleste befolkningsundersøgelser af psykiske sygdomme hos børn under ti år er baseret på standardiserede diagnostiske forældreinterviews og kliniske diagnostik efter ICD-10-kriterier (2).

Sammenlignet med større børn og unge har den epidemiologiske udforskning af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos børn under 5-6 år tidligere været begrænset (3, 4). Men de senere år har en række undersøgelser (5), også fra Danmark og Norge, bragt ny viden om de epidemiologiske forhold hos de yngste børn (6-9).

I dette kapitel gennemgår vi de væsentligste fund fra de seneste årtiers epidemiologiske udforskning af 0-9-åriges mentale helbred og psykiske sygelighed. Så vidt muligt vil vi referere fra dansk forskning, men vi supplerer med resultater fra andre lande, der har en befolknings sammensætning, som er socialt og kulturelt sammenlignelig med den danske. Dette gælder først og fremmest lande fra Nordeuropa og især Skandinavien. Indledningsvis gennemgår vi vigtige forskningsresultater vedrørende forekomsten af mentale helbredsproblemer, og herefter gennemgår vi undersøgelser af psykisk sygdom, hvor vi inddrager undersøgelser af børn, der er henvist til hospitalsvæsenet, og fund fra befolkningsundersøgelser. I kapitel 3 gennemgår vi faktorer, som er forbundet med øget risiko for mentale helbredsproblemer og psykisk sygelighed i barnealderen.

2.3 MENTALE HELBREDSPROBLEMER

For både mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn gælder, at det centrale er

barnets udviklingstræk, adfærd og følelsesmæssige reaktioner. Det 0-9-årige barns mentale helbred og eventuelle helbreds mæssige problemer afgøres først og fremmest af afvigelser i forhold det normale for alderen mht. den psykiske udvikling og kognitive, sociale, følelsesmæssige eller adfærdsmæssige funktioner, eventuelt tillige funktionelle fysiske symptomer. Psykisk sygdom defineres ligesom somatisk sygdom ud fra tilstedeværelsen af bestemte mønstre af symptomer, som griber ind i barnets overordnede udvikling og trivsel og medfører funktionsindskrænkning og personlig lidelse i dagligdagen (10, 11).

Udviklingsproblemer viser sig ved forsinkelser eller forstyrrelser inden for barnets kognitive og sociale udvikling ift. det sædvanlige for alderen, enten generelt eller inden for specifikke udviklingsområder (10). Generelle udviklingsforsinkelser viser sig bl.a. ved en generelt forsinket kognitiv udvikling, herunder vanskeligheder ved at forholde sig til nyt eller ukendt materiale, samt vanskeligheder ved overblik og logisk tænkning og ved hukommelses- og/eller indlæringsproblemer (12). Specifikke udviklingsproblemer kan fx omhandle sproget, som kan være forsinket ift. alderen, mens gennemgribende udviklingsproblemer typisk omfatter kvalitative afvigelser i anvendelsen af sproget, hvor barnet bruger egne private eller stereotype formuleringer uden interesse for, om omgivelserne forstår det eller ej (13, 14). Udviklingsproblemer kan også omfatte vanskeligheder ved at fokusere og vedligeholde opmærksomhed og koncentration, let afledelighed og dårlig impulsregulering (15).

Følelsesmæssige problemer kan vise sig som social tilbagetrækning ved, at barnet er følelsesmæssigt nedtonet eller hæmmet, præget af mangel på spontan glæde, let vakt ængstelse eller irritabilitet, og let vakt frustration, vrede eller gråd (10, 16).

Specifikke tegn på følelsesmæssige problemer kan være overdreven og vedvarende angst knyttet til specifikke emner eller situationer (17), eller tristhed som kan vise sig ved et gennemgående nedtonet stemningsleje, mangel på glæde, energi, lyst og interesse og letvakt gråd (10, 16).

Adfærdsproblemer er karakteriseret ved et vedvarende mønster af oppositionel eller konfliktskabende adfærd, som kan vise sig som let vakt frustration ved krav, hvor barnet reagerer med udbrud af aggressivitet og gråd, især i sociale situationer. Børn med disse problemer kan udvise impulsiv, aggressiv og destruktiv adfærd, som forstærker deres sociale funktionsproblemer (10, 18).

Reguleringsproblemer: Mentale helbredsproblemer kan også ikke mindst hos de yngste børn vise sig ved problemer med at regulere spisning, søvn samt vedvarende gråd (10). Vedvarende spiseproblemer kan være karakteriseret ved, at barnet spiser impulsivt og uhæmmet og tilsyneladende uden mæthedsfornemmelse; eller spiser for lidt eller for selektivt og må nødes og støttes for at få nok at spise ift. dets ernæringsbehov (10). Reguleringsproblemer omfatter desuden følelsesmæssig og adfærdsmæssig dysregulering, som kan vise sig ved irritabilitet, uro og impulsiv udadrettet adfærd.

Funktionelle fysiske symptomer: Vedvarende eller tilbagevendende klager over smerter eller træthed uden påviselig fysisk årsag kaldes funktionelle fysiske symptomer. Funktionelle fysiske symptomer er karakteriseret ved symptomer fra forskellige dele af kroppen, som kan komme til at fylde meget i barnets hverdag, føre til bekymring hos forældrene og til gentagne lægebesøg og undersøgelser for diverse medicinske sygdomme og dermed påvirke et barns fysiske, psykiske og sociale udvikling. Funktionelle fysiske symptomer nævnes her, fordi ny forskning har vist, at funk-

tionelle fysiske symptomer allerede optræder ved femårsalderen og kan vedvare op igennem skolealderen. Hos de yngre børn viser funktionelle fysiske symptomer sig typisk som mavesmerter, og smerter i ekstremiteterne, mens klager over hovedpine og træthed bliver mere almindelige, jo ældre barnet er. Børn med funktionelle fysiske symptomer har ofte også følelsesmæssige problemer, især angstsymptomer (17).

2.3.1 Mentale helbredsproblemer hos 0-3-årige

Den første systematiske kortlægning af mentale helbredsproblemer hos børn under to år, nationalt som internationalt, er baseret på fødselskohorten Copenhagen Child Cohort (6, 19, 20). Udgangspunktet var en standardiseret sundhedsplejerskejournale, som blev udviklet på baggrund af den internationale litteratur (19, 21) og de konkrete muligheder for dataindsamling i de danske sundhedsplejerskeordninger. Journalen blev specifikt udviklet til at omfatte de observationer, som sundhedsplejersker foretager ved de programsatte hjemmebesøg, når barnet er 0-2, 2-3, 4-6 og 8-10 måneder (22). Journalen blev primært valideret i the Copenhagen Child Cohort 2000 og er efterfølgende blevet kvalitetssikret i Databasen Børns Sundhed (23). En opgørelse blandt 5.624 danske spædbørn født i år 2000 viste, at blandt børn i alderen 0-10 måneder havde 17% et eller flere vedvarende problemer inden for følgende områder: spisning, søvn, motorisk, kognitiv, inkl. sproglig udvikling, aktivitet og interesse, samt følelsesmæssigt udtryk, kontakt, kommunikation og socialt samspil (19). En undersøgelse af 2.973 børn født i 2011-2012 anvendte tilsvarende, men uddybede og specificerede spørgsmål, når barnet var 9-10 måneder (se Tabel 2.1), og bekræftede her en samlet hyppighed af mentale helbredsproblemer hos børn fra den generelle population på 16-17% (24). De to undersøgelser blev gennemført

med ti års mellemrum og viste tilsammen en fordeling af mentale helbredsproblemer, som kendes fra ældre børn (25), med en øget forekomst af udviklingsproblemer hos drenge ift. piger og en øget forekomst af spiseproblemer hos piger, et

mønster der ses allerede fra barnets første leveår (8, 24) (se **Tabel 2.1**).

→ TABEL 2.1

Hyppeghed af sundhedsplejerskerapporterede problemer hos 9-10-måneders gamle børn (n=2.973) (24).

OMRÅDE	PROBLEMER MED	DRENGE % (n)	PIGER % (n)
SØVN	<ul style="list-style-type: none"> → Fast søvnrhythme → Indsovning → Sammenhængende søvn → ≥1 søvnproblem 	<ul style="list-style-type: none"> → 5,2 (80) → 2,4 (36) → 4,5 (68) → 9,9 (152) 	<ul style="list-style-type: none"> → 5,6 (81) → 2,8 (40) → 3,9 (57) → 10,2 (147)
SPISNING	<ul style="list-style-type: none"> → Appetitregulering → Småtspisende → Afviser at spise → Kaster op uden at være syg → ≥1 spiseproblem 	<ul style="list-style-type: none"> → 5,8 (88) → 8,6 (131) → 8,1 (123) → 3,2 (49) → 18,6 (286) 	<ul style="list-style-type: none"> → 7,2 (102) → 11,7 (168) → 11,4 (163) → 2,8 (41) → 21,6 (310)
FØLELSERMÆSSIGT UDTRYK	<ul style="list-style-type: none"> → Gennemgående glad og tilfreds → Ofte irriteret, utilfreds → Græder meget → Følelsesmæssig nedtonet → ≥1 følelsesmæssigt problem 	<ul style="list-style-type: none"> → 1,0 (16) → 14,7 (224) → 1,8 (27) → 0,4 (6) → 15,4 (237) 	<ul style="list-style-type: none"> → 1,2 (17) → 12,2 (174) → 1,5 (22) → 0,5 (7) → 13,1 (188)
NYSGERIGHED OG INTERESSE	<ul style="list-style-type: none"> → Nysgerrig, udforskende 	<ul style="list-style-type: none"> → 0,1 (1) 	<ul style="list-style-type: none"> → 0,1 (1)
OPMÆRKSOMHED/KONCENTRATION	<ul style="list-style-type: none"> → Kan fokusere sin opmærksomhed → Fastholde koncentration → Afledes let → ≥1 opmærksomhedsproblem 	<ul style="list-style-type: none"> → 1,2 (19) → 3,3 (51) → 16,6 (244) → 17,7 (272) 	<ul style="list-style-type: none"> → 1,0 (14) → 1,6 (23) → 13,8 (192) → 14,9 (214)
MOTORISK AKTIVITET	<ul style="list-style-type: none"> → Generelt øget aktivitetsniveau → Generelt nedsat aktivitetsniveau → Impulsivitet → ≥1 motorisk problem 	<ul style="list-style-type: none"> → 6,2 (94) → 1,0 (15) → 4,1 (63) → 10,2 (157) 	<ul style="list-style-type: none"> → 5,0 (72) → 0,9 (13) → 4,3 (61) → 9,4 (135)

→ **TABEL 2.1 (FORTSAT)**

Risiko for samtidig problematisk spiseadfærd og psykiske vanskeligheder ved 5-7-årsalderen (n=1.327) (36).

OMRÅDE		DRENGE % (n)	PIGER % (n)
KONTAKT OG SOCIALT SAMSPIL	→ Øjenkontakt	→ 0,1 (1)	→ 0,1 (2)
	→ Kontaktsmil	→ 1,1 (17)	→ 1,2 (17)
	→ Interesseret i kontakt (forældre)	→ 0,4 (6)	→ 0,3 (4)
	→ Gensidig kommunikation (forældre)	→ 3,5 (52)	→ 2,2 (30)
	→ Fælles opmærksomhed	→ 16,9 (253)	→ 15,8 (218)
	→ Kropskontakt	→ 0,9 (13)	→ 0,6 (9)
	→ Selektivitet	→ 4,5 (68)	→ 2,3 (32)
	→ ≥1 problem med kontakt/samspil	→ 22,2 (341)	→ 19,2 (275)
SPROG	→ Sprogforståelse	→ 5,0 (76)	→ 4,6 (66)
	→ Sprogligt udtryk	→ 6,2 (94)	→ 4,9 (69)
	→ ≥1 problem med sproget	→ 10,1 (156)	→ 8,3 (119)
ANDEL MED MINDST TRE PROBLEMER		→ 17,7 (272)	→ 17,3 (248)

2.3.2 Mentale helbredsproblemer hos 4-9-årige

Blandt de hyppigst anvendte validerede metoder til at undersøge forekomsten af mentale helbredsproblemer hos 4-9-årige i Danmark og internationalt er the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og the Child Behavior Check List (CBCL) (2, 26, 27). Begge kan besvares af såvel forældre som pædagoger og lærere, og de mest pålidelige resultater opnås, hvis både svar fra forældre og lærere eller pædagoger indgår, svarende til de forskellige situationer og sammenhænge barnet er i hhv. i hjemmet, børnehaven og skolen. Forældre observerer generelt hyppigere følelsesmæssige problemer hos barnet, mens lærerens observationer har særlig betydning, når det gælder barnets adfærd og funktion i sociale sammenhænge (28). Både SDQ og CBCL indeholder spørgsmål, der belyser, hvorvidt barnets adfærd og potentielle

problemer indebærer indskrænkninger i barnets generelle trivsel og funktion i dagligdagen.

SDQ's psykometriske egenskaber mht. at belyse mentalt helbred er bl.a. blevet undersøgt blandt 5-7-årige fra tre danske fødselskohorter: Bedre Sundhed for Mor og Barn, the Copenhagen Child Cohort 2000 og 1995-kohorten fra Socialforskningsinstituttet (n=56.864) (27). I The Copenhagen Child Cohort 2000 blev SDQ besvaret af forældre og pædagoger for 3.500 5-7-årige (29). De hyppigste problemer var ifølge forældrene følelsesmæssige problemer, herunder angst og tristhed (7,4%), mens de hyppigste problemer rapporteret af pædagogerne var problemer med hyperaktivitet og koncentration (9,0%). Hvis kriterier for indskrænkninger i barnets generelle trivsel og funktion i dagligdagen blev inkluderet, var hyppigheden af mentale helbredsproblemer

samlet 6,2% ifølge pædagogerne og 4,8% ifølge forældrene (29). Drengene havde en dobbelt så stor risiko for at have mentale helbredsproblemer ved 5-7 år som pigerne (se også kapitel 3).

2.3.3 Funktionelle fysiske symptomer hos 5-7-årige

Funktionelle fysiske symptomer i denne aldersgruppe omfatter vedvarende klager over smerter i maven, i hovedet eller i arme og ben, som der ikke kan findes nogen fysisk årsag til (30). Funktionelle fysiske symptomer er forbundet med høj psykiatrisk komorbiditet hos voksne, og blandt børn findes der en øget risiko for samtidige spiseproblemer og ikke mindst helbredsangst (31). Forskningen i funktionelle fysiske symptomer hos børn er endnu relativt sparsom, men danske undersøgelser har vist, at mindst et symptom forekommer hos 21% af 5-7-årige fra den generelle befolkning og hyppigere hos piger; hvert femte barn har mere end et symptom, og 4,9% har tre samtidige symptomer og alvorlige begrænsninger i dagligdagen. Funktionelle fysiske symptomer er associeret med psykosociale belastninger i familien, skolefravær, begrænsninger i barnets sociale samvær med jævnaldrende, hyppige lægekontakter, indlæggelser med belastende undersøgelser og en femdoblet risiko for medicinforbrug (odds ratio (OR)=4,7 [95% konfidensinterval (CI): 2,5-8,7]) (17). På længere sigt er funktionelle fysiske symptomer ved 5-7 år blevet associeret med et vedvarende øget forbrug af sundhedsydelse (32).

2.3.4 Spiseproblemer og vægtproblemer

Spiseproblemer er hyppige blandt spædbørn, og de er hyppige årsager til forældrebekymring og kontakter til sundhedsvæsenet (33). Hvis barnets spising er restriktiv, hvor det afviser mad, uanset at det ikke har spist længe, og generelt spiser for

lidt ift. dets ernæringsmæssige behov, kan spiseproblemer resultere i manglende vægtøgning og på sigt i hæmmet længdevækst, som kan nødvendiggøre henvisning til specialistbehandling og eventuelt indlæggelse (10, 34). Børn fra Copenhagen Child Cohort 2000 med spiseproblemer i spædbarnealderen havde dobbelt så stor risiko for spiseproblemer i 5-7-årsalderen, fx restriktiv spising (OR=2,0 [95% CI: 1,3-3,2]) (35).

En undersøgelse af spiseadfærd blandt godt 1.300 danske 5-7-årige børn har vist, at overspisning, forekommer hos 3,2%, underspisning, når barnet er emotionelt belastet, forekommer hos 1,4%, picky eating, hvor barnet kun spiser særligt udvalgte fødeemner, forekommer hos 7,3%, og endelig snacking, hvor barnet er småtspisende over hele dagen, forekommer hos 3,1% (36). Som det ses af **Tabel 2.2** fandtes overspisning at være forbundet med en ca. firedoblet risiko for samtidige emotionelle forstyrrelser. Emotionel underspisning var forbundet med en fordoblet risiko for emotionelle forstyrrelser og en 40% øget risiko for funktionelle fysiske symptomer (se **Tabel 2.2**). Børn med picky eating havde en fire gange så høj risiko for samtidige adfærdforstyrrelser og gennemgribende udviklingsforstyrrelser, herunder ASF (36).

2.3.5 Trivsel og mentale helbredsproblemer i tiden omkring skolestart, bedømt af børnene selv og deres forældre

En undersøgelse med udgangspunkt i Databasen Børns Sundhed omfattede 48.298 børn født i 2002-2013, som blev undersøgt i perioden omkring deres skolestart (2007-2018), hvor børnene var 5-8 år. Undersøgelsen benyttede selvrapportering og forældrebesvarelser i forbindelse med indskolingsundersøgelsen hos sundhedsplejersken (37). Ved indskolingsundersøgelsen spurgte sundhedsplejersken ind til barnets selvvaluerede trivsel, og barnet

→ **TABEL 2.2**

Risiko for samtidig problematisk spiseadfærd og psykiske vanskeligheder ved 5-7-årsalderen (n=1.327) (Micali et al. 2011).

SPISEADFÆRD	EMOTIONELLE FORSTYRRELSER	ADFÆRDS-FORSTYRRELSER	GENNEMGRIBENDE UDVIKLINGS-FORSTYRRELSER	FUNKTIONELLE FYSISKE SYMPTOMER (FFS)
	→ OR [95% CI]	→ OR [95% CI]	→ OR [95% CI]	→ OR [95% CI]
OVERSPISNING	→ 4,4 [1,3-15,3]			
PICKY EATING	→ 3,3 [1,2-8,9]	→ 4,2 [1,8-10,2]	→ 4,3 [1,2-16,2]	→ 1,6 [1,1-2,5]
EMOTIONEL UNDERSPISNING	→ 2,3 [1,1-5,1]			→ 1,4 [1,1-1,8]

OR = ODDS RATIO
 CI = KONFIDENSINTERVAL

svarede på spørgsmålet: ”Sådan har jeg det for tiden”, og trivsel i skolen: ”Sådan har jeg det for det meste i skolen”, ved at pege på et af fire ansigter. Ét ansigt med en smilende mund for svarkategorien ’Meget glad’; ét ansigt med lidt mindre smilende mund for svarkategorien ’Glad’; ét ansigt med en vandret mund for kategorien ’Midt imellem’ og et ansigt med mundvigene nedad for kategorien ’Ikke glad’. Svarene ’Midt imellem’ og ’Ikke glad’ blev anvendt som indikator for hhv. lav generel trivsel og lav skoletrivsel. Undersøgelsen viste, at 5,5% af børnene rapporterede lav generel trivsel, signifikant flere drenge end piger (37). Desuden var lav generel trivsel signifikant hyppigere blandt børn med forældre af anden etnisk herkomst end dansk, blandt børn med de yngste mødre, blandt børn hvis forældre ikke var i arbejde eller under uddannelse, og blandt børn som ikke boede sammen med begge forældre (se **Tabel 2.3**). 11% af børnene rapporterede lav trivsel i skolen, og dette

var signifikant hyppigere hos drenge. Problemer med jævnaldrende var signifikant hyppigere blandt børn, hvis forældre ikke havde længere skolegang end grundskole, børn af anden etnisk herkomst end dansk, blandt børn hvis forældre var uden tilknytning til arbejdsmarkedet samt blandt børn af enlige forældre (se **Tabel 2.3**) (37).

Forældrene besvarede desuden spørgsmål om barnets funktion ift. jævnaldrende: ”Er lidt af en enspænder, leger mest alene”, ”Har mindst én god ven”, ”Er generelt vellidt af andre børn”, ”Bliver mobbet eller drillet af andre børn” og ”Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn”. Forældrene kunne svare: ”Passer ikke”, ”Passer delvist” eller ”Passer godt” (37). Spørgsmålene stammer fra den danske version af spørgeskemaet SDQ, og svarene summeres til en samlet score fra nul til ti point, hvor en score på tre eller flere point fortolkes som tegn på problemer i forholdet til

→ **TABEL 2.3**

Andel af indskolingsundersøgte børn med lav generel trivsel, lav skoletrivsel og problemer i forholdet til jævnaldrende efter socio-demografiske faktorer (37).

	LAV GENEREL TRIVSEL (%)	LAV SKOLETRIVSEL (%)	PROBLEMER I FORHOLDET TIL JÆVNALDRENDE (%)
HELE POPULATIONEN ^A	→ n=44.793	→ n=43.431	→ n=44.553
ANTAL	→ 2.482	→ 4.813	→ 3.373
%	→ 5,5	→ 11,1	→ 7,6
FORÆLDRES UDDANNELSESLEVEL	→ n=42.357	→ n=41.253	→ n=42.218 ^C
LANG VIDEREGÅENDE	→ 5,8	→ 11,1	→ 4,3
KORT ELLER MELLEMLANG VIDEREGÅENDE	→ 5,6	→ 10,9	→ 5,7
ALMEN- ELLER ERHVERVSGYMNASIAL	→ 5,5	→ 10,5	→ 9,9
ERHVERVSFAGLIG	→ 5,2	→ 11,6	→ 9,6
GRUNDSKOLE	→ 5,7	→ 10,7	→ 17,8
FORÆLDRES TILKNYTNING TIL ARBEJDS-MARKEDET	→ n=42.213 ^C	→ n=41.119	→ n=41.935 ^C
BEGGE FORÆLDRE I ERHVERV ELLER UNDER UDDANNELSE	→ 5,5	→ 11,0	→ 6,1
ÉN I ERHVERV ELLER UNDER UDDANNELSE, ÉN IKKE	→ 5,2	→ 11,0	→ 12,4
BEGGE FORÆLDRE IKKE I ERHVERV ELLER UNDER UDDANNELSE	→ 7,3	→ 11,9	→ 17,7

A HELE POPULATIONEN HENVISER TIL BØRN, DER ER INDSKOLINGSUNDERSØGT I EN DATABASEKOMMUNE I REGION HOVEDSTADEN

B STATISTISK SIGNIFIKANTE FORSKELLE MELLEM GRUPPERNE (P ≤ 0,05)

C STATISTISK SIGNIFIKANTE FORSKELLE MELLEM GRUPPERNE (P ≤ 0,01)

→ **TABEL 2.3 (FORTSAT)**

Andel af indskolingsundersøgte børn med lav generel trivsel, lav skoletrivsel og problemer i forholdet til jævnaldrende efter socio-demografiske faktorer (37).

	LAV GENEREL TRIVSEL (%)	LAV SKOLETRIVSEL (%)	PROBLEMER I FORHOLDET TIL JÆVNALDRENDE (%)
FAMILIETYPE	→ n=41.866 ^C	→ n=40.789 ^C	→ n=41.615 ^C
BOR MED BEGGE FORÆLDRE	→ 5,4	→ 10,6	→ 6,9
BOR IKKE MED BEGGE FORÆLDRE	→ 6,2	→ 13,3	→ 10,3
FORÆLDRES HERKOMST	→ n=42.416	→ n=41.317 ^C	→ n=42.146 ^C
BEGGE FORÆLDRE DANSK HERKOMST	→ 5,6	→ 11,5	→ 5,3
ÉN DANSK OG ÉN EFTERKOMMER ELLER INDVANDRER	→ 5,9	→ 11,5	→ 6,1
BEGGE EFTERKOMMERE ELLER INDVANDRERE	→ 5,1	→ 8,6	→ 18,2
MORS ALDERS	→ n=42.993 ^B	→ n=41.885	→ n=42.734 ^C
< 30 ÅR	→ 6,3	→ 10,9	→ 14,2
≥ 30 ÅR	→ 5,5	→ 11,0	→ 6,9
FARS ALDER	→ n=42.378	→ n=41.295	→ n=42.114 ^C
< 30 ÅR	→ 6,4	→ 10,7	→ 13,3
≥ 30 ÅR	→ 5,5	→ 11,0	→ 7,2

A HELE POPULATIONEN HENVISER TIL BØRN, DER ER INDSKOLINGSUNDERSØGT I EN DATABASEKOMMUNE I REGION HOVEDSTADEN

B STATISTISK SIGNIFIKANTE FORSKELLE MELLEM GRUPPERNE (P ≤ 0,05)

C STATISTISK SIGNIFIKANTE FORSKELLE MELLEM GRUPPERNE (P ≤ 0,01)

jævnaldrende. For 7,6% af børnene viste forældrenes besvarelser, at barnet havde problemer i forholdet til jævnaldrende, og dette forekom signifikant hyppigere hos drenge end piger (kønnsforskelle er ikke vist i **Tabel 2.3**). Som det ses af **Tabel 2.3** var problemer i forholdet til jævnaldrende endvidere signifikant hyppigere blandt børn af forældre med anden etnisk herkomst end dansk og blandt børn af forældre, der højst havde fuldført grundskolen, forældre der ikke var i erhverv eller under uddannelse og blandt børn af de yngste forældre og børn, som ikke boede sammen med begge forældre. Undersøgelsen viste også (ikke vist i **Tabel 2.3**), at problemer i forholdet til jævnaldrende var signifikant hyppigere blandt børn af mødre med komplikationer under graviditeten ($p < 0,05$), fødsel før 37. graviditetsuge ($p > 0,001$) og fødselsvægt under 2.500 gram ($p < 0,01$).

En anden undersøgelse fra BørnUngeLiv (38) omfattede indskolingsundersøgelser på i alt 5.436 børn (76% var seks år) over fire skoleårgange i perioden 2015-2019. Forældrene besvarede SDQ og spørgsmål om impact, dvs. belastninger og indskrænkninger i dagligdagen, som de angivne problemer medfører for barnet i skolen, fritiden, blandt kammerater og i hjemmet. Ud fra SDQ-algoritmer og normer for danske børn (39) blev scorer for barnets mentale styrker og svagheder estimeret mht. prosocial adfærd (en styrke) og adfærdspøblemer, hyperaktivitet og emotionelle problemer (svagheder). Intervallet for SDQ-scorer er 0-31, og jo højere score desto flere problemer. I det følgende præsenteres upublicerede dataudtræk fra denne undersøgelse, analyseret af Katrine Svendsen og Carsten Obel fra Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, 2020. Cut-off-scoren er beregnet ud fra danske normværdier, hvor 80% percentilen for drenge svarer til cut-off >14 , mens den er >10 for piger.

I **Figur 2.1-2.6** ses en grafisk fremstilling fra BørnUngeLiv af SDQ-totalscorer og -subscorer for danske børn, der blev undersøgt i forbindelse med deres indskoling, 2015-2019 ($n=5.436$), fordelt på køn.

Figur 2.1 viser SDQ-totalscorer, og det ses, at kun en mindre del af pigerne i 0-klasse havde en SDQ-score over cut-off på 10; og kun en mindre del af drengene havde en SDQ-score over cut-off på 14, og der var minimale forskelle mellem drenge og piger.

Figur 2.2 viser fordelingen af forælderreporterede følelsesmæssige problemer, SDQ-intervallet for scoren er 0-10, hvor ti svarer til flest problemer. Som det ses af figuren, var det kun en mindre del af børnene, der havde en score over fem, som svarer til en høj sandsynlighed for følelsesmæssige problemer. Der var minimale forskelle på drenge og piger i denne analyse.

Figur 2.3 viser fordelingen af forælderreporterede adfærdsmæssige problemer, SDQ-intervallet for scoren er 0-10, hvor ti svarer til flest problemer. Som det ses af figuren, var det kun en mindre del af børnene, der havde en score over fem, som svarer til en høj sandsynlighed for adfærdsmæssige problemer. Der var minimale forskelle på drenge og piger i denne analyse.

Figur 2.4 viser fordelingen af forælderreporterede problemer med hyperaktivitet, SDQ-intervallet for scoren er 0-10, hvor ti svarer til flest problemer. Kurverne er ganske forskellige for piger og drenge: Ved de lave scorer lå piger betydeligt højere end drenge, mens drenge lå betydeligt højere end piger ved de høje scorer med større sandsynlighed for kliniske hyperaktivitetsproblemer.

Sammenfattende viser graferne for følelsesmæssige problemer (se **Figur 2.2**) og adfærdspøblemer (se **Figur 2.3**) hos børn i denne alder

(omkring seks år) ingen væsentlige kønsforskelle, mens de højere SDQ-scorer for hyperaktivitet var hyppigere hos drenge.

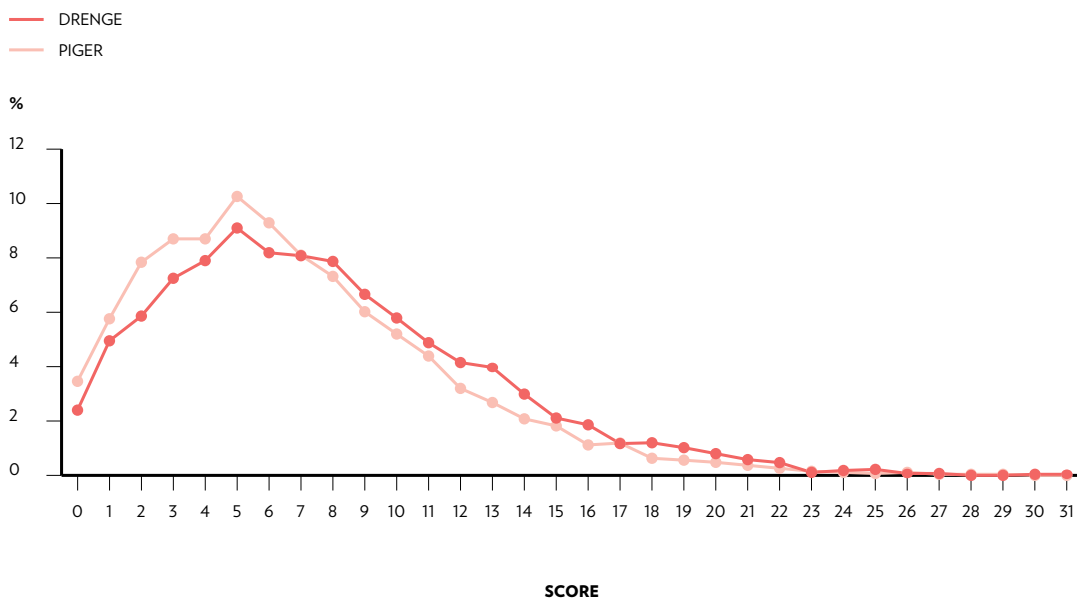
Figur 2.5 viser fordelingen af problemer ift. jævnaldrende rapporteret af forældre med SDQ. Udfaldsrummet går fra nul til ti, hvor ti er flest problemer. Meget få, under 2%, havde en SDQ-score over fem som indikation på betydelige problemer, og der sås ingen forskel mellem drenge og piger.

Figur 2.6 viser forælderreporterede SDQ-scorer for sociale styrker, hvor en høj score i modsætning til de tidligere grafer (**Figur 2.1-2.5**) indikerer noget positivt, her gode sociale egenskaber. Som det ses af figuren, fulgte drenge og piger hinanden mht. lav forekomst af sociale styrker, drenge lå lidt over piger ved de mellemgode og gode sociale styrker, mens det så ud til, at piger lå betydeligt over drenge, når det gjaldt særligt gode sociale egenskaber i denne aldersgruppe (5-8 år).

De præsenterede tal for mentale helbredsproblemer estimeret ud fra forældrebesvarelser af SDQ er baseret på algoritmer, som har vist høj prædiktivitet mht. at forudsige psykiske forstyrrelser målt som diagnoser for psykiske sygdomme (41-43). Dette er også vist i Copenhagen Child Cohort 2000-studiet, hvor man fandt, at SDQ-scorer ved 5-7 år var prædiktive for fuldt udviklet psykisk sygdom inden for hhv. adfærdsforstyrrelser, ADHD eller emotionelle forstyrrelser hos børn, som ved 5-7-årsalderen scorede blandt de højeste 10% på en bestemt problemscore (44).

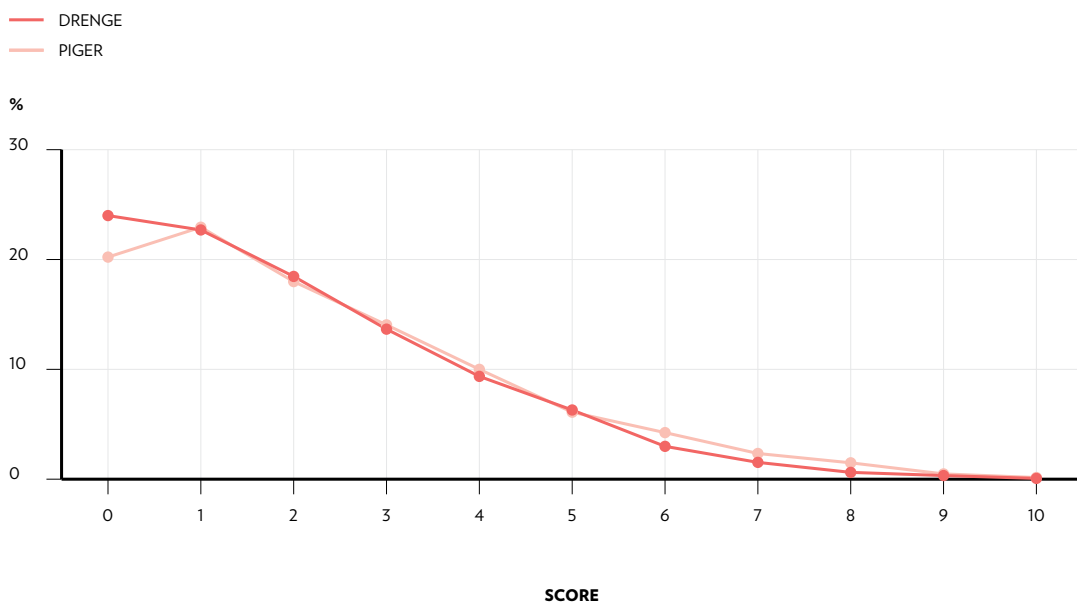
→ **FIGUR 2.1**

Fordeling af SDQ-totalscorer (fra 0-31, hvor en score på 31 er mest negativ) baseret på forældreoplysninger blandt 5.436 elever i 0. klasse i perioden 2015-2019 (40).



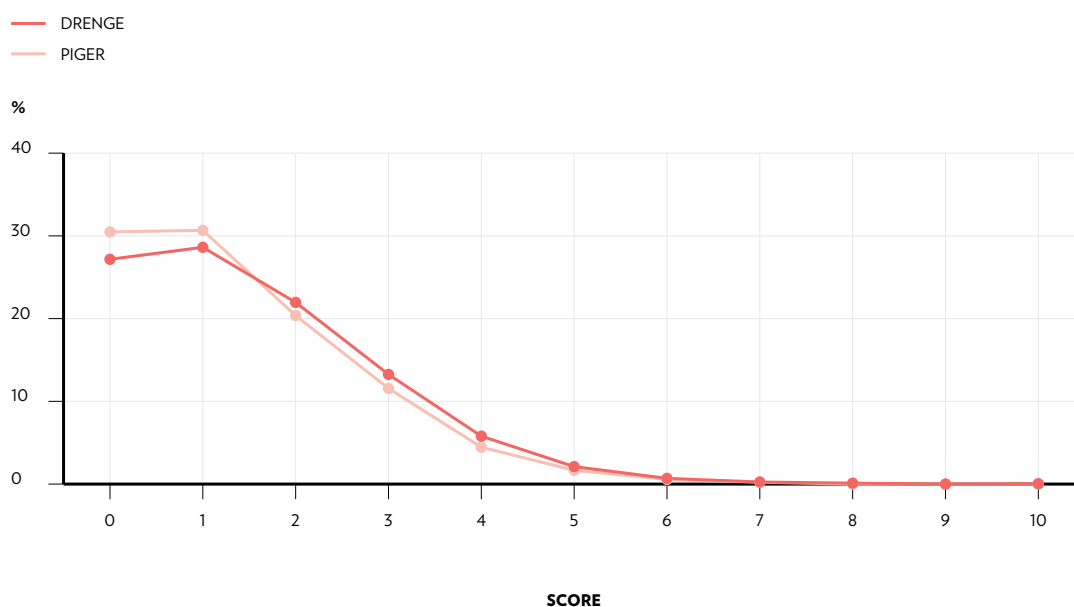
→ **FIGUR 2.2**

Følelsesmæssige problemer: Fordeling af forælderreporterede SDQ-scorer (fra 0-10, hvor en score på ti er mest negativ) for følelsesmæssige problemer blandt elever i 0. klasse (n=5.436) i perioden 2015-2019 (40).



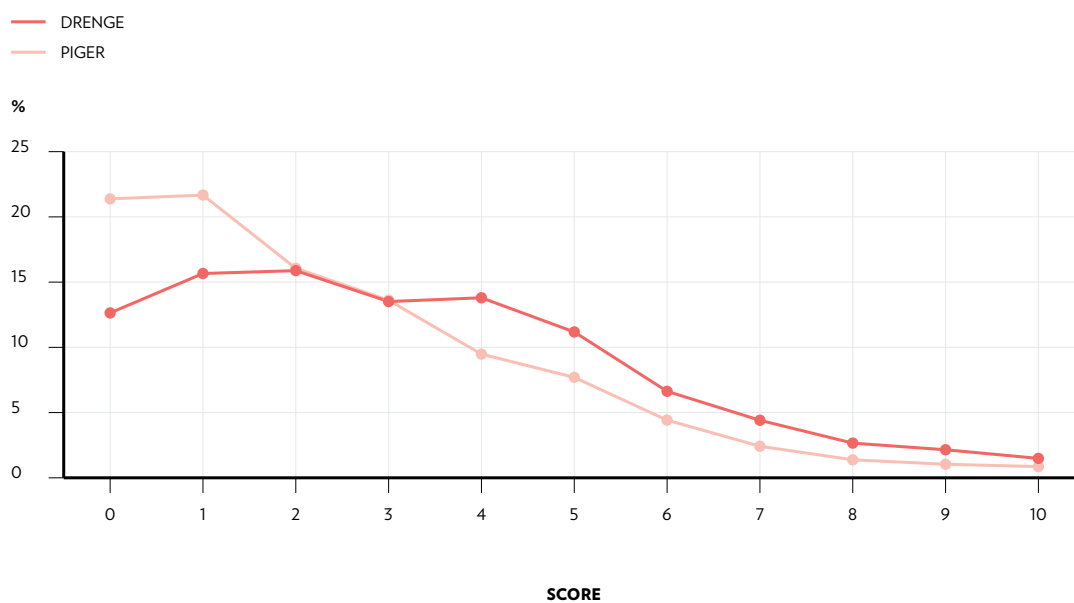
→ **FIGUR 2.3**

Adfærdsmæssige problemer: Fordeling af forælderreporterede SDQ-scorer (fra 0-10, hvor en score på ti er mest negativ) blandt 5.436 elever i 0. klasse i perioden 2015-2019 (40).



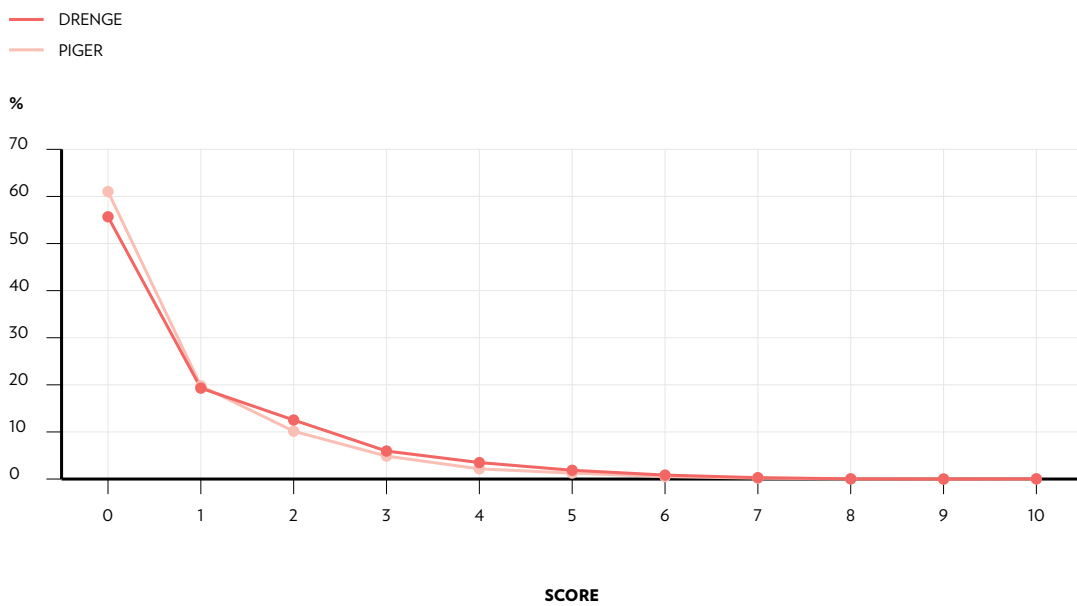
→ **FIGUR 2.4**

Problemer med hyperaktivitet: Fordelingen af forælderreporterede SDQ-scorer (fra 0-10, hvor en score på ti er mest negativ) blandt 5.436 elever i 0. klasse i perioden 2015-2019 (40).



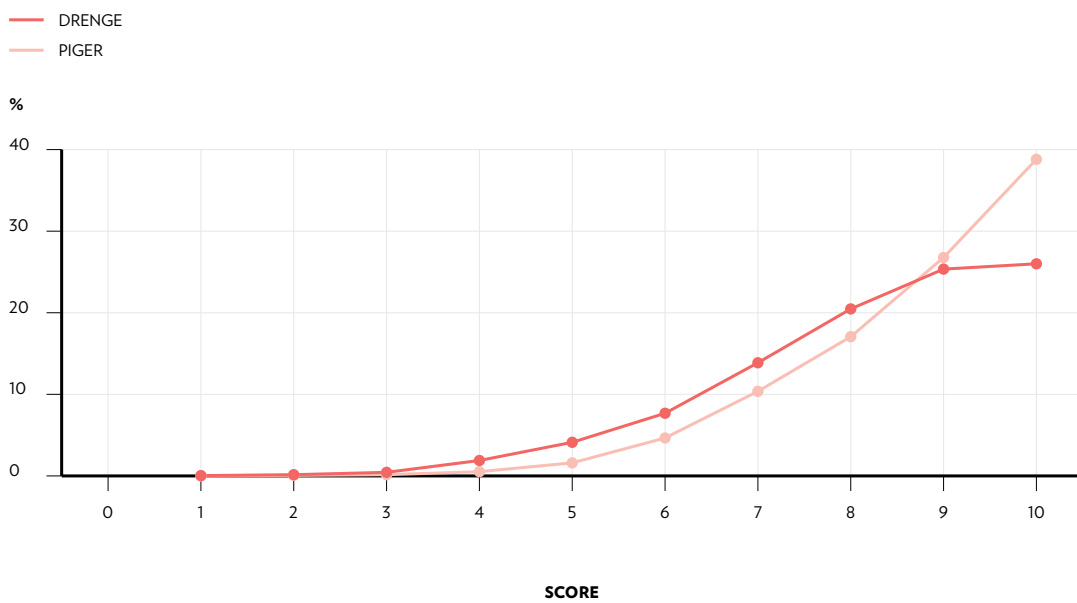
→ **FIGUR 2.5**

Problemer ift. jævnaldrende: Fordeling af forælderreporterede SDQ-scorer (fra 0-10, hvor en score på ti er mest negativ) blandt 5.436 elever i 0. klasse i perioden 2015-2019 (40).



→ **FIGUR 2.6**

Sociale styrker: Fordeling af forælderreporterede SDQ-scorer (fra 0-10, hvor en score på ti er mest positiv) blandt 5.436 elever i 0. klasse i perioden 2015-2019 (40).



2.4 PSYKISK SYGDOM

Psykiske sygdomme er karakteriseret ved kvalitative og kvantitative afvigelser i forhold det normale for alderen mht. kognitive, sociale, følelsesmæssige eller adfærdsmæssige funktioner. Ligesom somatisk sygdom defineres en psykisk sygdom ud fra tilstedeværelsen af bestemte mønstre af symptomer, som griber ind i barnets overordnede udvikling og trivsel og medfører funktionsindskrænkning og personlig lidelse i dagligdagen (10, 11).

Psykiske sygdomme klassificeres som somatiske sygdomme ud fra de diagnostiske kriterier i WHO's internationale sygdomsklassifikation (ICD-10), og specifikt i Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (45). Herudover kan psykiske sygdomme klassificeres efter det amerikanske diagnosesystem, the Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (DSM-5) (46), og hos børn under fem år efter the Diagnostic Classification 0-5 (DC: 0-5), som foruden ICD-10- og DSM-5-diagnoserne omfatter specifikke udviklingsrelaterede diagnoser, herunder reguleringsforstyrrelser. Endelig findes en selvstændig klassifikation af forældre-barn-relationen (10, 47).

Det er implicit i WHO's sygdomsklassifikation, at sygdomme omfatter helbredsmæssige problemer, der fører til lægekontakter og diagnostik og behandling i sundhedsvæsenet. Historisk set afspejler klassifikationen og dermed diagnoserne den til enhver tid gældende viden om sygdommenes fremtrædelsesformer, årsagsforhold og prognose. I **Boks 2.1** ses en aktuell oversigt over ICD-10-diagnoser af særlig relevans for børn under ni år.

→ BOKS 2.1

Oversigt over ICD-10-diagnoser af særlig relevans for børn under ni år.

- › Mental retardering
- › Autismespektrumforstyrrelser (ASF)
- › Specifikke udviklingsforstyrrelser (sprog, motorik)
- › Forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) og attention deficit disorder (ADD))
- › Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)
- › Tics, Tourette syndrom
- › Psykotiske tilstande
- › Adfærdforstyrrelser
- › Følelsesmæssige forstyrrelser, inklusive angsttilstande og depression
- › Sociale funktionsforstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser
- › Spiseforstyrrelser
- › Søvnforstyrrelser
- › Stress og belastningsreaktioner

2.5 DIAGNOSTICERING AF PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE

I sundhedsvæsenet er det lægens basale funktion at afklare, hvorvidt en patients helbredsklager kan tilskrives en bestemt sygdom. Diagnostik indebærer et valg mellem mulige forklaringer på patientens aktuelle symptomer vurderet ud fra et udviklingsperspektiv. Endvidere indgår overvejelser om behandlingsmæssige konsekvenser og prognose for en given diagnose. Afklaringen af, hvorvidt et barn har en psykisk sygdom eller ej, sker ud fra en klinisk vurdering af barnets adfærd, kognitive udvikling og bevidsthedsmæssige og følelsesmæssige tilstand, som det beskrives af barnets omgivelser, forældre og pædagoger og lærer, og ud fra kliniske undersøgelser (11).

Når det gælder børn under ti år, rummer den diagnostiske undersøgelse særlige udfordringer. Jo yngre barnet er, i desto højere grad er dets adfærd, kognitive funktioner og følelsesmæssige reaktioner udviklingsbestemte. De yngste børn kan ikke selv redegøre for, hvordan de har det. Jo yngre barnet er, desto oftere er det forældrene, der beskriver barnets adfærd, symptomer og funktionspåvirkning (10). På børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger på hospitalet foretages en systematisk indsamling af oplysninger fra forældre, pædagoger og lærere, og barnet undersøges ved standardiserede psykologiske tests og specifikke diagnostiske undersøgelser. Intet blodprøvesvar eller målbare afvigelser i somatiske funktioner kan afgøre diagnostikken af en psykisk sygdom. Derfor beror udredningen af en psykisk sygdom i høj grad på validerede undersøgelser og diagnostiske metoder, hvor lægen sammen med det tværfaglige team afklarer symptomernes karakter, omfang og individuelle belastning. En børnepsykiatrisk undersøgelse munder ud i en samlet lægelig vurdering af, hvorvidt barnets vanskeligheder kan forklares med en diagnose (11).

2.6 FOREKOMST AF PSYKIATRISKE DIAGNOSER HOS BØRN HENVIST TIL BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISKE AFDELINGER PÅ HOSPITALET

Forekomsten af diagnoser for psykisk sygdom hos børn, der er undersøgt i hospitalsvæsenet, kan undersøges i patientregistre eller i databaser fra kliniske afdelinger. De nationale danske registre giver gode betingelser for epidemiologisk forskning, fordi de dækker hele befolkningen, hvilket gør det muligt at få pålidelige informationer om, hvorledes sygdom er relateret til sociale, økonomiske og kulturelle forhold hos alle individer og herved opnå et meget differentieret datagrundlag for at belyse sygelighed i befolkningen (48).

Patientregistre giver oplysninger om børn, hvis problemer fører til henvisning til undersøgelse og/eller behandling i hospitalsregi. Der findes også oplysninger om kontakter til praktiserende speciallæger, men ingen specifikke oplysninger om diagnoser. Henvisning til specialafdelinger for børn, dvs. børneafdelinger og børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger, kan foregå via den praktiserende læge, anden hospitalsafdeling samt via sundhedsplejersker eller pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) i kommunen. Årsagen kan være bekymring for barnets mentale udvikling og helbred hos forældrene eller de professionelle omkring barnet. De fleste undersøgelser foregår ambulant, alle undersøgelser munder ud i en vurdering af mulig diagnose og forslag til behandling, herunder specifik støtte til barnet/familien. For alle henviste til hospitalsvæsenet (ambulante forløb, indlæggelser samt skadestuekontakter) sker en indberetning til det centrale patientregister, som dækker hele befolkningen. Denne indberetning omfatter den afsluttende diagnostiske konklusion og informationer om eventuelle andre samtidige

diagnoser samt oplysninger om længden af undersøgelses- og behandlingsforløbet (48). I Danmark er der lige adgang til sundhedsvæsenets ydelser, og generelt dækker registreringen i de nationale registre den mest alvorlige og behandlingskrævende del af sygeligheden i befolkningen (49), og validiteten for de hyppigste børnepsykiatriske diagnoser, herunder AFS og ADHD, er veldokumenteret (50, 51).

Registerbaserede undersøgelser har vist, at 7-8% af børnebefolkningen bliver diagnosticeret med en psykisk udviklingsforstyrrelse eller anden psykisk sygdom inden de fylder ni år (9), og at 2% bliver diagnosticeret inden de fylder fire år (6, 8). En registerundersøgelse, som omfatter næsten 100.000 børn født i Danmark i perioden 1995-2016 viste, at psykiske udviklingsforstyrrelser såsom mental retardering, ASF og ADHD diagnosticeres tidligt i barnealderen. Tidspunkter for første diagnose af både ASF og ADHD er forskelligt for drenge og piger, se **Figur 2.7-2.11** (9). Drenge diagnosticeres med stigende hyppighed i de første seks leveår med fx mental retardering og ASF, mens piger diagnosticeres senere i livet med disse tilstande, med et maksimum ved 14-16-årsalderen. Kurven for børn med ADHD og adfærdsforstyrrelser er aldersmæssigt forskudt, og blandt hospitalsdiagnosticerede børn med ADHD ses det, at hyppigheden af førstegangsdiagnosticerede topper mellem seks og ti år. Dette gælder især for drenge, mens der hos piger ses to toppe mellem hhv. seks og ti år og mellem 14 og 16 år. I lighed med den øvrige internationale litteratur på området (25) understreger denne store undersøgelse, at indtil puberteten har drenge en mere end dobbelt så høj risiko for at blive diagnosticeret med en psykisk sygdom end piger (9).

Figurene viser kurver over incidensen af mental retardering (se **Figur 2.7**), ASF (se **Figur 2.8**),

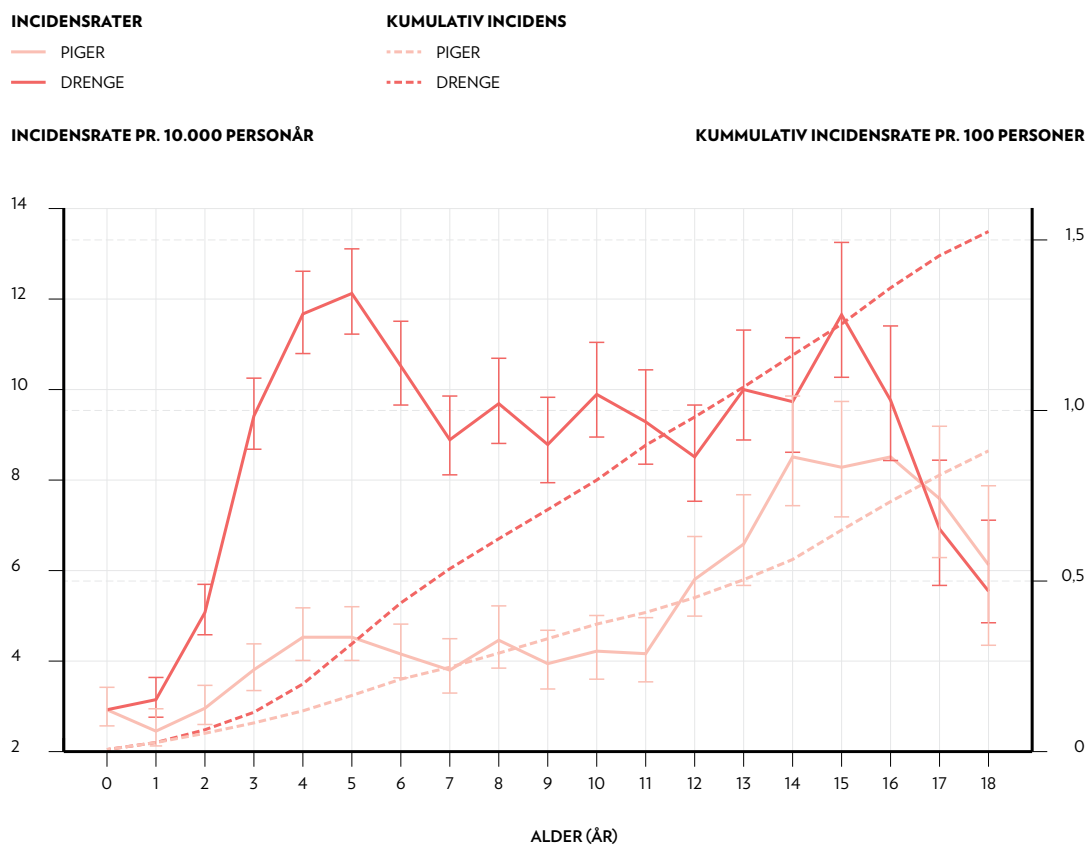
ADHD (se **Figur 2.9** og **2.10**) og adfærdsforstyrrelser (se **Figur 2.11**) blandt danske 0-18-årige børn henvist og diagnosticeret i hospitalsvæsenet i perioden 1995-2016 (9). Figurene viser to fænomener: De fuldt optrukne kurver viser incidens, og de punkterede kurver viser kumuleret incidens. Incidens betyder hyppighed af nye sygdomstilfælde, i dette tilfælde nye tilfælde pr. år.

Figur 2.7 viser den kumulerede incidens: Fra fødslen til børnene bliver ti år gamle, var der i alt ca. 0,8% af drengene og ca. 0,4% af pigerne, som fik denne diagnose. De efterfølgende figurer viser tilsvarende tal for tre andre diagnosegrupper.

Figur 2.8 viser tal for ASF, **Figur 2.9** viser tal for ADHD, **Figur 2.10** viser tal for ADHD-opmærksomhedsforstyrrelse, og **Figur 2.11** viser tal for adfærdsvanskeligheder.

→ **FIGUR 2.7**

Børn diagnosticeret med mental retardering: Hyppighed fordelt på alder og køn (incidensrater og kummulerede incidensrater) (9).



→ **FIGUR 2.8**

Børn diagnosticeret med autismespektrumforstyrrelser: Hyppighed fordelt på alder og køn (incidensrater og kummulerede incidensrater) (9).

INCIDENS RATER

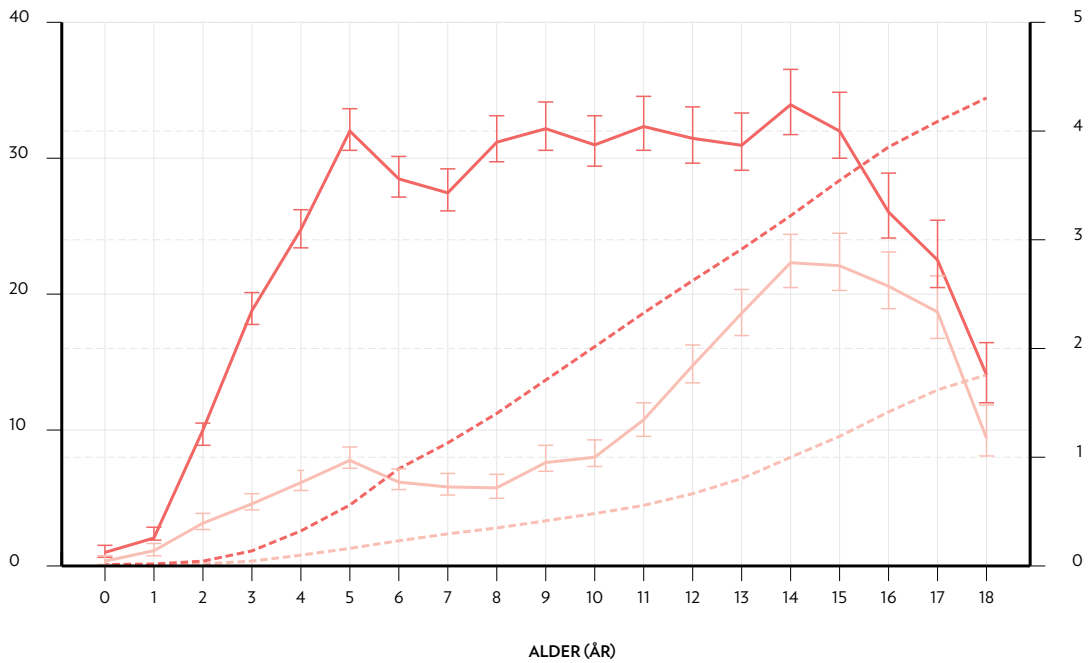
- PIGER
- DRENGE

KUMULATIV INCIDENS

- - - PIGER
- - - DRENGE

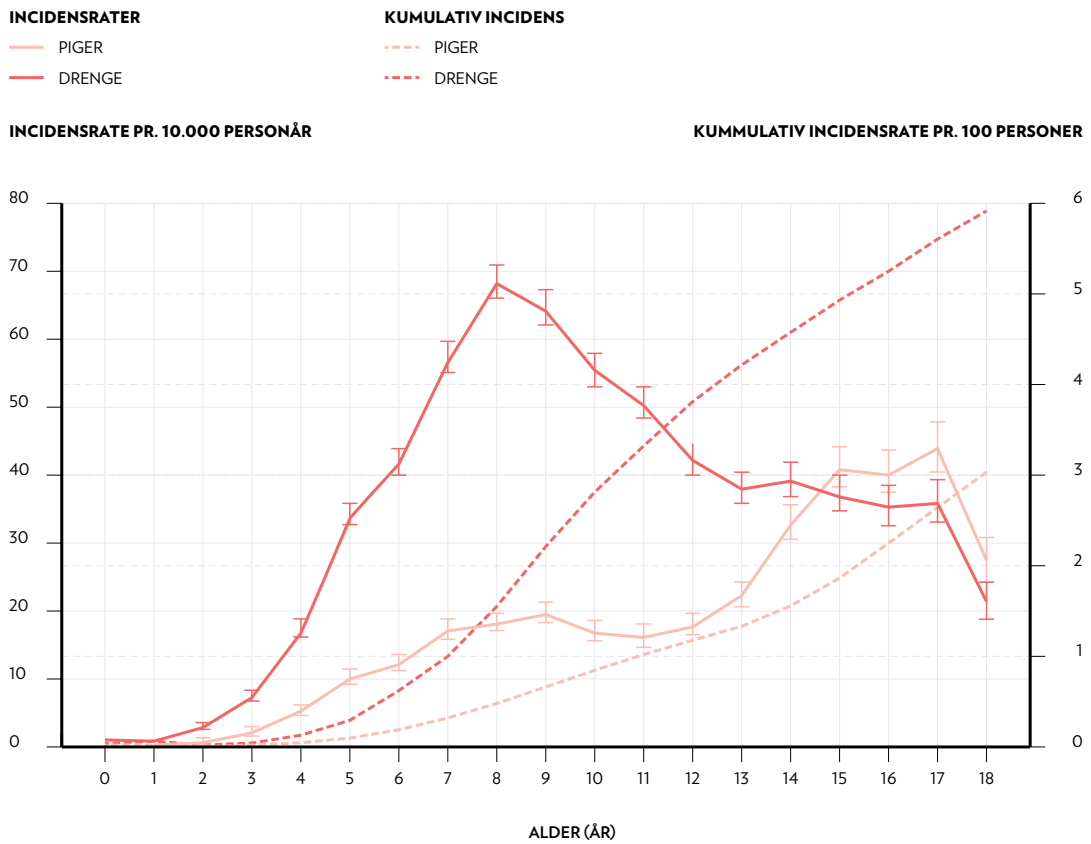
INCIDENS RATE PR. 10.000 PERSONÅR

KUMMULATIV INCIDENS RATE PR. 100 PERSONER



→ **FIGUR 2.9**

Børn diagnosticeret med forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (ADHD): Hyppighed fordelt på alder og køn (incidensrater og kumulerede incidensrater) (9).



→ **FIGUR 2.10**

Børn diagnosticeret med opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet (ADD); Hyppighed fordelt på alder og køn (incidensrater og kumulerede incidensrater) (9).

INCIDENS RATER

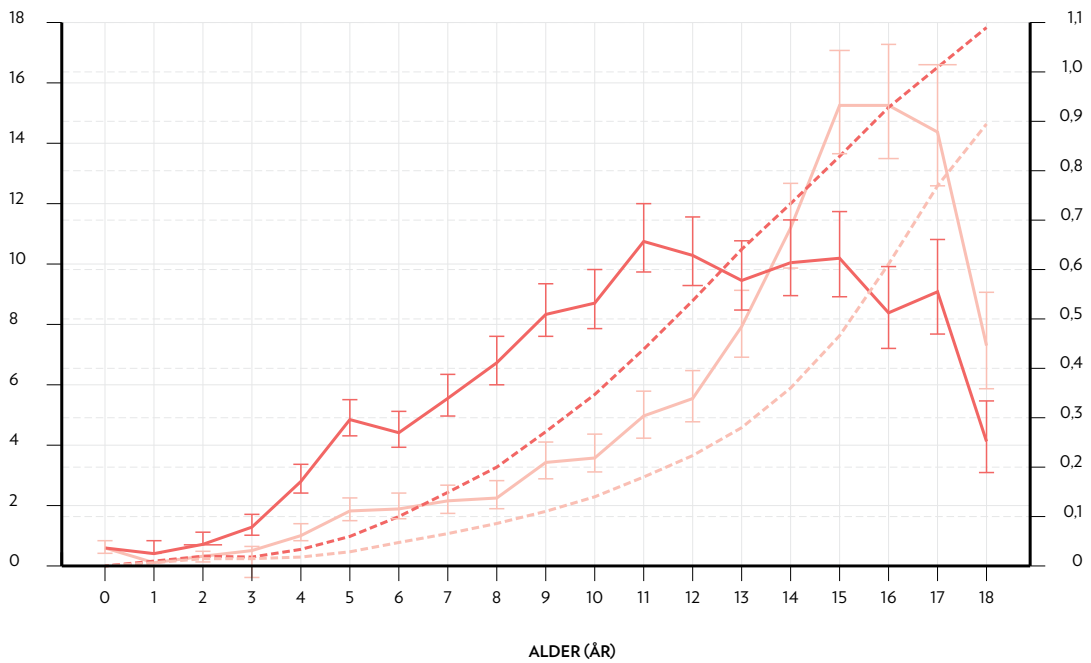
- PIGER
- DRENGE

KUMULATIV INCIDENS

- - - PIGER
- - - DRENGE

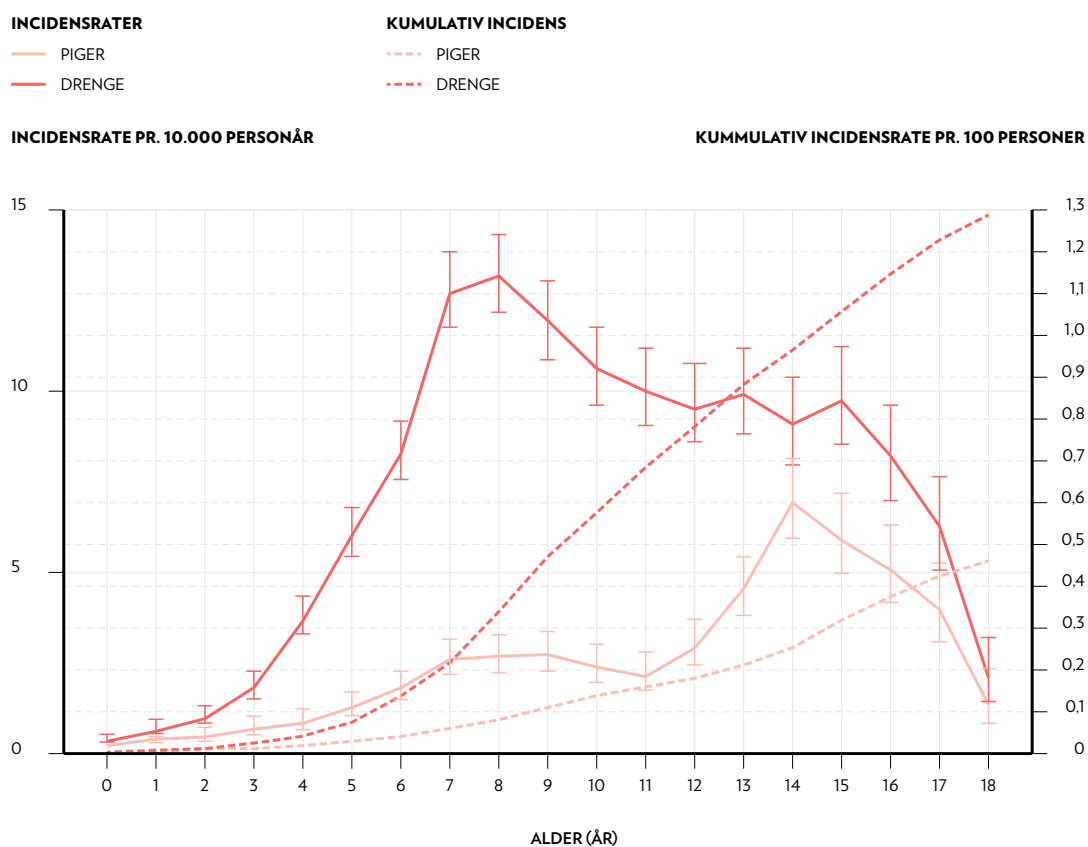
INCIDENS RATE PR. 10.000 PERSONÅR

KUMMULATIV INCIDENS RATE PR. 100 PERSONER



→ **FIGUR 2.11**

Børn diagnosticeret med adfærdsforstyrrelser: Hyppighed fordelt på alder og køn (incidensrater og kummulerede incidensrater) (9).



En undersøgelse med udgangspunkt i Databasen Børns Sundhed, som omfattede 47.167 børn født i Region Hovedstaden i perioden 2002-2013 viste tilsvarende, at blandt 0-8-årige børn, der henvises til hospitalsvæsenet, var diagnoser for generelle, specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser de hyppigste (37). Det drejer sig først og fremmest om mental retardering, ASF og ADHD samt tale- og sprogudviklingsforstyrrelser og indlæringsforstyrrelser. (se **Tabel 2.4**). Denne undersøgelse viste en øget risiko for at blive diagnosticeret med udviklingsforstyrrelser, herunder mental retardering, specifikke udviklingsforstyrrelser af fx

tale- og sprog, samt ASF og ADHD hos drenge, og hos børn født efter graviditets- eller fødselskomplikationer, samt hos børn fra familier med psykosociale belastninger (37). Dette er beskrevet nærmere i kapitel 3.

En tredje dansk registerundersøgelse fokuserede yderligere på de første fire leveår (8). Med udgangspunkt i alle børn født i Danmark i perioden 1997-2010 viste denne undersøgelse, at blandt 0-3-årige var de hyppigste diagnoser generelt forsinket udvikling (mental retardering og psykomotorisk retardering), mens andre neuroudviklingsfor-

→ TABEL 2.4

Forekomst af psykiske sygdomme (ICD-10-diagnoser) diagnosticeret på hospitalet inden otteårsalderen blandt 47.167 børn, der er født i 2002-2013 (37).

DIAGNOSEGRUPPER	%	ANTAL
UDVIKLINGSFORSTYRRELSER	→ 6,1	→ 2.884
GENERELLE, SPECIFIKKE OG USPECIFIKKE UDVIKLINGSFORSTYRRELSER	→ 4,8	→ 2.268
AUTISMESPEKTRUMFORSTYRRELSER (ASF)	→ 1,3	→ 607
HYPERKINETISKE FORSTYRRELSER (ADHD OG ADD)	→ 1,4	→ 664
ADFÆRDS-, FØLELSMÆSSIGE OG ANDRE FORSTYRRELSER	→ 2,3	→ 1.083
ADFÆRDS- OG FØLELSMÆSSIGE/EMOTIONELLE FORSTYRRELSER	→ 1,0	→ 477
ANDRE FORSTYRRELSER (HERUNDER SPISE-, SØVN- OG SOCIALE FUNKTIONSFORSTYRRELSER SAMT TILPASNINGSGRADE)	→ 1,6	→ 730
ANDRE DIAGNOSER	→ 0,2	→ 71
MINDST ÉN PSYKIATRISK DIAGNOSE	→ 7,4	→ 3.503

styrrelser (ASF og ADHD) blev diagnosticeret i stigende grad jo ældre børnene blev (8). Også spiseforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser var relativt hyppigere blandt de yngste børn, der var diagnosticeret i hospitalsregi (se **Tabel 2.5**). Dette mønster afspejler, at de hyppigste årsager til henvisning af små børn til hospitalsvæsenet er bekymring for barnets udvikling, spisning og vægt eller bekymringer for barnets følelsesmæssige og sociale udvikling hos sundhedsplejersker, praktiserende læger eller læger på en børneafdeling. Undersøgelsen viste endvidere, at den kønsfordeling,

som ses i undersøgelser af ældre børn (25), viser sig allerede i de første leveår, hvor relativt flere drenge end piger diagnosticeres med neuroudviklingsforstyrrelser, mens relativt flere piger end drenge diagnosticeres med spiseforstyrrelser (8).

→ TABEL 2.5

Forekomst af ICD-10-diagnoser hos 0-3-årige børn født Danmark i perioden 1997-2010 (n=16.164) (6, 8).

ICD-10-DIAGNOSER	%
MENTAL RETARDERING	→ 0,3
PSYKOMOTORISK RETARDERING	→ 0,9
TALE- OG SPROGFORSTYRRELSER	→ 0,1
AUTISMESPEKTRUMFORSTYRRELSER (ASF)	→ 0,1
OPMÆRKSOMHEDS- OG AKTIVITETSFORSTYRRELSER (ADHD)	→ 0,03
FØLELSES- OG ADFÆRDSMÆSSIGE FORSTYRRELSER	→ 0,1
TILKNYTNINGSFORSTYRRELSER	→ 0,1
SPISEFORSTYRRELSER	→ 0,2
SØVNFORSTYRRELSER	→ 0,1
ALLE	→ 1,9

2.7 GENERELLE POPULATIONSUNDER- SØGELSER AF PSYKISK SYGDOM

Det mest præcise billede af den samlede sygdomsforekomst i en befolkning fås ved undersøgelser, hvor alle i befolkningen indgår, uanset om de er henvist til behandling eller ej. Dette kaldes generelle populations- eller befolkningsundersøgelser (2).

En systematisk forskningsoversigt med meta-analyse af prævalensundersøgelser af psykiske sygdomme hos 1-7-årige børn (5) publiceret i perioden 2006-2020 fandt kun otte studier af børn under fem år, heraf et fra Danmark (52) og et fra Norge (7). Den samlede prævalens viste, at 20% [95% CI: 15,7-25,4] havde en børnepsykiatrisk diagnose; de hyppigste sygdomme blandt børn fra den generelle population var følelsesmæssige forstyrrelser, adfærdsforstyrrelser og ADHD. Samtidig forekomst af mere end en børnepsykiatrisk diagnose (komorbiditet) forekom hos 6% [95% CI: 1,3-54,0] (5). Det danske studie var baseret på the Copenhagen Child Cohort 2000 (53), hvor et tilfældigt udtræk af halvandenårige børn fra den generelle befolkning blev diagnostisk undersøgt af erfarne klinikere med standardiserede forældreinterviews, psykologiske udviklingstests, adfærdsobservationer, videooptagelser og klinisk diagnostik (6). Undersøgelsen viste, at 16% af børnene opfyldte kriterierne for en ICD-10-diagnose, hvoraf neuroudviklingsforstyrrelser (generelle udviklingsforstyrrelser, ASF og ADHD) forekom hos 7% af børnene, mens 9% havde følelsesmæssige og adfærds-mæssige forstyrrelser, spiseforstyrrelser eller tilknytningsforstyrrelser. Fordelingen af diagnostiske hovedgrupper blandt de halvandenårige svarede til det mønster, som sås ved undersøgelser af ældre børn (5, 54). Der fandtes reguleringsforstyrrelser (dvs. forstyrrelser af barnets søvn, spisning eller sensorisk, motorisk

og emotionel regulering) hos 7,1%, mens forstyrrelser i forældre-barn-relationen forekom hos 8%. Der var en seks gange øget sandsynlighed for samtidige reguleringsforstyrrelser hos børn med forældre-barn-relationsforstyrrelser (52).

Der er publiceret flere generelle populationsundersøgelser af børn over syv år end af de yngste børn (55). Undersøgelser fra Nordeuropa inkl. Danmark har især benyttet det diagnostiske instrument the Development and Well-Being Assessment (DAWBA), som er valideret i England og Norge (56, 57). DAWBA er baseret på semistrukturerede forældreinterviews og diagnostiske algoritmer svarene til ICD- og DSM-systemerne. Den endelige diagnostik foretages af erfarne klinikere (52). Et studie af 1.585 5-7-årige baseret på fødselskohorten Copenhagen Child Cohort 2000 fandt, at 5,7% [95% CI: 4,4-7,1] havde mindst én ICD-10-diagnose, og blandt disse var adfærdsforstyrrelser og følelsesmæssige forstyrrelser de hyppigste (58). I en dansk befolkningsundersøgelse af 8-9-årige blev 432 børn, der blev undersøgt med the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children; Present and Lifetime version (K-SADS-PL) (12), efterfølgende diagnosticeret ud fra DSM-IV. Denne undersøgelse, som inkluderede kognitive og motoriske udviklingstests og diagnosticering af generelle og specifikke udviklingsforstyrrelser, fandt en samlet forekomst af DSM-IV-diagnoser på 11,8% [95% CI: 8,8-14,8].

Sammenfattende dækker de foreliggende undersøgelser af danske børn mellem halvanden- og 8-9-år (12, 52, 58) spektret af psykiske sygdomme hos 1-9-årige. Selv om der er metodologiske forskelle mellem undersøgelserne, viser de en samlet forekomst af psykiske sygdomme blandt 0-9-årige børn fra en generelle befolkning i Danmark, som alt i alt svarer til fund fra andre nordeuropæiske

lande. For alle gælder, at følelsesmæssige forstyrrelser, inkl. angsttilstande og adfærdsforstyrrelser som ADHD, er de hyppigste (7, 56, 57, 59). Den samlede forekomst af diagnostiske hovedgrupper i studier fra Danmark fremgår af nedenstående **Tablet 2.6**. Tabellen viser, at blandt danske 1-9-årige børn fra den generelle population er prævalensen af gennemgribende udviklingsforstyrrelser inkl. ASF 1-2%, et estimat som svarer til tal fra befolkningsundersøgelser fra andre lande (60); og som desuden ligger tæt på incidensen for hospitalsdiagnosticerede i barnealderen (9, 37). Det sidste afspejler, at i Danmark henvises langt de fleste børn med disse alvorlige psykiske sygdomme til sundhedsvæsenet.

2.8 FOREKOMSTEN AF PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE I DANMARK

Undersøgelser af børn fra fx USA eller England (54, 56) har vist, at forekomster af ADHD, adfærdsforstyrrelser og emotionelle tilstande her er mere end to gange højere end blandt børn fra de nordiske lande, herunder danske børn i samme alder (7, 57, 61). Forekomsten af risikofaktorer i den undersøgte befolkning har indflydelse på forekomsten af de fleste psykiske sygdomme hos børn, og ikke mindst indebærer socioøkonomiske og psykiske belastninger i familien og det omgivende miljø en øget psykiatrisk sygdomsrisiko for barnet (62, 63). Dette er nærmere beskrevet i kapitel 3, men i denne sammenhæng kan den relativt lave

→ TABEL 2.6

Forekomst af psykiske sygdomme (ICD-10/DSM-IV) blandt 1,5-9-årige børn fra den generelle befolkning.

	FOREKOMST (%)	REFERENCER
GENERELLE OG SPECIFIKKE UDVIKLINGSFORSTYRRELSE (INKL. MENTAL RETARDERING OG FORSTYRRELSE AF SPROG OG MOTORISK UDVIKLING)	→ 2-4	→ 12; 52
AUTISMESPEKTRUMFORSTYRRELSE (ASF)	→ 1-2	→ 12; 58
FORSTYRRELSE AF OPMÆRKSOMHED OG AKTIVITET (ADHD/ADD)	→ 1-6	→ 12; 58
ADFÆRDSFORSTYRRELSE	→ 2-5	→ 12; 58
FØLELSESMÆSSIGE FORSTYRRELSE (INKL. ANGSTTILSTANDE OG DEPRESSIVE TILSTANDE)	→ 3-5	→ 52
SOCIALE FUNKTIONSFORSTYRRELSE (INKL. TILKNYTNINGSFORSTYRRELSE)	→ 0,9	→ 52

forekomst af såvel ADHD som adfærdsmæssige- og følelsesmæssige forstyrrelser i Danmark og andre nordiske lande desuden ses som en indikator for, at disse samfunds generelle velfærd og relative sociale tryghed har en beskyttende virkning på børnenes mentale sundhed, beskrevet som "the Nordic Advantage in Child Mental Health" (28). For danske 5-7-årige gælder det ydermere, at småbørnsmødres høje erhvervsfrekvens indebærer, at mere end 90% af 1-6-årige børn passes i daginstitution, og for småbørn fra familier med få forældreressourcer og psykosociale belastninger vil daginstitutioner kunne fungere som et supplerende tilbud om omsorg og stimulation for de mentalt set mest sårbare småbørn (se kapitel 5). Uanset variationer i kvaliteten i danske daginstitutioner kan en generelt beskyttende effekt tilskrives, at det enkelte barn får alternative voksenkontakter og hermed andre muligheder for at fremme sin generelle udvikling og modstandsdygtighed sammenlignet med det, som ressourcesvage forældre kan give.

2.9 KOMORBIDITET

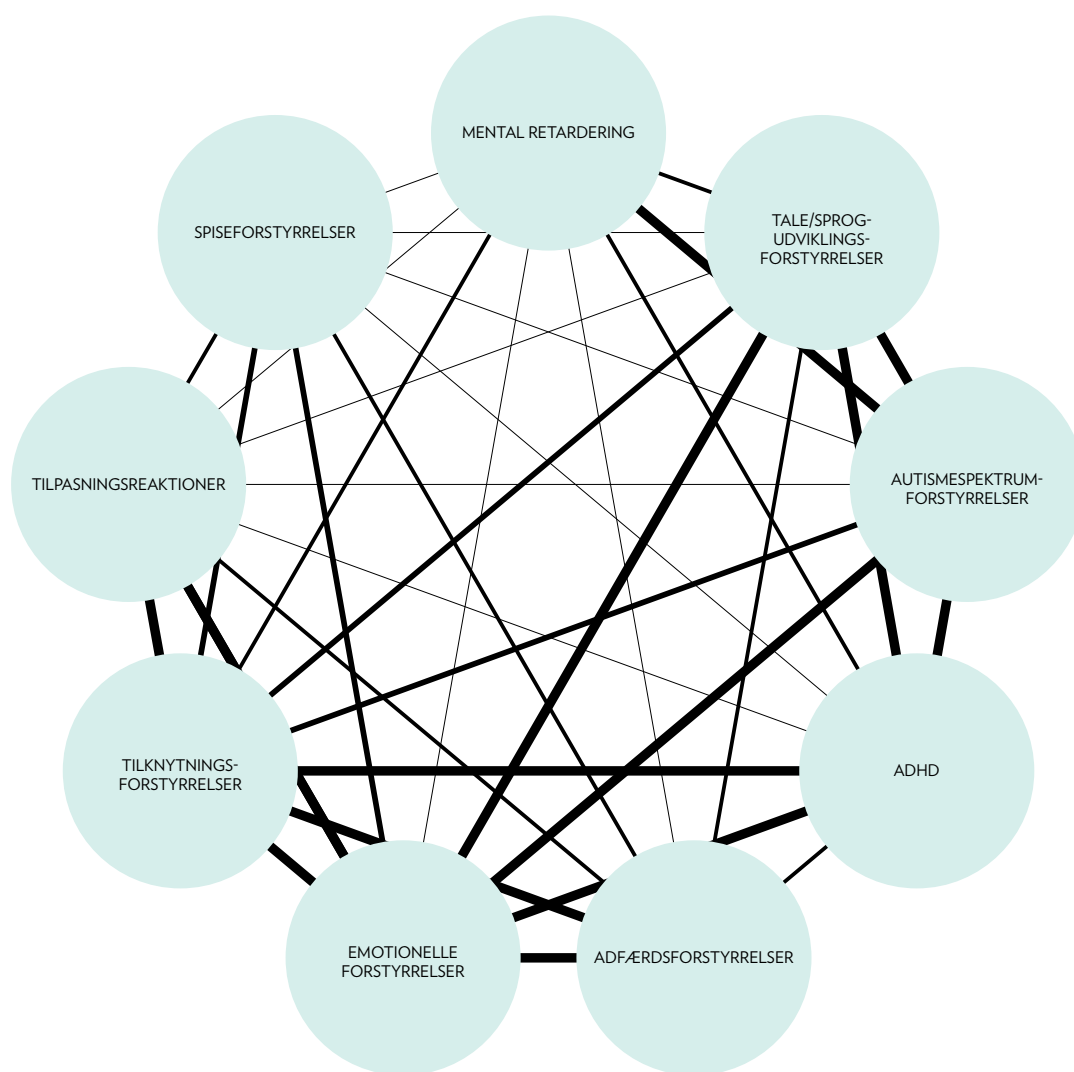
Komorbiditet er betegnelsen for optræden af mere end én sygdom inden for det samme tidsrum. Den epidemiologiske litteratur viser, at komorbiditet er et udtalt fænomen blandt børn med psykiske vanskeligheder (64, 65), som imidlertid ofte ikke bliver udforsket systematisk. I en dansk undersøgelse af 0-3-årige diagnosticeret i hospitalsvæsenet fandtes komorbiditet i form af mere end én psykisk sygdom hos det samme barn hos 18% (8). I **Figur 2.12** vises tykkelsen af linjer mellem de enkelte diagnosegrupper sandsynligheden for komorbiditet udtrykt som odds ratio (OR). Figuren viser fx en mere end 50 gange øget risiko for komorbiditet mellem ADHD og tilknytningsforstyrrelser, ASF og emotionelle forstyrrelser, og mellem ASF og mental retardering, ADHD og emotionelle forstyrrelser.

Befolkningsundersøgelser fra England, Norge og Danmark af 5-9-årige børn har tilsvarende også vist en høj komorbiditet mellem ADHD og adfærdsførstyrrelser og følelsesmæssige forstyrrelser, og mellem AFS, ADHD, adfærdsførstyrrelser og følelsesmæssige forstyrrelser (7, 12, 56-58).

Figur 2.13 viser 5-7-årige børns risiko for samtidige ASF og emotionelle forstyrrelser (OR=16,9 [95% CI: 4,4-65,4]); for samtidige adfærdsførstyrrelser og emotionelle forstyrrelser (OR=9,9 [95% CI: 2,7-36,1]); for samtidig ADHD og emotionelle forstyrrelser (OR=18,8 [95% CI: 4,8-73,9]); for ADHD og adfærdsførstyrrelser (OR=25,5 [95% CI: 6,4-102,6]), samt for samtidig ADHD og ASF (OR=43,6 [95% CI: 10,3-185,4]) (58). Der er altså en høj sandsynlighed for, at et barn kan have mere end én form for mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom, herunder findes en særligt høj risiko for, at børn med ASF også har følelsesmæssige forstyrrelser, og at børn med ADHD ud over adfærdsførstyrrelser også kan have ASF og følelsesmæssige forstyrrelser (7, 12, 54, 56, 57, 64). Denne komorbiditet er nødvendig at tage i betragtning, når behandling og forebyggende indsatser tilrettelægges, og når effekter af en intervention på forskellige niveauer skal vurderes.

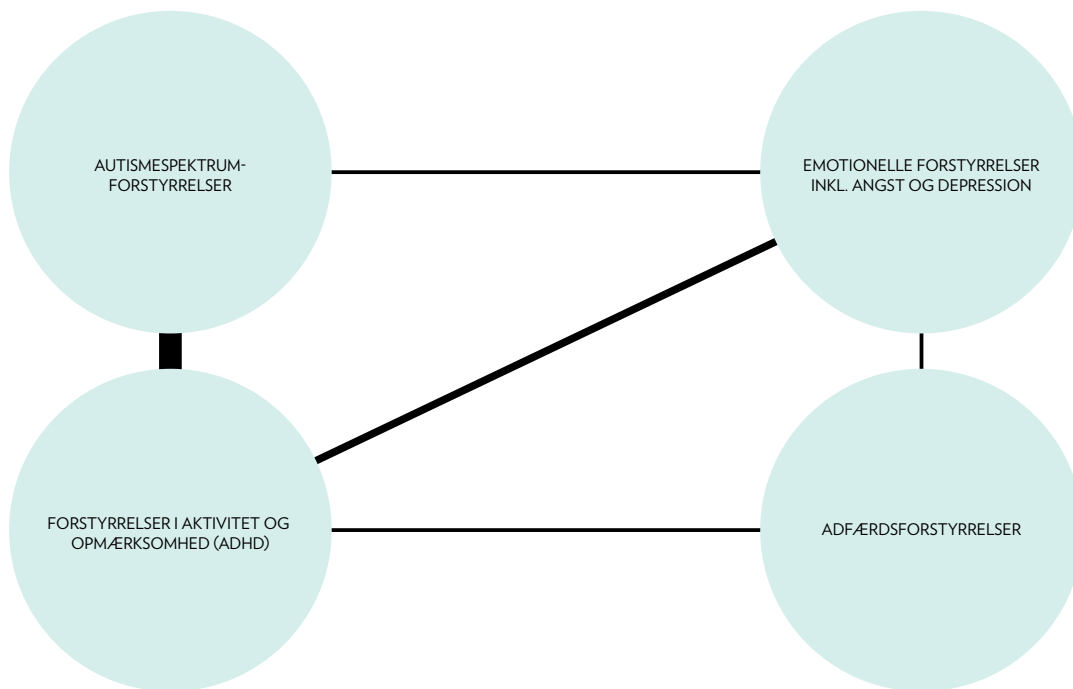
→ **FIGUR 2.12**

Komorbiditet hos henviste 0-3-årige. Tykkelsen af linjerne angiver størrelsen af sammenhængen målt med en odds ratio (OR). De tyndeste linjer angiver således $OR < 2,5$, de tykkeste > 100 , de øvrige midt i mellem (8).



→ **FIGUR 2.13**

Mønstre for komorbiditet blandt børn fra den generelle befolkning af 5-7-årige (tykkelsen af stregerne viser OR for komorbiditet, jo tykkere streg desto større sandsynlighed for komorbiditet) (58).



2.10 MENTALE HELBREDSPROBLEMER I DE FØRSTE LEVEÅR ER ASSOCIERET MED SENERE PSYKISK SYGDOM

Undersøgelser fra tre danske fødselskohorter: the Copenhagen Child Cohort 2000 (66), Bedre Sundhed for Mor og Barn (67–69) og Databasen Børns Sundhed (37) har vist, at en række problemer, der registreres af forældre eller sundhedsprofessionelle i barnets første leveår, kan være indikatorer eller markører for neuroudviklingsforstyrrelser og sociale, adfærdsmæssige og følelses-

mæssige helbredsproblemer senere i barndommen (66, 68). Dette er på linje med fund fra engelske og hollandske fødselskohorteundersøgelser (70–72). Med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes undersøgelser af 0-1-årige og opfølgende diagnostiske undersøgelser i 5-7-årsalderen blev det således bl.a. påvist i the Copenhagen Child Cohort 2000, at oral-motoriske problemer var forbundet med en femdoblet risiko for ASF, mens et abnormt mønster for aktivitet og interesse i 0-10-månedersalderen var forbundet med en mere end firedoblet risiko for ADHD, og en mere end femdoblet risiko for ASF (66).

Tablet 2.7 viser tallene. Den er opdelt i fem del-tabeller med samme opbygning. I venstre spalte angives de problemer, som sundhedsplejerskerne registrerede i 0-10-månedersalderen. Højre spalte viser styrken af sammenhæng med en specifik diagnosegruppe ved 5-7-årsalderen justeret for mulige forstyrrende faktorer. Første deltabel omhandler ASF, de næste omhandler ADHD, adfærdsforstyrrelser, følelsesmæssige forstyrrelser og en samlet kategori med mindst én psykisk sygdom (ICD-10-diagnose). Tabellen viser, at mange af de nævnte problemer i første leveår er forbundet med en høj risiko for diagnosticeret psykisk sygdom i 5-7-årsalderen.

Resultater fra fødselskohorten Bedre Sundhed for Mor og Barn baseret på forældreoplysninger og opfølgingsundersøgelser i nationale patientregistre viste, at børn, der diagnosticeres med ASF og generel mental retardering senere i barndommen, ifølge forældrenes oplysninger udviste en højere forekomst af afvigende reaktioner på stemmer og lyde allerede ved seksmånedersalderen (OR=3,2 [95% CI: 1,6-6,4]). Ligeledes havde børn med et afvigende mønster for at håndtere legetøj ved seksmånedersalderen en mere end tre gange øget risiko for senere at blive diagnosticeret med ASF (OR=3,2 [95% CI: 1,6-6,4]). Denne undersøgelse viste også, at børn, som i følge forældrene havde en forsinket sprogudvikling ved 18-månedersalderen, havde en op til seks gange større risiko for senere at blive diagnosticeret med ASF (OR=6,1 [95% CI: 4,6-8,1]) (69). Børn, der senere blev diagnosticeret med ADHD, havde signifikant oftere vanskeligheder med vedvarende gråd ved seksmånedersalderen (OR=1,8 [95% CI: 1,3-2,5]) og hyperaktivitet ved 18-månedersalderen (OR=7,4 [95% CI: 4,0-13,8]) (68). Vedvarende gråd ved seksmånedersalderen blev desuden associeret med en mere end dobbelt så stor risiko for ASF (OR=2,6 [95% CI: 1,6-3,5]) (69).

Databasen Børns Sundhed har siden 2002 monitoreret børns udvikling og helbred med udgangspunkt i den standardiserede sundhedsplejerskejournal (23). En opgørelse, som omfattede 95.266 børn født i 27 kommuner i perioden 2002-2017, viste, at ved sundhedsplejerskernes hjemmebesøg hos børn i 8-10-månedersalderen blev der fundet bemærkninger til barnets søvn eller døgnrytme hos 6,8%; til barnets spisning hos 18,0%, til gråd og uro hos 0,7%, til motorik hos 14,6%, til kommunikation eller sprog hos 2,4% samt til forældre-barn-kontakt og samspil hos 4,9% (37). En opfølgingsundersøgelse, som omfattede 47.167 børn, der blev fulgt i hospitalsregistre mhp. diagnosticeret psykisk sygdom viste, at børn med bemærkninger til søvn, spisning, motorisk udvikling, kommunikation og sprog og forældre-barn-samspil i 8-10-månedersalderen havde en signifikant øget risiko for at blive diagnosticeret med neuromotoriske forstyrrelser som ASF, ADHD og mental retardering eller følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser inden de fyldte otte år. Dette fandtes også i analyser, der kontrollerede for indflydelsen af vanskeligheder i graviditeten og tiden omkring fødslen og for indflydelsen af psykosociale risikofaktorer (se **Tablet 2.8-2.9**) (37).

→ **TABEL 2.7**

Odds ratio for psykisk sygdom i 5-7-årsalderen efter problemer med udvikling, regulering eller mor-barn-relation undersøgt af sundhedsplejersker i 0-10-månedersalderen (n=1.585). Den normale udvikling er referencen (66).

PROBLEM I 0-10-MÅNEDERSALDEREN	OR [95% CI] FOR AUTISMESPEKTRUMFORSTYRRELSER (ASF)
BARNETS GENERELLE UDVIKLING IKKE NORMAL	→ 4,2 [1,4-13,3]
MUNDMOTORISK FUNKTION IKKE NORMAL	→ 5,0 [1,6-15,4]
AFVIGENDE MØNSTER FOR AKTIVITET OG INTERESSE	→ 5,3 [1,5-19,7]
PROBLEMER MED FØLELSERMÆSSIG REGULERING	→ 2,5 [0,8-7,9]
PROBLEMER I MOR-BARN-RELATION	→ 3,8 [1,2-12,0]
PROBLEM I 0-10-MÅNEDERSALDEREN	OR [95% CI] FOR FORSTYRRELSER AF AKTIVITET OG OPMÆRKSOMHED (ADHD)
BARNETS GENERELLE UDVIKLING IKKE NORMAL	→ 1,8 [0,4-8,1]
MUNDMOTORISK FUNKTION IKKE NORMAL	→ 1,7 [0,4-8,1]
AFVIGENDE MØNSTER FOR AKTIVITET OG INTERESSE	→ 4,7 [1,3-17,4]
PROBLEMER MED FØLELSERMÆSSIG REGULERING	→ 2,0 [0,6-6,5]
PROBLEMER I MOR-BARN-RELATION	→ 8,1 [2,9-22,5]
PROBLEM I 0-10-MÅNEDERSALDEREN	OR [95% CI] FOR ADFÆRDSFORSTYRRELSER
BARNETS GENERELLE UDVIKLING IKKE NORMAL	→ 1,9 [0,5-6,7]
MUNDMOTORISK FUNKTION IKKE NORMAL	→ 0,9 [0,2-3,8]
AFVIGENDE MØNSTER FOR AKTIVITET OG INTERESSE	→ 3,0 [0,8-10,9]
PROBLEMER MED FØLELSERMÆSSIG REGULERING	→ 1,7 [0,6-4,6]
PROBLEMER I MOR-BARN-RELATION	→ 2,6 [0,9-7,5]

OR = ODDS RATIO
 CI = KONFIDENSINTERVAL

→ **TABEL 2.7 (FORTSAT)**

Odds ratio for psykisk sygdom i 5-7-årsalderen efter problemer med udvikling, regulering eller mor-barn-relation undersøgt af sundhedsplejersker i 0-10-månedersalderen (n=1.585). Den normale udvikling er referencen (66).

PROBLEM I 0-10-MÅNEDERSALDEREN	OR [95% CI] FOR FØLESEMÆSSIGE FORSTYRRELSER
BARNETS GENERELLE UDVIKLING IKKE NORMAL	→ 0,8 [0,3-2,4]
MUNDMOTORISK FUNKTION IKKE NORMAL	→ 0,9 [0,3-3,0]
AFVIGENDE MØNSTER FOR AKTIVITET OG INTERESSE	→ 2,2 [0,6-8,4]
PROBLEMER MED FØLESEMÆSSIG REGULERING	→ 0,7 [0,3-1,9]
PROBLEMER I MOR-BARN-RELATION	→ 1,8 [0,6-5,2]
PROBLEM I 0-10-MÅNEDERSALDEREN	OR [95% CI] FOR MINDST ÉN PSYKISK SYGDOM (ICD-10-DIAGNOSE)
BARNETS GENERELLE UDVIKLING IKKE NORMAL	→ 1,5 [0,7-3,3]
MUNDMOTORISK FUNKTION IKKE NORMAL	→ 1,4 [0,6-3,2]
AFVIGENDE MØNSTER FOR AKTIVITET OG INTERESSE	→ 2,8 [1,2-6,6]
PROBLEMER MED FØLESEMÆSSIG REGULERING	→ 1,7 [0,9-3,2]
PROBLEMER I MOR-BARN-RELATION	→ 2,3 [1,2-4,5]

OR = ODDS RATIO
 CI = KONFIDENSINTERVAL

→ **TABEL 2.8**

Hyppighed af børn med bemærkninger til regulering af søvn, spisning og gråd ved 8-10 måneder samt odds ratio (OR) og 95% CI for at have en neuroudviklingsforstyrrelse inden otteårsalderen sammenlignet med børn uden problemer med regulering (37).

NEUROUDVIKLINGSFORSTYRRELSE		
BEMÆRKNINGER TIL REGULATION AF SØVN, SPISNING OG GRÅD	%	JUSTERET OR [95% CI]^B
SØVN/DØGNRYTME	→ n=38.213	
NEJ (REFERENCE)	→ 4,3	→ 1
JA	→ 5,4	→ 1,20 [1,0-1,4]
ERNÆRING/SPISNING	→ n=32.152	
NEJ (REFERENCE)	→ 3,9	→ 1
JA	→ 6,8	→ 1,75 [1,5-2,0]
URO/GRÅD^A	→ n=16.879	
NEJ	→ 4,4	
JA	→ 6,9	

A VISES IKKE DA DER ER FOR FÅ I DEN ENKELTE GRUPPE TIL, AT DET ER STATISTISK FORSVARLIGT AT LAVE ANALYSE HERPÅ.

B OR-VÆRDIERNE ER JUSTERET FOR RELEVANTE PERINATALE OG SOCIODEMOGRAFISKE VARIABLE.

OR = ODDS RATIO

CI = KONFIDENSINTERVAL

→ **TABEL 2.8 (FORTSAT)**

Hyppighed af børn med bemærkninger til regulering af søvn, spising og gråd ved 8-10 måneder samt odds ratio (OR) og 95% CI for at have en neuroudviklingsforstyrrelse inden otteårsalderen sammenlignet med børn uden problemer med regulering (37).

NEUROUDVIKLINGSFORSTYRRELSE		
BEMÆRKNINGER TIL REGULATION AF SØVN, SPISNING OG GRÅD	%	JUSTERET OR [95% CI]^B
BEMÆRKNINGER TIL UDVIKLING		
MOTORISK UDVIKLING	→ n=37.587	
NEJ (REFERENCE)	→ 3,8	→ 1
JA	→ 7,0	→ 1,78 [1,6-2,0]
KOMMUNIKATION/SPROG	→ n=36.705	
NEJ (REFERENCE)	→ 4,3	→ 1
JA	→ 8,0	→ 1,69 [1,3-2,2]
BEMÆRKNINGER TIL KONTAKT OG SAMSPIL		
FORÆLDRE-BARN KONTAKT OG SAMSPIL	→ n=16.883	
NEJ (REFERENCE)	→ 4,2	→ 1
JA	→ 9,1	→ 1,95 [1,5-2,5]

A VISES IKKE DA DER ER FOR FÅ I DEN ENKELTE GRUPPE TIL, AT DET ER STATISTISK FORSVARLIGT AT LAVE ANALYSE HERPÅ.

B OR-VÆRDIERNE ER JUSTERET FOR RELEVANTE PERINATALE OG SOCIODEMOGRAFISKE VARIABLE.

OR = ODDS RATIO

CI = KONFIDENSINTERVAL

→ **TABEL 2.9**

Hyppighed af børn med bemærkninger til regulering af søvn, spisning og gråd i 8-10-månedersalderen samt odds ratio (OR) og 95% CI for at have en adfærdsmæssig, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse inden otteårsalderen (37).

ADFÆRDS-, FØLELSERMÆSSIG ELLER ANDEN FORSTYRRELSE		
BEMÆRKNINGER TIL REGULATION AF SØVN, SPISNING OG GRÅD	%	JUSTERET OR [95% CI]^B
SØVN/DØGNRYTME	→ n=38.213	
NEJ (REFERENCE)	→ 1,9	→ 1
JA	→ 2,6	→ 1,29 [1,0-1,7]
ERNÆRING/SPISNING	→ n=32.152	
NEJ (REFERENCE)	→ 1,9	→ 1
JA	→ 2,3	→ 1,19 [1,0-1,6]
URO/GRÅD^A		
BEMÆRKNINGER TIL UDVIKLING		
MOTORISK UDVIKLING	→ n=37.587	
NEJ (REFERENCE)	→ 1,9	→ 1
JA	→ 2,3	→ 1,10 [0,9-1,3]

A VISES IKKE DA DER ER FOR FÅ I DEN ENKELTE GRUPPE TIL, AT DET ER STATISTISK FORSVARLIGT AT LAVE ANALYSE HERPÅ.

B OR-VÆRDIERNE ER JUSTERET FOR RELEVANTE PERINATALE OG SOCIODEMOGRAFISKE VARIABLE.

OR = ODDS RATIO

CI = KONFIDENSINTERVAL

→ **TABEL 2.9 (FORTSAT)**

Hyppighed af børn med bemærkninger til regulering af søvn, spising og gråd i 8-10-månedersalderen samt odds ratio (OR) og 95% CI for at have en adfærdsmæssig, følelsesmæssig eller anden forstyrrelse inden otteårsalderen (37).

ADFÆRDS-, FØLELSESMÆSSIG ELLER ANDEN FORSTYRRELSE		
BEMÆRKNINGER TIL REGULATION AF SØVN, SPISNING OG GRÅD	%	JUSTERET OR [95% CI]^A
KOMMUNIKATION/SPROG	→ n=36.705	
NEJ (REFERENCE)	→ 2,0	→ 1
JA	→ 3,6	→ 1,60 [1,1-2,3]
BEMÆRKNINGER TIL KONTAKT OG SAMSPIL		
FORÆLDRE-BARN-KONTAKT OG SAMSPIL	→ n=16.883	
NEJ (REFERENCE)	→ 1,8	→ 1
JA	→ 4,1	→ 1,75 [1,2-2,6]

A VISES IKKE DA DER ER FOR FÅ I DEN ENKELTE GRUPPE TIL, AT DET ER STATISTISK FORSVARLIGT AT LAVE ANALYSE HERPÅ.

B OR-VÆRDIERNE ER JUSTERET FOR RELEVANTE PERINATALE OG SOCIODEMOGRAFISKE VARIABLE.

OR = ODDS RATIO

CI = KONFIDENSINTERVAL

2.11 FORLØB AF PROBLEMER MED AT REGULERE SØVN, SPISNING OG EMOTIONELLE REAKTIONER

Problemer med at regulere spisning og søvn kaldes sammen med vedvarende gråd for reguleringsproblemer. I Copenhagen Child Cohort 2000 blev problemer med at regulere spisning, søvn og taktill reaktivitet i 0-10-månedersalderen bedømt ud fra sundhedsplejerskernes undersøgelser fundet at forudsige funktionelle fysiske symptomer i 5-7-årsalderen, også når der blev justeret for psykiske problemer hos moderen og for sociale faktorer (OR=2,9 [95% CI: 1,3-6,6]) (73). I samme kohorte var spiseproblemer i 3-10-månedersalderen forbundet med en fordoblet risiko for spiseproblemer i 5-7-årsalderen (35).

Befolkningsundersøgelser har peget på, at reguleringsproblemer kan være de første manifestationer af en emotionel og adfærdsmæssig dysregulering, som kan udvikle sig til adfærdsproblemer, ADHD og følelsesmæssige problemer senere i barndommen (74). Et dansk studie af spise-, søvn- og emotionelle problemer registreret af sundhedsplejersker (20) fandt i lighed med populationsbaserede studier fra England og Australien, at omkring 10% af småbørnspopulationen har to eller flere reguleringsproblemer (75-77). På baggrund af forskning i kliniske populationer har det tidligere været antaget, at reguleringsproblemer er sekundære til problemer i mor-barn-relationen (78), men ny forskning med udgangspunkt i den generelle befolkning har peget på en gruppe særligt sårbare småbørn med reguleringsproblemer efter anden levemåned, som vedbliver uafhængigt af eventuelle problemer i forældre-barn-relationen (20, 78).

2.12 MENTALE HELBREDSPROBLEMER VED SKOLESTART ER ASSOCIERET MED PSYKISKE SYGDOMME I SKOLEALDEREN

Med udgangspunkt i the Copenhagen Child Cohort 2000 er det undersøgt, i hvilket omfang mentale helbredsproblemer målt med SDQ blandt 5-7-årige fra den generelle population er associeret med psykiske sygdomme (alle vigtige sygdomskategorier) diagnosticeret ved 11-12-årsalderen (44) eller ADHD diagnosticeret og/eller behandlet med centralstimulerende medicin i sundhedsvæsenet i alderen 7-12 år (79). Ved sidstnævnte registerundersøgelse indgik i alt 2.315 børn med ADHD (79), mens 1.176 børn i alderen 11-12 år indgik i den generelle populationsundersøgelse (44). Resultaterne viste, at tilstedeværelsen af mentale helbredsproblemer målt med SDQ ved 5-7-årsalderen var forbundet med en stærkt øget sandsynlighed for at blive diagnosticeret og/eller behandlet for en psykisk sygdom. Associationen med SDQ var stærkest (højeste OR) i relation til forekomsten af ADHD. SDQ-hyperaktivitetscoren i 5-7-årsalderen var associeret med en 36-gange øget risiko for diagnosticeret ADHD i 11-12-årsalderen (OR=36,5 [95% CI: 10,5-127,3]) blandt børn fra den generelle befolkning (44). Rimvall et al. (2014) (79) fandt en 21-gange øget risiko for at få diagnosticeret og/eller blive behandlet for ADHD inden 12-årsalderen blandt børn, som i 5-7-årsalderen bedømt med SDQ havde en forhøjet score for ADHD (HR=20,7 [95% CI: 12,7-33,6]).

2.13 REFERENCER

1. Sundhedsdatastyrelsen. ICD-10. SKS-browser, version 4.05. 2020. Available from: <https://medinfo.dk/sks/brows.php>.
2. Bilenberg N, Skovsgaard A, Verhulst FC. Årsagsforhold. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 41–56.
3. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 8–25.
4. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47: 313–37.
5. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020; 62: 372–381.
6. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*. 2010; 57: B4193.
7. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53: 695–705.
8. Koch S V, Andersson M, Hvelplund C, Skovgaard AM. Mental disorders in referred 0-3-year-old children: A population-based study of incidence, comorbidity and perinatal risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020. Online ahead of print.
9. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, Wimberley T, Thygesen M, Madsen KB, Timmerman A, Schendel D, McGrath JJ, Mortensen PB, Pedersen CB. Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*. 2020; 77: 155–64.
10. Skovgaard AM, Asmussen J, Olsen A. Psykiske helbredsproblemer i de første tre leveår. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 57–72.
11. Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N. Undersøgelse og diagnostik. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 13–40.
12. Petersen DJ, Bilenberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15: 71–8.
13. Hjort L, Lauritsen MB. Gennemgribende udviklingsforstyrrelser. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 81–92.
14. Burton B, Damm D. Specifikke udviklingsforstyrrelser - forekomst og definition. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 93–105.
15. Thomsen PH, Houmann T. Hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 107–19.
16. Wesselhöft R, Høg Bille V. Affektive tilstande. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 209–22.
17. Rask CU, Thastum M. Angsttilstande. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 143–59.
18. Houmann T, Buhl-Nielsen B. Adfærdforstyrrelser. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 131–41.
19. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Andreassen AH. The reliability of the ICD-10 and the DC 0-3 in an epidemiological sample of children 1,5 years of age. *Infant Ment Health J*. 2005; 26: 470–80.
20. Olsen AL, Ammitzbøll J, Olsen EM, Skovgaard AM. Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: A general population study. *Arch Dis Child*. 2019; 10: 1034–41.
21. Zero to Three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0–3). Arlington, VA: Zero to Three Press; 1994.
22. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

23. Skovgaard AM, Wilms L, Johansen A, Ammitzbøll J, Holstein BE, Olsen EM. Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Laeger*. 2018; 180: 2–6.
24. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: Development and initial validation. *BMC Pediatr*. 2016; 16: 197.
25. Rutter M, Caspi A, Moffitt TE. Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44: 1092–115.
26. Achenbach TM, Becker A, Döpfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen H-C, Rothenberger A. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 251–75.
27. Niclasen J, Teasdale TW, Andersen A-MN, Skovgaard AM, Elberling H, Obel C. Psychometric properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS One*. 2012; 7: e32025.
28. Heiervang E, Goodman A, Goodman R. The Nordic advantage in child mental health: Separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 678–85.
29. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Goodman R, Skovgaard AM. The prevalence of SDQ-measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 19: 725–35.
30. Rask CU, Dehlholm-Lambertsen G. Funktionelle lidelser. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 181–93.
31. Rask CU. Functional somatic symptoms in 5-7 year old children: Assessment, prevalence and co-occurrence. *Dan Med J*. 2012; 59: B4537.
32. Græsholt-Knudsen T, Skovgaard AM, Jensen JS, Rask CU. Impact of functional somatic symptoms on 5-7-year-olds' healthcare use and costs. *Arch Dis Child*. 2017; 102: 617–23.
33. Skovgaard AM. Spiseproblemer og spiseforstyrrelser hos spæde og småbørn. *Månedsskrift Almen Med*. 2012; 1013–21.
34. Hvelplund C, Hansen BM, Koch SV, Andersson M, Skovgaard AM. Perinatal risk factors for feeding and eating disorders in children aged 0 to 3 years. *Pediatrics*. 2016; 137: 1–8.
35. Micali N, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Early predictors of childhood restrictive eating: A population-based study. *J Dev Behav Pediatr*. 2016; 37: 314–21.
36. Micali N, Simonoff E, Elberling H, Rask CU, Olsen EM, Skovgaard AM. Eating patterns in a population-based sample of children aged 5 to 7 years: Association with psychopathology and parentally perceived impairment. *J Dev Behav Pediatr*. 2011; 32: 572–80.
37. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
38. BørnUngeLiv. Hvad er BørnUngeLiv? Available from: <https://www.boernungeliv.dk/public/om/hvaderboernungeliv.aspx>.
39. SDQ. Spørgeskema om styrker og vanskeligheder. 2020. Available from: <http://www.sdq.dk/>.
40. Upublicerede dataudtræk fra BørnUngeLiv, analyseret af Katrine Svendsen og Carsten Obel fra Forskningsenhed for Mental Folkesundhed, Institut for Folkesundhed, AU; 2020.
41. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40: 791–9.
42. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 534–9.
43. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 1337–45.
44. Nielsen LG, Rimvall MK, Clemmensen L, Munkholm A, Elberling H, Olsen EM, Rask CU, Skovgaard AM, Jeppesen P. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *PLoS One*. 2019; 14: e0217707.

45. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. ICD-10 Classif Ment Behav Disord Diagnostic criteria Res. 1993.
46. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
47. Zero to Three. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-5). Washington DC: Zero to Three Press; 2016.
48. Thygesen LC, Ersbøll AK. Danish population-based registers for public health and health-related welfare research: Introduction to the supplement. *Scandinavian journal of public health*. 2011; 39: 8-10.
49. Lynge E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scand J Public Health*. 2011; 39: 30-3.
50. Lauritsen MB, Jørgensen M, Madsen KM, Lemcke S, Toft S, Grove J, Schendel DE, Thorsen P. Validity of childhood autism in the Danish Psychiatric Central Register: Findings from a cohort sample born 1990-1999. *J Autism Dev Disord*. 2010; 40: 139-48.
51. Mohr-Jensen C, Vinkel Koch S, Briciet Lauritsen MB, Steinhausen H-C. The validity and reliability of the diagnosis of hyperkinetic disorders in the Danish Psychiatric Central Research Registry. *Eur Psychiatry*. 2016; 35: 16-24.
52. Skovgaard AM, Olsen EM, Houmann TB, Christiansen E, Lichtenberg A, Jørgensen T. Markører for psykiske helbredsproblemer ved sundhedsplejerskernes undersøgelser af 0-1-årige børn. *Ugeskr Laeger*. 2007; 169: 1006-10.
53. Olsen EM, Rask CU, Elberling H, Jeppesen P, Clemmensen L, Munkholm A, Li XQ, Hansen MH, Rimvall MK, Linneberg A, Munch IC, Larsen M, Jørgensen T, Skovgaard AM. Cohort profile: The Copenhagen Child Cohort Study (CCC2000). *Int J Epidemiol*. 2020; 49: 370-1.
54. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 972-86.
55. Polanczyk G V, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 345-65.
56. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 1203-11.
57. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud M-B, Ullebø AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA, Gillberg C. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46: 438-47.
58. Elberling H, Linneberg A, Rask CU, Houman T, Goodman R, Mette Skovgaard AM. Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000). *Nord J Psychiatry*. 2016; 70: 146-55.
59. Rijlaarsdam J, Stevens GWJM, van der Ende J, Hofman A, Jaddoe VW V, Verhulst FC, Tiemeier H. Prevalence of DSM-IV disorders in a population-based sample of 5- to 8-year-old children: The impact of impairment criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24: 1339-48.
60. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*. 2015; 45: 601-13.
61. Skovgaard AM, Elberling H. Psykiske problemer hos 5-7-årige – forekomst, risikofaktorer og perspektiver for forebyggelse. *Best Pract Psykiatr*. 2017; 11: 12-3.
62. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39: 487-96.
63. Ford T, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R. A prospective study of childhood psychopathology: Independent predictors of change over three years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42: 953-61.
64. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999; 40: 57-87.
65. Copeland WE, Shanahan L, Erkanli A, Costello EJ, Angold A. Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Front psychiatry*. 2013; 4: 144.
66. Elberling H, Linneberg A, Olsen EM, Houmann T, Rask CU, Goodman R, Skovgaard AM. Infancy predictors of hyperkinetic and pervasive developmental disorders at ages 5-7 years: Results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55: 1328-35.

67. Lemcke S, Juul S, Parner ET, Lauritsen MB, Thorsen P. Early signs of autism in toddlers: A follow-up study in the Danish National Birth Cohort. *J Autism Dev Disord*. 2013; 43: 2366–75.
68. Lemcke S, Parner ET, Bjerrum M, Thomsen PH, Lauritsen MB. Early development in children that are later diagnosed with disorders of attention and activity: A longitudinal study in the Danish National Birth Cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25: 1055–66.
69. Lemcke S, Parner ET, Bjerrum M, Thomsen PH, Lauritsen MB. Early regulation in children who are later diagnosed with autism spectrum disorder. A longitudinal study within the Danish National Birth Cohort. *Infant Ment Health J*. 2018; 39: 170–82.
70. Jaspers M, de Winter AF, Buitelaar JK, Verhulst FC, Reijneveld SA, Hartman CA. Early childhood assessments of community pediatric professionals predict autism spectrum and attention deficit hyperactivity problems. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41: 71–80.
71. Shephard E, Bedford R, Milosavljevic B, Gliga T, Jones E, Pickles A, Johnson MH, Charman T. Early developmental pathways to childhood symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder, anxiety and autism spectrum disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60: 963–74.
72. Johnson MH, Gliga T, Jones E, Charman T. Annual research review: Infant development, autism, and ADHD - early pathways to emerging disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56: 228–47.
73. Rask CU, Ørnbo E, Olsen EM, Fink P, Skovgaard AM. Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: Results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Pediatr*. 2013; 162: 335–42.
74. Hemmi MH, Wolke D, Schneider S. Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Arch Dis Child*. 2011; 96: 622–9.
75. Cook F, Giallo R, Hiscock H, Mensah F, Sanchez K, Reilly S. Infant Regulation and Child Mental Health Concerns: A Longitudinal Study. *Pediatrics*. 2019; 143: e20180977.
76. Hyde R, O'Callaghan MJ, Bor W, Williams GM, Najman JM. Long-term outcomes of infant behavioral dysregulation. *Pediatrics*. 2012; 130: 1243–51.
77. Winsper C, Wolke D. Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42: 831–43.
78. Bilgin A, Wolke D. Development of comorbid crying, sleeping, feeding problems across infancy: Neurodevelopmental vulnerability and parenting. *Early Hum Dev*. 2017; 109: 37–43.
79. Rimvall MK, Elberling H, Rask CU, Helenius D, Skovgaard AM, Jeppesen P. Predicting ADHD in school age when using the strengths and difficulties questionnaire in preschool age: A longitudinal general population study, CCC2000. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23: 1051–60.



3

RISIKOFAKTORER OG RISIKOMEKANISMER

I DETTE KAPITEL BESKRIVER VI FORSKNINGSRÉSULTATER, DER BELYSER RISIKOFAKTORER OG MULIGE MEKANISMER VED UDVIKLINGEN AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM HOS 0-9-ÅRIGE BØRN.

3.1 SAMMENFATNING

Forskningen, som også inkluderer undersøgelser af danske børn, har dokumenteret betydningen af en række faktorer, som hver især og indbyrdes forstærkende giver en øget risiko for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Risikofaktorerne omfatter forhold hos barnet selv, dvs. medfødt genetisk sårbarhed, medfødte sygdomme, helbredsskadelige påvirkninger i fostertilstanden og omkring fødslen, samt kroniske somatiske helbredsproblemer. Desuden findes en række familierelaterede risikofaktorer. Disse faktorer omfatter mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos forældrene og vanskeligheder forbundet hermed, ikke mindst begrænsninger i forældrenes kognitive og følelsesmæssige ressourcer og ledsagende misbrug af alkohol, stoffer og medicin. Sociale risikofaktorer inkluderer lav forældreuddannelse, økonomiske belastninger i familien og begrænsninger i det familiemæssige og sociale netværk.

Risikomekanismerne omfatter et dynamisk samspil mellem risikofaktorer, sårbarhed og modstandsdygtighed hos hhv. barnet og forældrene. Der kan være store forskelle på den individuelle sårbarhed og modstandsdygtighed hos et barn; et barn med medfødt sårbarhed kan udvikle sig positivt i et ressourcestærkt miljø, og et barn med en medfødt stærk konstitution kan udvikle sig godt på trods af

negative livsomstændigheder. Risikofaktorer for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i barnealderen optræder imidlertid desværre ofte samtidigt, og de forstærker hinanden i en negativ udviklingsspiral, hvor sårbarhed hos såvel barnet som forældrene vedligeholdes eller forstærkes, ikke mindst af sociale, økonomiske og psykologiske belastninger op igennem barnets opvækst.

Vi har i dag en omfattende dokumentation for betydningen af præ- og perinatale risikofaktorer, og vi ved en del om sårbarhed hos barnet i de første leveår og om betydningen af forældre-barn-relationen som såvel beskyttende faktor og som risikofaktor. Vi mangler imidlertid viden om udløsende, forværrende og beskyttende faktorer, når det gælder udviklingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i perioden fra to til ni år. Herunder mangler vi viden om beskyttende faktorer, som optimerer den mentale sundhed og reducerer risikoen for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, også hos børn der er konstitutionelt eller familiemæssigt sårbare.

3.2 INDLEDNING

Vores viden om risikofaktorer stammer fra tre kilder: Dels fra undersøgelser af børn, der er blevet henvist til behandling (kliniske populationer), dels fra undersøgelser af børn, som har medfødte eller familiemæssige forhold, som bringer dem i øget

risiko (risikopopulationer), og endelig fra undersøgelser af børn fra den almindelige befolkning, dvs. også børn som ikke på forhånd er identificeret som hverken syge eller i risiko (generelle populationer).

Undersøgelser af kliniske populationer og risikopopulationer har givet viden om genetiske og neurobiologiske forhold og psykologiske funktioner ved de mest alvorlige psykiske sygdomme. Undersøgelser af hjernens udvikling i barnealderen har således givet viden om den udviklende hjernes følsomhed og plasticitet og viden om samspillet mellem biologiske, herunder hormonelle, forhold og hjernens funktion (1–3). Generelle populationsundersøgelser har først og fremmest givet viden om tidlige tegn på udviklingsmæssig psykopatologi, og longitudinelle undersøgelser har påvist en række risikofaktorer, som på forskellige stadier af udviklingen fra fostertilstanden og op igennem barndommen kan indvirke på barnets risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Det drejer sig om genetiske forhold, forhold i graviditeten og omkring fødslen og om somatiske, psykologiske og familierelaterede faktorer (4).

3.3 VÆSENTLIGE RISIKOFAKTORER FOR MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM

I det følgende gennemgår vi fund fra studier af kliniske populationer og risikopopulationer og fund fra longitudinelle studier af børn fra generelle populationer. Hovedvægten er lagt på resultater af relevans for danske børn.

3.3.1 Genetiske faktorer

Genetiske studier tager afsæt i potentielle ændringer i arvemassen, som kan opstå på alle stadier af reproduktionen fra dannelsen af æg- og

sædceller til det udviklede foster, og som kan medføre forandringer i den genetiske kode, som kan have betydning for hjernens udvikling og funktion (5). Studier af en række sjældne syndromer har identificeret specifikke forandringer i kromosomer og gener, som er associeret med strukturelle og fysiologiske forandringer i hjernen. Der er påvist en lang række kandidatgener for flere psykiske sygdomme, herunder autismespektrumforstyrrelser (ASF) (5, 6). Herudover har tvillingestudier og studier af adopterede børn påvist en arvelig komponent ved udviklingen af forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)), visse former for adfærdsforstyrrelser og ved depression (5, 7). Undersøgelser af fødselskohorter har desuden vist, at den individuelle sårbarhed over for miljømæssige belastninger som fx omsorgssvigt kan afhænge af den genetiske konstruktion (8, 9).

3.3.2 Præ- og perinatale faktorer

Børn med medfødte eller tidligt erhvervede sygdomme relateret til centralnervesystemet har øget risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer. Infektioner i fostertilstanden eller eksponeringer for sygdomme hos moderen eller for moderens alkoholindtag, rygning eller medicinering kan være associeret med en øget risiko for neurologiske udviklingsforstyrrelser som mental retardering, ASF og ADHD (5, 10). Ligeledes kan iltmangel eller alvorlige sygdomme i forbindelse med eller lige efter fødslen, fx hjerneblødning, meningitis og anden infektion være forbundet med forskellige former for forstyrrelser i hjernens udvikling, enten generelle som ved mental retardering eller mere specifikke, som ved indlæringsforstyrrelser, eller gennemgribende og komplekse forstyrrelser, som ASF og ADHD (11, 12). Disse tilstande er desuden forbundet med en øget risiko for sekundære emotionelle, sociale og adfærdsmæssige problemer

(10). Herudover kan medfødte misdannelser og medfødt somatisk sygdom, der omfatter mund, spiserør og mave-tarm-kanal være associeret med en øget risiko for forstyrrelser af spisning og hæmmet vægtudvikling i de første leveår (13, 14).

Undersøgelser, hvor man har fulgt kohorter af gravide og nyfødte over tid (15), herunder danske fødselskohorter, har bidraget til at belyse potentielle risikofaktorer og betydningen af eksponeringer i fostertilstanden og i tiden omkring fødslen hos børn fra den generelle population (16). En af de mest velundersøgte mulige sammenhænge er sammenhængen mellem rygning i graviditeten og ADHD og ASF. Det diskuteres imidlertid fortsat, hvorvidt psykisk sygdom herunder særligt ADHD kan være betinget af moderens rygning i graviditeten (17) eller skyldes fælles bagvedliggende faktorer. Således viser undersøgelser af børn af mødre, der har røget i graviditeten med det ene barn, men ikke i graviditeten med det andet barn, at børnene har samme risiko for ADHD (18, 19). Noget tilsvarende kan gøre sig gældende for de associationer, som er fundet mellem moderens rygning i graviditeten og forekomsten af ASF hos barnet. Her tyder noget på, at sammenhængen kan forklares af andre forhold, fx forhold i familien, herunder forældrealder og psykisk sygdom hos forældrene (20). Man har ligeledes diskuteret sammenhængen mellem ADHD og et mindre alkoholindtag i graviditeten (21). Det er veldokumenteret, at et decideret alkoholmisbrug i graviditeten kan være forbundet med betydelige vanskeligheder hos barnet i form af generel intelligensudvikling og en række kognitive funktioner samt vanskeligheder inden for ADHD-området (22).

En række store danske undersøgelser baseret på nationale kohorter (23) og fødselskohorter (bl.a. Den Aarhusianske Fødselskohorte, Bedre Sundhed for Mor og Barn og Copenhagen Child Cohort

2000 (16)) har studeret betydningen af livsstilsfaktorer, medicin, miljøgifte og stressorer under graviditeten i relation til barnets udvikling og adfærd. Blandt disse har den Aarhusianske Fødselskohorte og Bedre Sundhed for Mor og Barn fundet en sammenhæng mellem en række risikofaktorer (lav socioøkonomisk baggrund, belastende livsbegivenheder i graviditeten, højt BMI hos moderen, eksponering for perfluorerede stoffer, rygning og alkoholindtagelse) og ADHD og ASF, mens andre ikke har kunnet genfinde dette (24–32).

I Fødselskohorten the Copenhagen Child Cohort 2000 har man specifikt undersøgt potentielle risikofaktorer for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom og suppleret med fund fra den øvrige nationale og internationale litteratur vedrørende risikofaktorer for udvikling af mentale helbredsproblemer i spæd- og småbørnsalder, samt førskole- og tidlig skolealder (33). Databasen Børns Sundhed har fulgt børns trivsel og udvikling siden år 2002 (34) og omfatter aktuelt mere end 100.000 børn (35).

Registerundersøgelser baseret på en national kohorte på knap en million børn har vist en association mellem en række præ- og perinatale faktorer og psykisk sygdom samt generelle udviklingsforstyrrelser i de tre første leveår (13, 23) (se **Tabel 3.1**).

Som det ses af **Tabel 3.1**, har børn født for tidligt, med lav fødselsvægt for deres biologiske alder ved fødslen og børn med perinatale komplikationer en forøget risiko for psykiske sygdomme, ikke mindst generelle udviklingsforstyrrelser inkl. mental retardering. Det fremgår ligeledes, at drenge har en relativt højere risiko end piger, og der er en stigende risiko jo mere præmatur fødslen er, og jo lavere relativ vægt barnet har ift. gestationsalder (23). Det samme mønster blev påvist i fødselskohorten the

→ **TABEL 3.1**

Perinatale faktorer associeret til psykisk sygdom (fraregnet generelle udviklingsforstyrrelser) og generelle udviklingsforstyrrelser diagnosticeret hos 0-3-årige, hazard ratio (HR) (n=918.280) (23).

	HR [95% CI] FOR PSYKISK SYGDOM	HR [95% CI] FOR GENERELLE UDVIKLINGSFORSTYRRELSE
DRENG (REFERENCE)	→ 1	→ 1
PIGE	→ 0,7 [0,7-0,8]	→ 0,8 [0,8-0,8]
ANTAL FORÆLDRE FØDT I DANMARK		
0	→ 1,5 [1,4-1,6]	→ 1,3 [1,2-1,4]
1	→ 1,3 [1,2-1,3]	→ 1,1 [1,0-1,1]
2 (REFERENCE)	→ 1	→ 1
MODERS ALDER VED FØDSEL		
<20 ÅR	→ 1,4 [1,2-1,7]	→ 1,5 [1,3-1,7]
20-<40 ÅR (REFERENCE)	→ 1	→ 1
40+ ÅR	→ 1,2 [1,1-1,4]	→ 1,1 [1,0-1,2]
FARS ALDER VED FØDSEL		
<20 ÅR	→ 1,3 [0,9-1,8]	→ 0,7 [0,5-1,1]
20-<40 ÅR (REFERENCE)	→ 1	→ 1
40+ ÅR	→ 1,3 [1,0-1,5]	→ 1,3 [1,1-1,5]
PARITET		
1	→ 1,3 [1,2-1,4]	→ 0,9 [0,9-1,0]
2-3 (REFERENCE)	→ 1	→ 1
4+	→ 1,0 [0,9-1,1]	→ 1,2 [1,1-1,3]
FLERFOLDSFØDSLER	→ 0,8 [0,7-0,9]	→ 0,8 [0,8-0,9]

HR = HAZARD RATIO
 CI = KONFIDENSINTERVAL

→ **TABEL 3.1 (FORTSAT)**

Perinatale faktorer associeret til psykisk sygdom (fraregnet generelle udviklingsforstyrrelser) og generelle udviklingsforstyrrelser diagnosticeret hos 0-3-årige, hazard ratio (HR) (n=918.280) (23).

	HR [95% CI] FOR PSYKISK SYGDOM	HR [95% CI] FOR GENERELLE UDVIKLINGSFORSTYRRELSER
GESTATIONSALDER VED FØDSEL		
<28 UGER	→ 5,0 [3,8-6,4]	→ 4,0 [3,2-5,1]
28-<32 UGER	→ 3,1 [2,7-3,7]	→ 3,2 [2,8-3,7]
32-<37 UGER	→ 1,6 [1,4-1,7]	→ 2,2 [2,0-2,3]
37-42 UGER (REFERENCE)	→ 1	→ 1
>42 UGER	→ 0,8 [0,7-1,0]	→ 1,0 [0,9-1,1]
APGAR SCORE (EFTER 5 MINUTTER)		
0-3	→ 2,2 [1,5-3,3]	→ 4,3 [3,4-5,6]
4-7	→ 1,6 [1,3-2,1]	→ 3,6 [3,1-4,2]
8-10 (REFERENCE)	→ 1	→ 1
MODERS RYGNING UNDER GRAVIDITET		
NEJ (REFERENCE)	→ 1	→ 1
JA	→ 1,5 [1,4-1,6]	→ 1,2 [1,14-1,3]
ANTAL DAGE I NEONATALPLEJE		
0 DAGE (REFERENCE)	→ 1	→ 1
1+ DAGE	→ 1,5 [1,3-1,6]	→ 2,5 [2,3-2,7]

HR = HAZARD RATIO
 CI = KONFIDENSINTERVAL

Copenhagen Child Cohort 2000, hvor der blandt halvandenårige børn fra den generelle population blev fundet øget risiko for neuroudviklingsforstyrrelser hos børn, der var født for tidligt, med lav fødselsvægt og medfødte sygdomme (36). Registerundersøgelsen af 0-3-årige viste desuden en øget risiko for såvel psykiske sygdomme som generelle udviklingsforstyrrelser blandt børn af anden etnisk herkomst end dansk, og blandt børn af unge mødre og børn af ældre fædre samt børn, hvis mødre havde røget i graviditeten.

Samlet har forskningsresultater med udgangspunkt i danske børn bekræftet en højere forekomst af præ- og perinatale komplikationer hos børn med neuroudviklingsforstyrrelser (ASF, ADHD og mental retardering), som også er fundet i studier fra andre lande (11, 12, 37-42). De danske studier understreger endvidere betydningen af at kunne tilgå information fra tiden lige før, under og efter graviditet og fødsel. Denne information kan systematiseres og lagres centralt i de nationale patientregistre og formidles via den tætte kontakt til sygehusvæsenet i denne periode (43).

3.3.3 Faktorer relateret til de psykosociale forhold i familien

Der foreligger omfattende international forskning, som belyser betydningen af familiens sociale og økonomiske forhold og de individuelle forhold hos forældrene for et barns risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom (4, 44). Det er gennemgående, at økonomiske og strukturelle forhold i samfundet har en stor betydning, og det kan derfor være vanskeligt at omsætte resultaterne fra lande og populationer, der kulturelt og socialt er meget forskellige fra Danmark, mens resultaterne af forskning med udgangspunkt i de nordiske lande umiddelbart er mere generaliserbare til danske forhold. Forskning med udgangspunkt i danske

og norske populationer har påvist en markant øget risiko for følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser hos børn fra familier med lav forældreuddannelse, lav socioøkonomiske status, unge forældre og børn af forældre med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom (36, 45-47). Danske undersøgelser har vist en øget risiko for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt børn, hvis forældre ikke var samboende ved barnets fødsel (45, 46) og fx en firedoblet risiko for børn, som havde været udsat for ændringer i familiesammensætningen inden de fyldte fem år (45). Undersøgelser af ældre børn fra Danmark (48), Norge (49), Holland (50) og England (51) har tilsvarende dokumenteret en øget risiko for følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser blandt børn fra familier med lav husstand-sindkomst, psykisk sygdom hos forældrene, lav eller manglende uddannelse, tidlig og uplanlagt graviditet, ustabile parforhold, skiftene forældrefigurer for barnet, forældres manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, økonomiske vanskeligheder i familien og mangelfuldt socialt netværk. Fælles for de psykosociale risikofaktorer er, at de ofte optræder samtidigt, og at de virker gensidigt forstærkende, som fx manglende forældreuddannelse, dårlig økonomi, brudte parforhold, psykisk sygdom og misbrug (4, 44).

Betydningen af psykosociale stressorer i de første leveår er specifikt undersøgt i the Copenhagen Child Cohort 2000, hvor halvandenårige børn fra den generelle population blev undersøgt for forekomst af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Det viste sig, at udsættelse for mangelfuld forældreomsorg (fx i form negativ omtale, afvisning eller afstraffelse), eller at forældrene havde været udsat for belastende livsomstændigheder (fx alvorlig sygdom, dødsfald i familien, alvorlige parforholdsproblemer og vold i familien) var forbundet med dårligere kognitiv funktion og

mentale helbredsproblemer hos barnet (52). Dette studie fandt også en kraftig association mellem lav forældreuddannelse og forekomst af psykosociale stressorer, men selv når man tog højde for dette, fandtes en næsten fire gange øget risiko for kognitive udviklingsproblemer hos børn, der havde været udsat for mangelfuld forældreomsorg, og en mere end fire gange øget risiko for mentale helbredsproblemer (52). Disse fund ligger i forlængelse af internationale resultater, som således også gælder børn, der oplever omsorgssvigt i et velfærdssamfund som det danske (9).

3.3.4 Problemer i forældre-barn-relationen

Forældre-barn-relationens betydning for udviklingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i barnealderen er systematisk undersøgt i et tværsnitstudie i Copenhagen Child Cohort 2000 (33), som anvendte en velvalideret klinisk undersøgelsesmetode til at studere forældre-barn-relationen hos halvandenårige børn (36). Forstyrrelser i forældre-barn-relationen blev klassificeret med høj reliabilitet ud fra det spæd-småbarns-diagnostiske klassifikationssystem, DC:0-3 (53). Samlet fandtes forstyrrelser i forældre-barn-relationen hos 8,5% (95% konfidensinterval (CI): [5,1-13,2]). To tredjedel havde den underinvolverede form for relationsforstyrrelse, mens de resterende havde en relation præget af ængstelse/anspændthed, vrede eller blandingsformer. Tilstedeværelsen af en relationsforstyrrelser var forbundet med en op til ti gange så høj risiko for at barnet havde en samtidig psykiske forstyrrelser. Risiko for relationsforstyrrelser var stærkt øget hos forældre med høj forekomst af psykosociale risikofaktorer i årene forud for undersøgelsen af barnet (36). Ved en undersøgelse blandt 0-3-årige børn, der var henvist til spæd- og småbarnspsykiatriske specialafsnit, fandtes en høj forekomst af forældre-barn-relationsforstyrrelser

hos børn med spiseforstyrrelser, følelsesmæssige forstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser (54) (se **Figur 3.1**). Fx havde 109 af 129 (84%) børn med spiseforstyrrelse en samtidig relationsforstyrrelse, mens en samtidig relationsforstyrrelse kun fandtes hos 28 af 143 børn (20%) med gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Opfølgingsundersøgelser til the Copenhagen Child Cohort 2000 ved skolestart (5-7 år) har vist, at børn, for hvem sundhedsplejersken har haft bekymring for forældre-barn-relationen i det første leveår, havde en fire gange øget risiko for ADHD ved 5-7 år, efter at der var taget højde for udviklingsproblemer hos barnet og psykiske problemer hos moderen i barnets første leveår (odds ratio (OR)=4,6 [95% CI: 1,4-15,2]) (45, 55, 56). Resultater fra the Copenhagen Child Cohort 2000 viste ydermere en øget risiko for adfærdsforstyrrelser og funktionelle fysiske symptomer senere i barndommen hos børn, hvor sundhedsplejersken havde registreret bekymring for forældre-barn-relationen i barnets første leveår. Men denne risiko så i højere grad ud til at kunne tilskrives bl.a. psykiske problemer hos moderen (45, 57).

3.3.5 Mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos forældrene

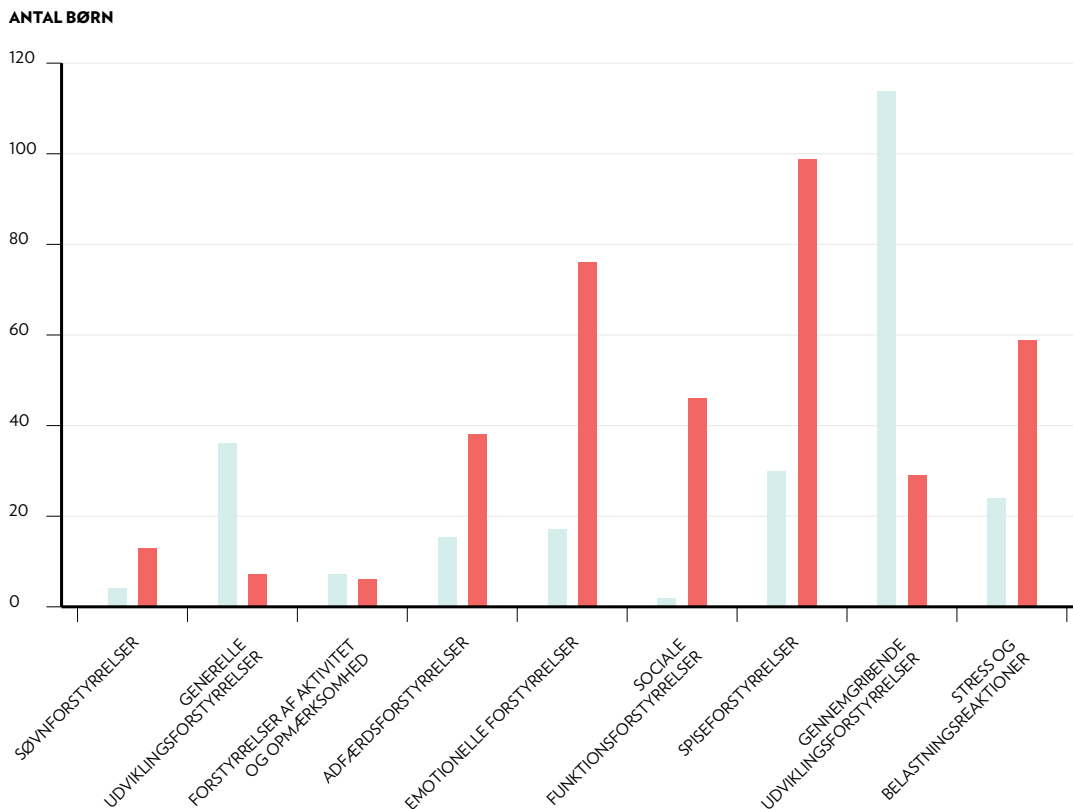
Det er veldokumenteret, at psykiske vanskeligheder hos forældrene er forbundet med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos barnet (4, 58). Både genetiske og miljømæssige faktorer spiller ind. Forskningen omhandler især mødre, men den foreliggende litteratur tyder på, at psykiske vanskeligheder hos fædre også har en stor betydning for et barns risiko for at få mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom (59, 60).

I Danmark diagnosticeres psykiske vanskeligheder hos en tredjedel af befolkningen, før de fylder 50

→ **FIGUR 3.1**

Forældre-barn-relationsforstyrrelser (Diagnostic Classification DC:0-3) og psykisk sygdom (ICD-10-diagnoser) hos henviste 0-3-årige (54).

■ INGEN RELATIONSFORSTYRRELSER
 ■ DC:0-3 RELATIONSFORSTYRRELSER



år (61), og mindst hvert tiende barn har en forælder, som er blevet diagnosticeret med en psykisk sygdom, inden barnet fylder 11 år (62). Forældres psykiske vanskeligheder spænder over et bredt spektrum fra medfødte kognitive vanskeligheder, indlæringsforstyrrelser, mental retardering, ASF, ADHD til depressioner, angsttilstande, personlighedsforstyrrelser og psykotiske tilstande (63, 64). En international forskningsoversigt viste, at blandt

mødre var hyppigheden af svære depressioner 5% i de første måneder efter fødslen, mildere depression forekom hos 13%, mens angsttilstande, spiseforstyrrelser og posttraumatiske stresstilstande, bipolar sygdom, affektive psykoser og forværring af skizofreni forekom samlet hos omkring 2-5% (63, 64). Psykisk sygdom hos en af forældrene er forbundet med øget risiko for, at den anden forælder også har psykiske vanskeligheder (59, 63, 64). En

dansk registerbaseret undersøgelse af førstegangsforældre fandt ikke samme høje psykiatriske sygdomsrisiko hos fædre som hos mødre (65), men forskning i fædres mentale forhold er begrænset sammenlignet med forskning, der fokuserer på mødre. Blandt psykiske sygdomme hos forældre er det, som beskrevet, især depression hos mødre, der er udforsket. Den foreliggende forskning har vist, at førstegangsfødende og mødre med manglende uddannelse, ustabile parforhold, enligt forældreskab og manglende støtte i det sociale netværk har en særligt øget risiko for psykisk sygdom (58, 63).

Blandt danske familier med et 0-1-årigt barn rapporterer sundhedsplejersken bemærkninger til moderens psykiske tilstand hos 20-30%, som dels omfatter depressive symptomer og dels uspecifikke mentale helbredsproblemer, som er vist at være hyppigst hos førstegangsmødre og blandt i øvrigt socialt belastede mødre (46, 66, 67). En undersøgelse af alle børn født i 33 kommuner i Danmark i 2018 viste, at 7,5% af mødrene udviste tegn på fødselsdepression defineret som en høj score (11 eller derover) på Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS-skalaen), inden barnet var otte måneder gammelt (67). Forløbsundersøgelser fra andre lande tyder på, at depressive symptomer aftager, hvis moderen får støtte og aflastning fra omgivelserne, men hos en del vedvarer de depressive problemer med tristhed, irritabilitet, nedsat selv vurdering og i værste fald selvmordstanker (63). Et engelsk fødselskohortestudie af 8.287 børn undersøgte depression hos mødre tre og otte måneder efter fødsel og fandt, at depressive tilstande målt ud fra en forhøjet score på EPDS-skalaen (13 eller flere point) var forbundet med adfærdsproblemer hos barnet ved 3 år. Barnets risiko var op til fem gange øget, hvis moderen havde vedvarende depression, mens barnet var 2-8 måneder og en EDPS-score på 17

points eller mere. Herudover viste undersøgelsen, at mødre med vedvarende depression fortsatte med at have depressive symptomer op til 11 år efter barnets fødsel (68).

Risikomekanismerne ved psykiske vanskeligheder hos forældrene omfatter bl.a. problemer i forbindelse med omsorgen for barnet både på det konkrete og praktiske plan og problemer med kognitiv, social og følelsesmæssig stimulation (9, 58, 59, 69-72). At have en psykisk sygdom kan betyde, at forældrefunktionen er kompromitteret mht. sensitivitet over for barnets signaler og individuelle behov, at barnet ignoreres eller mødes med uforudsigelige eller uforståelige reaktioner og uhensigtsmæssig forældreadfærd. Resultatet er i værste fald, at en negativ spiral udvikles, hvor forældres psykiske vanskeligheder vedligeholdes og forstærkes af sociale, økonomiske og familiemæssige belastninger, og sideløbende forværres forældre-barn-relationen og barnets mentale helbred (58). Samtidig vil et barns mentale helbredsproblemer og psykiske sygdom påvirke forældrene på en måde, så forældrenes egen psykiske sårbarhed og den samlede belastning på familien øges. Herved forstærkes den negative spiral for både barn og forældre yderligere (73-75).

3.4 SOMATISK SYGDOM OG MENTALE HELBREDSPROBLEMER

Kronisk somatisk sygdom er en del af hverdagen for 10-12% af børn og unge (76), og mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom forekommer hyppigere blandt børn med kroniske sygdomme end hos deres fysisk raske jævnaldrende (77-79). Astma, allergi og overvægt er blandt de hyppigst forekommende kroniske sygdomme blandt børn og unge, efterfulgt af diabetes og epilepsi. Derudover fødes en del børn med syndromer og misdannelser, og endelig rammes børn af sjældne,

men alvorlige sygdomme, fx inflammatoriske tarmsygdomme og børneleddegigt (80).

Når et barn er ramt af både somatisk sygdom og mentale helbredsproblemer, påvirker det hele familiens livskvalitet (81) både på kort og lang sigt (78). Forståelse for den mentale dimension vil kunne have afgørende indflydelse på behandlingen af barnet, og der er derfor stigende opmærksomhed på aktivt at opspore mentale helbredsproblemer hos børn, der undersøges og behandles for somatisk sygdom og på at behandle barnets samlede symptombillede, uanset om barnet ses i somatisk eller psykiatrisk regi (82, 83).

Opmærksomhed på mentale helbredsproblemer indgår i adskillige vejledninger for udredning og behandling af kroniske sygdomme hos børn, men undersøgelser tyder på, at børnelæger ofte overser de mentale helbredsproblemer (84). Det er svært at skabe et samlet og validt overblik over somatisk syge børns trivsel og mentale sundhed, da undersøgelserne på området dækker forskellige populationer og aldersgrupper og anvender forskellige mål for mental sundhed. Vi har i det følgende forsøgt at dække de hyppigst forekommende somatiske sygdomme og at udvælge datakilder af høj validitet, fx metaanalyser og studier, der er baseret på landsdækkende registerdata og store spørgeskemaundersøgelser.

3.4.1 Astma og allergi

De allergiske sygdomme astma, atopisk eksem og høfeber forekommer hyppigt, og 7-10% af danske seksårige lider af astma (85), mens op til 20% har børneeksem (atopisk eksem) (86). En metaanalyse af 28 studier med næsten 5.000 børn med en gennemsnitsalder på 8,4 år dokumenterede, at børn med astma havde flere adfærdsproblemer end børn uden astma, og at jo værre astmaen er,

desto større er risikoen for adfærdsproblemer. Således var effekten stor hos børn med svær astma (87). I metaanalysen blev der benyttet forskellige standardiserede målemetoder, herunder anvendte 91% the Child Behaviour Checklist. I et nyere dansk studie, hvor over 9.000 børn i alderen 2-15 år blev scoret med hhv. forældredudfyldt og selvrapporteret Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), fandt man, at børn med eksem, astma og høfeber havde signifikant flere emotionelle og adfærdsmæssige problemer end andre børn, men at der ikke var øgede problemer med kammerater, og at denne tendens var til stede i alle aldersgrupper (88).

Børn og unge med astma har en øget forekomst af angst. En metaanalyse af 15 studier viste således, at 22,7% af børn med astma havde angst, hvilket var omkring tre gange højere end forekomsten blandt børn i baggrundsbefolkningen (89). Samme metaanalyse viste, at forekomsten af specifikke angstdiagnoser var øget blandt børn med astma sammenlignet med børn uden astma, herunder havde 9,5% separationsangst, 7,3% havde social angst, 6,4% havde generaliseret angst og 4,5% havde panikangst (89). I en metaanalyse af ni studier fra 2017 fandt man dokumentation for, at børn og unge (0-17 år) med atopiske sygdomme havde en forekomst af ADHD, der var 30-50% højere end hos børn uden atopi (90). Sammenlignet med raske børn var risikoen (odds ratio (OR)) for at få diagnosticeret ADHD 1,4 [95% konfidensinterval (CI): 1,2-1,5] gange forøget for børn med astma, 1,3 [95% CI: 1,2-1,5] gange forøget for børn med eksem og 1,5 [95% CI: 1,4-1,6] gange forøget for børn med høfeber (90). Et stort norsk studie fandt imidlertid, at det primært var børn med atopisk eksem, der havde en øget risiko for ADHD (91). Et amerikansk studie fandt også, at der var en 50% øget risiko for problemer med adfærd, emotionel kontrol og opmærksomhed hos børn med atopisk eksem (92). En anden forskningsoversigt fra 2017 viste ligeledes,

at der blandt børn med ADHD var en større forekomst af astma end blandt børn uden ADHD (93).

Nyere forskning tyder på, at der kan være en genetisk sammenhæng mellem samtidig forekomst af psykisk sygdom og astma og allergi (94). Analyser af genetiske overlap mellem astma og otte psykiske lidelser (ADHD, angst, ASF, bipolar lidelse, spiseforstyrrelse, depression, posttraumatisk stresslidelse og skizofreni) fra en stor britisk biobank viste, at der på genetisk niveau var en stærk sammenhæng mellem astma og tre psykiske lidelser: ADHD, angst og depression. De gener, der var fælles, regulerede genekspression for hormonudskillelse, fordøjelse, åndedræt og immunsystemet. Forståelse af de genetiske sammenhænge giver potentielt ny viden om både somatiske og psykiske sygdomme.

3.4.2 Overvægt

Udvikling af overvægt ser ud til at være et resultat af et mangeårigt og komplekst samspil mellem mange faktorer, og overvægt kan ikke anskues ud fra en simpel beregning af energibalancen, dvs. om en person spiser for meget og bevæger sig for lidt. Forskning har vist, at både arvelige faktorer, sundhedsadfærd og psykosociale faktorer er forbundet med udvikling af overvægt, hver for sig og i kombination med hinanden, herunder bl.a. mad- og måltidsvaner, fysisk (in)aktivitet, overvægt hos forældrene, rygning, genetiske og epigenetiske faktorer, søvn, stress, mental sundhed hos forældre og børn, uddannelse og indkomst (95). Allerede i det første leveår udviser nogle børn et spisemønster, hvor barnet indtager mere føde, end det har brug for. Det hænger primært sammen med, at barnet tilbydes mere mad end svarende til det ernæringsmæssige behov. Desuden kan nogle børn være svære at aflæse mht. sult og mæthed, og impulsiv spiseadfærd kan også være en del

af problemet (96). Overspisning og for hurtig vægtøgning i det første leveår kan potentielt udgøre de første faser i udviklingen af overvægt i barnealderen. Således viser undersøgelser med udgangspunkt i Databasen Børns Sundhed, at blandt 43.109 børn var 3,6% overvægtige og 0,5% svært overvægtige ved 6-8-månedersalderen, svarende til WHO's referencer, og ved indskolingsundersøgelserne var 9,5% overvægtige og 2,6% svært overvægtige (96). Uafhængigt af indflydelse fra potentielle risikofaktorer som køn, indvandrerstatus, mors alder, uddannelse, familiestatus, rygning i hjemmet og varighed af amning, er der blevet fundet høj kontinuitet af overvægt fra spædbarnealderen til 5-8-årsalderen, og en syv gange øget risiko for svær overvægt ved skolestart, hvis barnet var overvægtigt i sit første leveår (OR=7,4 [95% CI: 5,3-10,2]) (96) (se **Tabel 3.2**).

Overvægtige børn er på længere sigt i større risiko end ikke-overvægtige børn for at udvikle overvægt som voksne med alvorlige, negative helbreds-konsekvenser til følge, herunder type-2-diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdomme samt overbelastning af led og knogler. De har endvidere en højere forekomst af mentale helbredsproblemer, herunder angst og depression (97-99). Allerede i barnealderen findes en del af disse helbredsproblemer bl.a. i form af en øget forekomst af mentale helbredsproblemer. Et australsk opfølgingsstudie med mere end 3.000 børn, som blev undersøgt med bl.a. SDQ-screening, viste, at børn med højere Body Mass Index (BMI) i 4-5-årsalderen havde flere problemer med relationer til jævnaldrende og flere lærerrapporterede emotionelle problemer i 8-9-årsalderen end børn med lavere BMI (100). Undersøgelsen fra Databasen Børns Sundhed med fokus på overvægt ved indskoling i 5-8-årsalderen inddrog også forældrenes oplevelser af deres børns relationer til jævnaldrende i tiden omkring skolestart undersøgt med

→ **TABEL 3.2**

Risikofaktorer for overvægt ved 5-8-årsalderen (n=43.109, data er kontrolleret for perinatale og sociodemografiske faktorer) (96).

RISIKOFAKTORER	OR [95% CI] JUSTERET
FØDSELSVÆGT	
<2.500 GRAM	→ 0,8 [0,5-1,1]
2.500-3.999 GRAM (REFERENCE)	→ 1
4.000 GRAM ELLER DEROVER	→ 1,9 [1,6-2,2]
AMNING	
FULD AMNING I MINDST FIRE MÅNEDER (REFERENCE)	→ 1
FULD AMNING I MINDRE END FIRE MÅNEDER	→ 1,3 [1,1-1,5]
BOET SAMMEN MED EN RYGER	
NEJ (REFERENCE)	→ 1
JÅ	→ 1,4 [1,2-1,7]
VÆGTSTATUS I 6-10-MÅNEDERSALDEREN	
NORMALVÆGTIG (REFERENCE)	→ 1
GRÆNSEDE TIL OVERVÆGTIG	→ 3,7 [3,0-4,5]
OVERVÆGTIG ELLER SVÆRT OVERVÆGTIG	→ 7,4 [5,3-10,2]

SDQ-screening. Undersøgelsen viste, at jo mere overvægt desto større forekomst af mobning og drillerier, af ikke at føle sig vellidt blandt andre børn, at man leger mest alene og foretrækker samvær med voksne (96).

I en analyse fra det svenske register for børnefedmebehandling (BORIS, 2005-2015) (101) blev over 12.500 overvægtige børn og unge i alderen 6-17 år sammenlignet med 60.000 børn og unge fra den generelle befolkning (matchet på køn, fødselsår og bopæl). Her fandt man, at overvægtige piger havde en 43% højere risiko for at blive diagnosticeret med angst og depression, og drenge havde en 33% øget risiko for angst og depression end deres normalvægtige jævnaldrende (101). I lighed med dette viste en metaanalyse af 18 populationsbaserede opfølgingsstudier (n=51.272), at børn og unge med svær overvægt havde en 34% øget risiko for at have depression, mens gruppen med overvægt ikke havde en signifikant øget risiko for at have depression (OR=1,2 [95% CI: 0,9-1,4]) eller depressive symptomer (102).

Et studie fra Canada viste, at overvægtige børn i alderen 2-5 år havde en betydeligt højere risiko for at blive henvist til vurdering i børne- og ungdomspsykiatrien på grund af mentale helbredsproblemer end normalvægtige børn, med den største effekt for piger (103). Et studie af 4-10-årige børn fra Australien har vist, at overvægt er associeret med vanskeligheder ift. jævnaldrende og emotionelle symptomer bedømt med SDQ, men ikke med andre mentale helbredsproblemer (104). I en metaanalyse af 42 studier med 728.136 deltagere heraf 48.161 med ADHD, fandt man, at blandt børn med ADHD var forekomsten af overvægt øget med knap 40% sammenlignet med børn uden ADHD (10,3% versus 7,4%). Tallet var endnu højere, når man fokuserede på studier, hvor barnet havde en formel ADHD-diagnose og var blevet

målt og vejet. Her var forekomsten af overvægt øget med 47% (105).

3.4.3 Diabetes

I Danmark lever ca. 3.000 børn og unge med type-1-diabetes, og registerbaserede undersøgelser fra Danmark (106), Sverige (107) og Australien (108) har vist, at risikoen for psykisk sygdom er øget 1,4-2,5 gange hos børn med type-1-diabetes. Det danske studie viste, at risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse var dobbelt så stor for piger og tre gange så stor for drenge med type-1-diabetes som for deres raske jævnaldrende. Desuden var der en signifikant øget risiko for at blive diagnosticeret med depression og affektive lidelser og angst (106). I det svenske studie fandt man, at risikoen for at blive diagnosticeret med psykisk sygdom blev tredoblet inden for seks måneder efter debut af diabetes (107), mens det danske studie (106) viste, at risikoen for psykisk sygdom var størst fem år efter diabetesdebut. Dårligt reguleret type-1-diabetes (dårlig metabolisk kontrol) er associeret med en øget risiko for at udvikle langtidspfølger, bl.a. i form af hjertekarsygdomme, nyrsvigt, synsnedsettelse og tidlig død. Den metaboliske kontrol er ringere, og risikoen for at blive indlagt med diabetisk ketoacidose (syreforgiftning) er højere blandt børn og unge med diabetes og samtidig forekomst af psykisk sygdom (109). Vejledninger for behandling af børnediabetes anbefaler systematisk screening for psykisk sygdom og en integreret sundhedsfaglig tilgang, som sikrer let adgang til både somatisk og psykiatrisk/psykologisk behandling og støtte (110), men der mangler stadig evidensbaserede vejledninger, der beskriver, hvordan man bedst implementerer screening for det spektrum af psykiske sygdomme, der findes blandt børn og unge med multimorbiditet (111).

3.4.4 Cerebral parese

Mentale helbredsproblemer rapporteres ofte hos børn og unge med cerebral parese. I en metaanalyse af otte studier med 1.771 børn med cerebral parese i alderen 6-15 år fandt man, at den samlede forekomst af psykiske symptomer var 28-35%. Et af studierne i metaanalysen (n=56) fandt desuden, at 57% af børnene fik diagnosticeret en psykisk sygdom, når de via deres forældre gennemgik et diagnostisk interview (Kiddie-SADS) udført af en psykiater. Blandt psykiske sygdomme var ADHD og oppositionel adfærdsforstyrrelse (ODD) de hyppigste (112). En anden forskningsoversigt (113) har undersøgt sammenhængen mellem hhv. ADHD og ASF blandt børn med cerebral parese. Forskningsoversigten inkluderede 19 studier omhandlende cerebral parese og ADHD og 28 studier om cerebral parese og ASF. Baseret på denne systematiske gennemgang konkluderede forfatterne, at ASF og ADHD så ud til at forekomme hyppigere hos børn med cerebral parese end hos generelle befolkning, men det blev samtidigt anført, at metoderne til at diagnosticere ASF og ADHD ikke var velegnede til børn med motoriske problemer (113).

3.4.5 Epilepsi

Der findes ikke en samlet opgørelse over, hvor mange børn i Danmark, der har epilepsi, og der kan være usikkerhed forbundet med at opgøre antallet. Det hænger bl.a. sammen med, at epilepsi kan være svær at diagnosticere og er let at forveksle med mange andre anfaldslidelser. En dansk, registerbaseret undersøgelse viste, at 0,8% af børn under ti år havde fået diagnosticeret epilepsi, og at børn med epilepsi har en forhøjet risiko for at udvikle en bred vifte af psykiske sygdomme både i barndommen, ungdomsårene og den tidlige voksenalder (114). De stærkeste sammenhænge blev

observeret for skizofreni, hvor børn med epilepsi havde en 50% øget risiko, og en tilsvarende øget risiko blev fundet for følelsesmæssige og stressrelaterede sygdomme, herunder angst og depression (114). Disse tal svarer godt til forekomsten i Norge, hvor man fandt at 0,6% af børn havde fået diagnosticeret epilepsi, og at 43% af børnene med epilepsi også havde psykiatriske sygdomme (115). Mange andre undersøgelser har estimeret forekomsten af depression og angst blandt børn med epilepsi, men estimerterne varierer meget. Således varierer forekomsten af depression fra 8% til 33%, og forekomsten af angst spænder fra 5% til 48,5%. De store forskelle skyldes sandsynligvis, at der i undersøgelserne er brugt forskellige metoder til at måle depression og angst, og at undersøgelserne er gennemført i forskellige aldersgrupper og populationer (116).

En registerbaseret undersøgelse blandt amerikanske børn i alderen 5-17 år med epilepsi viste, at 13,1% led af depression og 23,3% af angst (116). En anden amerikansk undersøgelse blandt knap 1.000 amerikanske børn i alderen 0-17 år med epilepsi og en kontrolgruppe uden epilepsi viste, sammenlignet med kontrolgruppen havde børn med epilepsi og anfaldsfænomener en signifikant øget risiko for at blive diagnosticeret med depression (8% versus 2%), angst (17% versus 3%), ADHD (23% versus 6%), adfærdsproblemer (16% versus 3%), udviklingsforsinkelse (51% versus 3%) og ASF (16% versus 1%) (117). Et dansk registerbaseret studie tyder på en stærk sammenhæng mellem epilepsi i barndommen og efterfølgende udvikling af ADHD, selv efter at der er taget højde for socioøkonomiske og perinatale risikofaktorer og familiehistorie med epilepsi, feberkramper eller psykiske sygdomme. Studiet viste, at børn med epilepsi havde en omkring 72% øget risiko for at få ADHD sammenlignet med børn uden epilepsi (118). Personer med epilepsi har ligeledes

en øget risiko for ASF, og i et landsdækkende svensk registerstudie fandt man, at risikoen for at blive diagnosticeret med ASF var 11 gange højere blandt personer, der havde epilepsi i barndommen end blandt kontrolpersoner uden epilepsi (119). Der er i ovennævnte undersøgelser ikke taget højde for, hvilken type af epilepsi barnet havde, og det er sandsynligt, at forskellige bagvedliggende årsager til epilepsi kan give en forskellig risiko for at udvikle psykisk sygdom.

3.4.6 Inflammatoriske tarmsygdomme og cøliaki

De inflammatoriske tarmsygdomme (Morbus Crohn og Collitis Ulcerosa) debuterer ofte hos børn og unge med symptomer på mavesmerter, diarré kvalme og vægttab. Crohns sygdom er en sjælden sygdom hos børn og unge og diagnosticeres hos 150-200 danske patienter under 15 år om året. Blandt børn og unge med inflammatoriske tarmsygdomme diagnosticeres 4% før femårsalderen og 8% før tiårsalderen, mens de fleste diagnosticeres i teenageårene (120). Antallet af børn og voksne med inflammatoriske tarmsygdomme er stigende (121). Især Crohns sygdom kan have et vanskeligt og uforudsigeligt forløb med træthed, underernæring, anæmi, dårlig vækst og forsinket pubertet. Børn med inflammatoriske tarmsygdomme har ofte psykiske problemer. Et svensk registerstudie har vist, at både drenge og piger med inflammatorisk tarmsygdom havde en 60% øget risiko for at få en psykiatrisk diagnose sammenlignet med den øvrige befolkning (HR=1,6 [95% CI: 1,5-1,7]). Samme undersøgelse viste en øget risiko for selvmordsforsøg (HR=1,4 [95% CI: 1,2-1,7]), angst (HR=1,9 [95% CI: 1,7-2,0]), humørforstyrrelser (HR=1,6 [95% CI: 1,4-1,7]), spiseforstyrrelser (HR=1,6 [95% CI: 1,3-2,0]), opmærksomhedsforstyrrelser (HR=1,2 [95% CI: 1,1-1,4]), personlighedsforstyrrelser (HR=1,4 [95% CI: 1,1-1,8]) og ASF

(HR=1,4 [95% CI: 1,1-1,7]). Risikoen for at udvikle psykisk sygdom var særligt høj (HR=2,4 [95% CI: 1,9-3,1]) hos børn, der fik konstateret inflammatorisk tarmsygdom før seksårsalderen (122).

Cøliaki eller glutenintolerance er en kronisk autoimmun sygdom, hvor glutenproteiner udløser en betændelseslignende reaktion (inflammation) i tyndtarmens indvendige slimhinde. Det kan føre til mavesmerter, afføringsforstyrrelser, mangeltilstande og andre symptomer. Børn med cøliaki kan blive hæmmet i væksten og være irritable med svingende humør. Omkring 1% af børn og voksne har cøliaki, og antallet af diagnosticerede patienter er stigende (123). Diagnosen stilles ved en blodprøve kombineret med en vævsprøve fra tarmen (biopsi). I en kohorte af svenske børn med cøliaki (biopsiverificerede, i alt 19.186) sammenlignede man forekomsten af psykisk sygdom med en referencepopulation (kontroller, n = 94.249), der ikke havde cøliaki (124). Data om psykiatriske sygdomme blev hentet fra det Svenske Patientregister. Undersøgelsen viste, at cøliaki i barndommen var forbundet med en 19% forøget risiko for enhver psykiatrisk sygdom [95% CI: 1,1-1,2]. Den øgede risiko blev observeret i alle aldersgrupper i barndommen, og de højeste risikotal blev set det første år efter cøliakidiagnosen (HR=1,7 [95% CI: 1,4-2,1]). Undersøgelsen viste en øget risiko for humørsvingninger (HR=1,2 [95% CI: 1,1-1,3]), angstlidelser (HR=1,1 [95% CI: 1,1-1,2]), spiseforstyrrelser (HR=1,3 [95% CI: 1,2-1,5]), ADHD (HR=1,3 [95% CI: 1,2-1,4]) og ASF (HR=1,5 [95% CI: 1,3-1,6]) (124).

3.4.7 Sjældnere lidelser: børneleddegigt, neurofibromatose og hjertesygdom

Børneleddegigt (juvenil idiopatisk eller reumatoid arthritis) er en autoimmun sygdom hos børn og unge, som giver hævede, betændte, stive

og smertefulde led, og som lejlighedsvist også involverer øvrige organer. Juvenil idiopatisk arthritis er sjælden og rammer årligt 1-2 af 10.000 børn og unge i alderen 0-17 år (125). Depression og angst er udbredt hos børn med børneleddegigt, men i litteraturen er der meget varierende beskrivelser af forekomsten. I en nylig forskningsoversigt fandt man, at 7-36% af børn med børneleddegigt havde tegn på depression, når de blev screenet med validerede screeningsværktøjer, og at angst forekom hos 7-64% (126).

Neurofibromatose type 1 er en relativt hyppig arvelig sygdom, der er karakteriseret ved hudforandringer i form af "café-au-lait-pletter" og små knuder i hud og nervevæv samt en tendens til både godartede og ondartede svulster. Der fødes ca. 20 børn om året med neurofibromatose, og studier har vist, at børnene har høj risiko for indlæringsproblemer og øget risiko for ASF (127).

Børn med medfødte, operationskrævende misdannelser i hjertet har i flere undersøgelser vist sig at have en øget risiko for ADHD, og i en nylig dansk undersøgelse havde børn med hjertesygdom en signifikant højere forældrevurderet ADHD-symptomscore end raske kontroller. De samme børn blev ADHD-symptomscoret af deres lærere, men her var der ikke forskel mellem børn med og uden hjertesygdom (128).

3.5 REFERENCER

1. Loman MM, Gunnar MR. Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010; 34: 867–76.
2. Wermter A-K, Laucht M, Schimmelmann BG, Banaschewski T, Sonuga-Barke EJS, Rietschel M, Becker K. From nature versus nurture, via nature and nurture, to gene x environment interaction in mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010; 19: 199–210.
3. Groh A, Narayan AJ, Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI, Vaughn BE, Fearon RMP, van IJzendoorn MH. Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child development perspectives. Child Dev Perspect.* 2017; 11: 70–6.
4. Bilenberg N, Skovsgaard AM, Verhulst FC. Årsagsforhold. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri.* 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 41–56.
5. Thapar A, Riglin L. The importance of a developmental perspective in Psychiatry: What do recent genetic-epidemiological findings show? *Mol Psychiatry.* 2020; 25: 1631–9.
6. Grove J, Ripke S, Als TD, Mattheisen M, Walters RK, Won H, Pallesen J, Agerbo E, Andreassen OA, Anney R, Awashti S, Belliveau R, Bettella F, Buxbaum JD, Bybjerg-Grauholm J, Bækvad-Hansen M, Cerrato F, Chambert K, Christensen JH, Churchhouse C, Dellenvall K, Demontis D, De Rubeis S, Devlin B, Djurovic S, Dumont AL, Goldstein JI, Hansen CS, Hauberg ME, Hollegaard MV, Hope S, Howrigan DP, Huang H, Hultman CM, Klei L, Maller J, Martin J, Martin AR, Moran JL, Nyegaard M, Nærland T, Palmer DS, Palotie A, Pedersen CB, Pedersen MG, DPoterba T, Poulsen JB, Pourcain BS, Qvist P, Rehnström K, Reichenberg A, Reichert J, Robinson EB, Roeder K, Roussos P, Saemundsen E, Sandin S, Satterstrom FK, Davey Smith G, Stefansson H, Steinberg S, Stevens CR, Sullivan PF, Turley P, Walters GB, Xu X, Stefansson K, Geschwind DH, Nordentoft M, Hougaard DM, Werge T, Mors O, Mortensen PB, Neale BM, Daly MJ, Børglum AD. Identification of common genetic risk variants for autism spectrum disorder. *Nat Genet.* 2019; 51: 431–44.
7. Demontis D, Walters RK, Martin J, Mattheisen M, Als TD, Agerbo E, Baldursson G, Belliveau R, Bybjerg-Grauholm J, Bækvad-Hansen M, Cerrato F, Chambert K, Churchhouse C, Dumont A, Eriksson N, Gandal M, Goldstein JI, Grasby KL, Grove J, Gudmundsson OO, Hansen CS, Hauberg ME, Hollegaard MV, Howrigan DP, Huang H, Maller JB, Martin AR, Martin NG, Moran J, Pallesen J, Palmer DS, Pedersen CB, Pedersen MG, Poterba T, Poulsen JB, Ripke S, Robinson EB, Satterstrom FK, Stefansson H, Stevens C, Turley P, Walters GB, Won H, Wright MJ, Andreassen OA, Asherson P, Burton CL, Boomsma DI, Cormand B, Dalsgaard S, Franke B, Gelernter J, Geschwind D, Hakonarson H, Haavik J, Kranzler HR, Kuntsi J, Langley K, Lesch K-P, Middeldorp C, Reif A, Rohde LA, Roussos P, Schachar R, Sklar P, Sonuga-Barke EJS, Sullivan PE, Thapar A, Tung JY, Waldman ID, Medland SE, Stefansson K, Nordentoft M, Hougaard DM, Werge T, Mors O, Mortensen PB, Daly MJ, Faraone SV, Børglum AD, Neale BM. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet.* 2019; 51: 63–75.
8. Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: Joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci.* 2006; 7: 583–90.
9. Lucassen N, Kok R, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Jaddoe VW V, Hofman A, Verhulst FC, Lambregtse-Van den Berg MP, Tiemeier H. Executive functions in early childhood: The role of maternal and paternal parenting practices. *Br J Dev Psychol.* 2015; 33: 489–505.
10. Thapar A, Cooper M, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry.* 2017; 4: 339–46.
11. Mathiasen R, Hansen BM, Forman JL, Kessing LV, Greisen G. The risk of psychiatric disorders in individuals born prematurely in Denmark from 1974 to 1996. *Acta Paediatr.* 2011; 100: 691–9.
12. Ribeiro LA, Zachrisson HD, Schjølberg S, Aase H, Rohrer-Baumgartner N, Magnus P. Attention problems and language development in preterm low-birth-weight children: Cross-lagged relations from 18 to 36 months. *BMC Pediatr.* 2011; 11: 59.
13. Hvelplund C, Hansen BM, Koch SV, Andersson M, Skovsgaard AM. Perinatal risk factors for feeding and eating disorders in children aged 0 to 3 years. *Pediatrics.* 2016; 137: 1–8.

14. Olsen EM, Skovgaard AM, Weile B, Petersen J, Jørgensen T. Risk factors for weight faltering in infancy according to age at onset. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2010; 24: 370–82.
15. Swanson JD, Wadhwa PM. Developmental origins of child mental health disorders. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49: 1009–19.
16. Larsen PS, Kamper-Jørgensen M, Adamson A, Barros H, Bonde JP, Brescianini S, Brophy S, Casas M, Charles M-A, Devereux G, Eggesbø M, Fantini MP, Frey U, Gehring U, Grazuleviciene R, Henriksen TB, Hertz-Picciotto I, Heude B, Hryhorczuk DO, Inskip H, Jaddoe VWW, Lawlor DA, Ludvigsson J, Kelleher C, Kiess W, Koletzko B, Kuehni CE, Kull I, Kyhl HB, Magnus P, Momms I, Murray D, Pekkanen J, Polanska K, Porta D, Poulsen G, Richiardi L, Roeleveld N, Skovgaard AM, Sram RJ, Strandberg-Larsen K, Thijs C, Van Eijsden M, Wright J, Vrijheid M, Andersen A-MN. Pregnancy and birth cohort resources in Europe: A large opportunity for aetiological child health research. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2013; 27: 393–414.
17. Obel C, Zhu JL, Olsen J, Breining S, Li J, Grønberg TK, Gissler M, Rutter M. The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy - A re-examination using a sibling design. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016; 57: 532–7.
18. Gustavson K, Ystrom E, Stoltenberg C, Susser E, Surén P, Magnus P, Knudsen GP, Smith GD, Langley K, Rutter M, Aase H, Reichborn-Kjennerud T. Smoking in pregnancy and child ADHD. *Pediatrics.* 2017; 139: e20162509.
19. Sellers R, Warne N, Rice F, Langley K, Maughan B, Pickles A, Thapar A, Collishaw S. Using a cross-cohort comparison design to test the role of maternal smoking in pregnancy in child mental health and learning: Evidence from two UK cohorts born four decades apart. *Int J Epidemiol.* 2020; 49: 390–9.
20. Kalkbrenner AE, Meier SM, Madley-Dowd P, Ladd-Acosta C, Fallin MD, Parner E, Schendel D. Familial confounding of the association between maternal smoking in pregnancy and autism spectrum disorder in offspring. *Autism Res.* 2020; 13: 134–44.
21. Porter MSM, Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Low-to-moderate prenatal alcohol exposure and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2019; 300: 269–77.
22. Mattson SN, Bernes GA, Doyle LR. Fetal alcohol spectrum disorders: A review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019; 43: 1046–62.
23. Koch S V, Andersson M, Hvelplund C, Skovgaard AM. Mental disorders in referred 0-3-year-old children: A population-based study of incidence, comorbidity and perinatal risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020. Online ahead of print.
24. Linnet KM, Wisborg K, Obel C, Secher NJ, Thomsen PH, Agerbo E, Henriksen TB. Smoking during pregnancy and the risk for hyperkinetic disorder in offspring. *Pediatrics.* 2005; 116: 462–7.
25. Rodriguez A, Miettunen J, Henriksen TB, Olsen J, Obel C, Taanila A, Ebeling H, Linnet KM, Moilanen I, Järvelin M-R. Maternal adiposity prior to pregnancy is associated with ADHD symptoms in offspring: Evidence from three prospective pregnancy cohorts. *Int J Obes.* 2008; 32: 550–7.
26. Obel C, Linnet KM, Henriksen TB, Rodriguez A, Järvelin MR, Kotimaa A, Moilanen I, Ebeling J, Bilensberg N, Taanila A, Ye G, Olsen J. Smoking during pregnancy and hyperactivity-inattention in the offspring - comparing results from three Nordic cohorts. *Int J Epidemiol.* 2009; 38: 698–705.
27. Linnet KM, Wisborg K, Secher NJ, Thomsen PH, Obel C, Dalsgaard S, Henriksen TB. Coffee consumption during pregnancy and the risk of hyperkinetic disorder and ADHD: A prospective cohort study. *Acta Paediatr.* 2009; 98: 173–9.
28. Obel C, Olsen J, Henriksen TB, Rodriguez A, Järvelin M-R, Moilanen I, Parner E, Linnet KM, Taanila A, Ebeling H, Heiervang E, Gissler M. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for hyperkinetic disorder? -Findings from a sibling design. *Int J Epidemiol.* 2011; 40: 338–45.
29. Khashan AS, McNamee R, Henriksen TB, Pedersen MG, Kenny LC, Abel KM, Mortensen PB. Risk of affective disorders following prenatal exposure to severe life events: A Danish population-based cohort study. *J Psychiatr Res.* 2011; 45: 879–85.
30. Pedersen LH, Henriksen TB, Bech BH, Licht RW, Kjaer D, Olsen J. Prenatal antidepressant exposure and behavioral problems in early childhood - a cohort study. *Acta Psychiatr Scand.* 2013; 127: 126–35.

31. Liew Z, Ritz B, von Ehrenstein OS, Bech BH, Nohr EA, Fei C, Bossi R, Henriksen TB, Bonefeld-Jørgensen EC, Olsen J. Attention deficit/hyperactivity disorder and childhood autism in association with prenatal exposure to perfluoroalkyl substances: A nested case-control study in the Danish National Birth Cohort. *Environ Health Perspect*. 2015; 123: 367–73.
32. Grzeskowiak LE, Morrison JL, Henriksen TB, Bech BH, Obel C, Olsen J, Pedersen LH. Prenatal antidepressant exposure and child behavioural outcomes at 7 years of age: A study within the Danish National Birth Cohort. *BJOG*. 2016; 123: 1919–28.
33. Olsen EM, Rask CU, Elberling H, Jeppesen P, Clemmensen L, Munkholm A, Li XQ, Hansen MH, Rimvall MK, Linneberg A, Munch IC, Larsen M, Jørgensen T, Skovgaard AM. Cohort profile: The Copenhagen Child Cohort Study (CCC2000). *Int J Epidemiol*. 2020; 49: 370-1.
34. Skovgaard AM, Wilms L, Johansen A, Ammitzbøll J, Holstein BE, Olsen EM. Standardiseret monitorering af spæd- og småbørns helbred i de kommunale sundhedsordninger. *Ugeskr Læger*. 2018; 180: 2–6.
35. Statens Institut for Folkesundhed. Databasen Børns Sundhed. 2002. Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/databasen_boerns_sundhed.
36. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jørgensen T, Olsen EM, Heering K, Kaas-Nielsen S, Samberg V, Lichtenberg A. The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007; 48: 62–70.
37. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45: 8–25.
38. Indredavik MS, Vik T, Evensen KAI, Skranes J, Taraldsen G, Brubakk A-M. Perinatal risk and psychiatric outcome in adolescents born preterm with very low birth weight or term small for gestational age. *J Dev Behav Pediatr*. 2010; 31: 286–94.
39. Linsell L, Malouf R, Johnson S, Morris J, Kurinczuk JJ, Marlow N. Prognostic factors for behavioral problems and psychiatric disorders in children born very preterm or very low birth weight: A systematic review. *J Dev Behav Pediatr*. 2016; 37: 88–102.
40. Mikkelsen SH, Olsen J, Bech BH, Wu C, Liew Z, Gissler M, Obel C, Arah O. Birth asphyxia measured by the pH value of the umbilical cord blood may predict an increased risk of attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr*. 2017; 106: 944–52.
41. Ask H, Gustavson K, Ystrom E, Havdahl KA, Tesli M, Askeland RB, Reichborn-Kjennerud T. Association of gestational age at birth with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in Children. *JAMA Pediatr*. 2018; 172: 749–56.
42. Allotey J, Zamora J, Cheong-See F, Kalidindi M, Arroyo-Manzano D, Asztalos E, van der Post J, Mol BW, Moore D, Birtles D, Khan KS, Thangaratinam S. Cognitive, motor, behavioural and academic performances of children born preterm: A meta-analysis and systematic review involving 64 061 children. *BJOG*. 2018; 125: 16–25.
43. Thygesen LC, Ersbøll AK. Danish population-based registers for public health and health-related welfare research: Introduction to the supplement. *Scand J Public Health*. 2011; 39: 8-10.44.
44. Jenkins J, Madigan S, Arseneault L. Psychosocial adversity. I: Thapar A, Pine DS, Leckman J, Snowling MJ, Scott S, Taylor E, eds. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Sixth edit. United Kingdom: Wiley Blackwell; 2018: 330–40.
45. Elberling H, Linneberg A, Rask CU, Houman T, Goodman R, Skovgaard AM. Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000). *Nord J Psychiatry*. 2016; 70: 146–55.
46. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
47. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53: 695–705.
48. Petersen DJ, Bilberg N, Hoerder K, Gillberg C. The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15: 71–8.

49. Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud M-B, Ullebø AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA, Gillberg C. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46: 438–47.
50. Rijlaarsdam J, Stevens GWJM, van der Ende J, Hofman A, Jaddoe VW V, Mackenbach JP, Verhulst FC, Tiemeier H. Economic disadvantage and young children's emotional and behavioral problems: Mechanisms of risk. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41: 125–37.
51. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42: 1203–11.
52. Kahr Nilsson K, Landorph S, Houmann T, Olsen EM, Skovgaard AM. Developmental and mental health characteristics of children exposed to psychosocial adversity and stressors at the age of 18-months: Findings from a population-based cohort study. *Infant Behav Dev*. 2019; 57: 101319.
53. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Andreassen AH. The reliability of the ICD-10 and the DC 0-3 in an epidemiological sample of children 1,5 years of age. *Infant Ment Health J*. 2005; 26: 470–80.
54. Olsen A, Landorph S, Skovgaard AM. Feeding problems and eating disorders in an infant-toddler psychiatric population - risk factors and comorbidity. Presentation at the 14. International congress of the World Association of Infant Mental Health WAIMH, Edingburg; June 2014.
55. Peasgood T, Bhardwaj A, Biggs K, Brazier JE, Coghill D, Cooper CL, Daley D, De Silva C, Harpin V, Hodgkins P, Nadkarni A, Setyawan J, Sonuga-Barke EJS. The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25: 1217–31.
56. Peasgood T, Bhardwaj A, Brazier JE, Biggs K, Coghill D, Daley D, Cooper CL, De Silva C, Harpin V, Hodgkins P, Nadkarni A, Setyawan J, Sonuga-Barke EJS. What is the health and well-being burden for parents living with a child with ADHD in the United Kingdom? *J Atten Disord*. 2020; 1087054720925899.
57. Rask CU, Ørnbøl E, Olsen EM, Fink P, Skovgaard AM. Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: Results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *J Pediatr*. 2013; 162: 335–42.
58. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* (London, England). 2014; 384: 1800–19.
59. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *Lancet* (London, England). 2009; 374: 646–53.
60. Gutierrez-Galve L, Stein A, Hanington L, Heron J, Lewis G, O'Farrelly C, Ramchandani PG. Association of maternal and paternal depression in the postnatal period with offspring depression at age 18 years. *JAMA psychiatry*. 2019; 76: 290–6.
61. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, LindumWaltoft B, Agerbo E, McGrath JJ, Mortensen PB, Eaton WW. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry*. 2014; 71: 573–81.
62. Jeppesen P, Larsen JT, Clemmensen L, Munkholm A, Rimvall MK, Rask CU, van Os J, Petersen L, Skovgaard AM. The CCC2000 birth cohort study of register-based family history of mental disorders and psychotic experiences in offspring. *Schizophr Bull*. 2015; 41: 1084–94.
63. Howard LM, Molyneaux E, Dennis C-L, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* (London, England). 2014; 384: 1775–88.
64. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet* (London, England). 2014; 384: 1789–99.
65. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: A population-based register study. *JAMA*. 2006; 296: 2582–9.
66. Pant SW, Johansen A, Holstein BE. Sundhedsplejerskers indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport om børn født i 2013. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
67. Pommerencke LM, Pant SW, Ammitzbøll J, Laursen B, Pedersen TP. Forældres psykiske tilstand i barnets første leveår og betydning for barnets udvikling og trivsel. Temarapport fra Databasen Børns Sundhed for børn født i 2018 og skoleåret 2019/20. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.
68. Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA psychiatry*. 2018; 75: 247–53.

69. Breeman LD, Jaekel J, Baumann N, Bartmann P, Bäuml JG, Avram M, Sorg C, Wolke D. Infant regulatory problems, parenting quality and childhood attention problems. *Early Hum Dev.* 2018; 124: 11–6.
70. Poustka L, Zohsel K, Blomeyer D, Jennen-Steinmetz C, Schmid B, Trautmann-Villalba P, Hohmann S, Becker K, Esser G, Schmidt MH, Brandeis D, Banaschewski T, Laucht M. Interacting effects of maternal responsiveness, infant regulatory problems and dopamine D4 receptor gene in the development of dysregulation during childhood: A longitudinal analysis. *J Psychiatr Res.* 2015; 70: 83–90.
71. Ryan R, O'Farrelly C, Ramchandani P. Parenting and child mental health. *London J Prim Care (Abingdon).* 2017; 9: 86–94.
72. Groh AM, Fearon RMP, van IJzendoorn, M. H. Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI. Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Dev Perspect.* 2017; 11: 70–6.
73. Bendiksen B, Aase H, Diep LM, Svensson E, Friis S, Zeiner P. The associations between pre- and postnatal maternal symptoms of distress and preschooler's symptoms of ADHD, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and anxiety. *J Atten Disord.* 2020; 24: 1057–69.
74. Breaux RP, Harvey EA. A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019; 48: 749–64.
75. Kousgaard SJ, Boldsen SK, Mohr-Jensen C, Lauritsen MB. The effect of having a child with ADHD or ASD on family separation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018; 53: 1391–9.
76. Thabrew H, Stasiak K, Hetrick SE, Wong S, Huss JH, Merry SN. E-Health interventions for anxiety and depression in children and adolescents with long-term physical conditions. *Cochrane database Syst Rev.* 2018; 8: CD012489.
77. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007; 48: 785–92.
78. Butler A, Van Lieshout RJ, Lipman EL, MacMillan HL, Gonzalez A, Gortler JW, Georgiades K, Speechley KN, Boyle MH, Ferro MA. Mental disorder in children with physical conditions: A pilot study. *BMJ Open.* 2018; 8: e019011.
79. Sztein DM, Lane WG. Examination of the comorbidity of mental illness and somatic conditions in hospitalized children in the United States using the kids' inpatient database, 2009. *Hosp Pediatr.* 2016; 6: 126–34.
80. van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: A systematic review. *JAMA.* 2007; 297: 2741–51.
81. Silva N, Pereira M, Otto C, Ravens-Sieberer U, Canavarro MC, Bullinger M. Do 8- to 18-year-old children/adolescents with chronic physical health conditions have worse health-related quality of life than their healthy peers? A meta-analysis of studies using the KIDSCREEN questionnaires. *Qual Life Res.* 2019; 28: 1725–50.
82. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet (London, England).* 2011; 378: 1515–25.
83. Aghafors S, Norman Kjellström A, Torgerson J, Rusner M. Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019; 28: 1517–25.
84. Glazebrook C, Hollis C, Heussler H, Goodman R, Coates L. Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child Care Health Dev.* 2003; 29: 141–9.
85. Brustad N, Eliassen AU, Stokholm J, Bønnelykke K, Bisgaard H, Chawes BL. High-dose vitamin D supplementation during pregnancy and asthma in offspring at the Age of 6 years. *JAMA.* 2019; 321: 1003–5.
86. Williams HC. Clinical practice. Atopic dermatitis. *N Engl J Med.* 2005; 352: 2314–24.
87. McQuaid EL, Kopel SJ, Nassau JH. Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *J Dev Behav Pediatr.* 2001; 22: 430–9.
88. Hammer-Helmich L, Linneberg A, Obel C, Thomsen SF, Tang Møllehave L, Glümer C. Mental health associations with eczema, asthma and hay fever in children: A cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2016; 6: e012637.
89. Dudeny J, Sharpe L, Jaffe A, Jones EB, Hunt C. Anxiety in youth with asthma: A meta-analysis. *Pediatr Pulmonol.* 2017; 52: 1121–9.
90. van der Schans J, Çiçek R, de Vries TW, Hak E, Hoekstra PJ. Association of atopic diseases and attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017; 74: 139–48.

91. Schmitt J, Romanos M, Schmitt NM, Meurer M, Kirch W. Atopic eczema and attention-deficit/hyperactivity disorder in a population-based sample of children and adolescents. *JAMA*. 2009; 301: 724–6.
92. Wan J, Takeshita J, Shin DB, Gelfand JM. Mental health impairment among children with atopic dermatitis: A United States population-based cross-sectional study of the 2013–2017 National Health Interview Survey. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82: 1368–75.
93. Miyazaki C, Koyama M, Ota E, Swa T, Mlunde LB, Amiya RM, Tachibana Y, Yamamoto-Hanada K, Mori R. Allergic diseases in children with attention deficit hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 120.
94. Zhou R-Y, Wang J-J, Sun J-C, You Y, Ying J-N, Han X-M. Attention deficit hyperactivity disorder may be a highly inflammation and immune-associated disease (Review). *Mol Med Rep*. 2017; 16: 5071–7.
95. Bruun J, Bjerregaard L, Due P, Heitmann B, Høy T, Kierkegaard L, Michaelsen KF, Morgen CS, Olsen NJ, Sørensen TIA, Toft U, Østergaard JN. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2021: 1–220.
96. Brixval C, Johansen A, Rasmussen M, Due P. Overvægt blandt børn i Region Hovedstaden i perioden 2002–2014. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017.
97. Abbasi A, Juszczak D, van Jaarsveld CHM, Gulliford MC. Body Mass Index and incident type 1 and type 2 diabetes in children and young adults: A retrospective cohort study. *J Endocr Soc*. 2017; 1: 524–37.
98. Lobstein T, Jackson-Leach R. Planning for the worst: estimates of obesity and comorbidities in school-age children in 2025. *Pediatr Obes*. 2016; 11: 321–5.
99. Reilly JJ, Wilson D. ABC of obesity. Childhood obesity. *BMJ*. 2006; 333: 1207–10.
100. Sawyer MG, Harchak T, Wake M, Lynch J. Four-year prospective study of BMI and mental health problems in young children. *Pediatrics*. 2011; 128: 677–84.
101. Lindberg L, Hagman E, Danielsson P, Marcus C, Persson M. Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: A nationwide study in Sweden. *BMC Med*. 2020; 18: 30.
102. Quek Y-H, Tam WWS, Zhang MWB, Ho RCM. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: A meta-analysis. *Obes Rev*. 2017; 18: 742–54.
103. Carsley S, Tu K, Parkin PC, Pullenayegum E, Birken CS. Overweight and obesity in preschool aged children and risk of mental health service utilization. *Int J Obes (Lond)*. 2019; 43: 1325–33.
104. Jansen PW, Mensah FK, Clifford SA, Tiemeier H, Nicholson JM, Wake M. Development of mental health problems and overweight between ages 4 and 11 years: A population-based longitudinal study of Australian children. *Acad Pediatr*. 2013; 13: 159–67.
105. Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde LA, Faraone S V. Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016; 173: 34–43.
106. Dybdal D, Tolstrup JS, Sildorf SM, Boisen KA, Svensson J, Skovgaard AM, Teilmann GT. Increasing risk of psychiatric morbidity after childhood onset type 1 diabetes: A population-based cohort study. *Diabetologia*. 2018; 61: 831–8.
107. Butwicka A, Frisé L, Almqvist C, Zethelius B, Lichtenstein P. Risks of psychiatric disorders and suicide attempts in children and adolescents with type 1 diabetes: A population-based cohort study. *Diabetes Care*. 2015; 38: 453–9.
108. Cooper MN, Lin A, Alvares GA, de Klerk NH, Jones TW, Davis EA. Psychiatric disorders during early adulthood in those with childhood onset type 1 diabetes: Rates and clinical risk factors from population-based follow-up. *Pediatr Diabetes*. 2017; 18: 599–606.
109. Sildorf SM, Breinegaard N, Lindkvist EB, Tolstrup JS, Boisen KA, Teilmann GK, Skovgaard AM, Svensson J. Poor metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes and psychiatric comorbidity. *Diabetes Care*. 2018; 41: 2289–96.
110. Delamater AM, de Wit M, McDarby V, Malik JA, Hilliard ME, Northam E, Acerini CL. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2018: Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*. 2018; 19: 237–49.
111. Jensen PS, Goldman E, Offord D, Costello EJ, Friedman R, Huff B, Crowe M, Amsel L, Bennett K, Bird H, Conger R, Fisher P, Hoagwood K, Kessler RC, Roberts R. Overlooked and underserved: “Action signs” for identifying children with unmet mental health needs. *Pediatrics*. 2011; 128: 970–9.

112. Downs J, Blackmore AM, Epstein A, Skoss R, Langdon K, Jacoby P, Whitehouse AJO, Leonard H, Rowe PW, Glasson EJ. The prevalence of mental health disorders and symptoms in children and adolescents with cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2018; 60: 30–8.
113. Craig F, Savino R, Trabacca A. A systematic review of comorbidity between cerebral palsy, autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Eur J Paediatr Neurol*. 2019; 23: 31–42.
114. Dreier JW, Pedersen CB, Cotsapas C, Christensen J. Childhood seizures and risk of psychiatric disorders in adolescence and early adulthood: A Danish nationwide cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019; 3: 99–108.
115. Aaberg KM, Bakken IJ, Lossius MI, Lund Søråas C, Håberg SE, Stoltenberg C, Surén P, Chin R. Comorbidity and childhood epilepsy: A nationwide registry study. *Pediatrics*. 2016; 138: e20160921.
116. LaGrant B, Marquis BO, Berg AT, Grinspan ZM. Depression and anxiety in children with epilepsy and other chronic health conditions: National estimates of prevalence and risk factors. *Epilepsy Behav*. 2020; 103: 106828.
117. Russ SA, Larson K, Halfon N. A national profile of childhood epilepsy and seizure disorder. *Pediatrics*. 2012; 129: 256–64.
118. Bertelsen EN, Larsen JT, Petersen L, Christensen J, Dalsgaard S. Childhood epilepsy, febrile seizures, and subsequent risk of ADHD. *Pediatrics*. 2016; 138: e20154654.
119. Sundelin HEK, Larsson H, Lichtenstein P, Almqvist C, Hultman CM, Tomson T, Ludvigsson JF. Autism and epilepsy: A population-based nationwide cohort study. *Neurology*. 2016; 87: 192–7.
120. Abramson O, Durant M, Mow W, Finley A, Kodali P, Wong A, Tavares V, McCroskey E, Liu L, Lewis JD, Allison JE, Flowers N, Hutfless S, Velayos FS, Perry GS, Cannon R, Herrinton LJ. Incidence, prevalence, and time trends of pediatric inflammatory bowel disease in Northern California, 1996 to 2006. *J Pediatr*. 2010; 157: 233–9.
121. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol*. 2015; 50: 942–51.
122. Butwicka A, Olén O, Larsson H, Halfvarson J, Almqvist C, Lichtenstein P, Serlachius E, Frisén L, Ludvigsson JF. Association of childhood-onset inflammatory bowel disease with risk of psychiatric disorders and suicide attempt. *JAMA Pediatr*. 2019; 173: 969–78.
123. Lebewohl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet*. 2018; 391: 70–81.
124. Lebewohl B, Haggård L, Emilsson L, Söderling J, Roelstraete B, Butwicka A, Green PHR, Ludvigsson JF. Psychiatric disorders in patients with a diagnosis of celiac disease during childhood from 1973 to 2016. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020. Online ahead of print.
125. Andersen J. Børneleddegigt i mange led. 2020. Available from: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/boern/sygdomme/knogler-og-led/boerneleddegigt-mange-led/>.
126. Fair DC, Rodriguez M, Knight AM, Rubinstein TB. Depression and anxiety in patients with juvenile idiopathic arthritis: Current insights and impact on quality of life, a systematic review. *Open access Rheumatol Res Rev*. 2019; 11: 237–52.
127. Chisholm AK, Anderson VA, Pride NA, Malarbi S, North KN, Payne JM. Social function and autism spectrum disorder in children and adults with neurofibromatosis type 1: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. 2018; 28: 317–40.
128. Holst LM, Kronborg JB, Jepsen JRM, Christensen JØ, Vejlstrop NG, Juul K, Bjerre JV, Bilenberg N, Ravn HB. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with surgically corrected ventricular septal defect, transposition of the great arteries, and tetralogy of fallot. *Cardiol Young*. 2020; 30: 180–7.



4

FAMILIEN SOM UDVIKLINGSKONTEKST FOR BØRNS MENTALE UDVIKLING

I DETTE KAPITEL PRÆSENTERES VIDEN OM FAMILIEN SOM UDVIKLINGSKONTEKST FOR UDVALGTE CENTRALE OMRÅDER I 0-9-ÅRIGE BØRNS TYPI-SKE OG ALDERSVARENDE MENTALE UDVIKLING. DER ER FOKUS PÅ BARNETS TIDLIGE UDVIKLING, HERUNDER PÅ UDVIKLING AF TILKNYTNING, FOR-ÆLDEREVNERNS BETYDNING FOR TILKNYTNING, BARNETS UDVIKLING AF EVNEN TIL FØLELSES- OG SELVREGULERING, OG PÅ DEN SPROGLIGE UDVIKLING. DESUDEN PRÆSENTERES VIDEN OM SKÆRMBRUG I FAMILIEN, OM BETYDNINGEN AF FAMILIENS SOCIOØKONOMISKE SITUATION FOR BARNETS MENTALE SUNDHED, OM BETYDNINGEN AF FORSKELLIGE FAMILIEFORMER OG AF AT LEVE MED COVID-19-RELATEREDE BEGRÆNSNINGER AF DET SOCIALE LIV.

4.1 SAMMENFATNING

Det 0-9-årige barns mentale udvikling forløber som komplekse interaktioner mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer i barnet selv og i dets udviklingskontekster. Barnets udvikling afhænger af det match, der er til stede mellem dets udviklingsniveau og behov, og de ressourcer og vanskeligheder der er til stede i barnets udviklingskontekster. Familien er en helt central udviklingskontekst for det 0-9-årige barns mentale udvikling, og særligt den sociale og følelsesmæssige udvikling i barnets første leveår er af stor betydning for dets fortsatte mentale udvikling. Der er omfattende dokumen-

tation for, at en tryk tilknytningsrelation udgør en beskyttende og fremmende faktor for barnets udvikling – også på lang sigt. Tilknytningsrelationen udgør også den ramme, hvori barnet udvikler sin evne til følelses- og selvregulering, som er en vigtig kompetence for at kunne indgå i relationer med jævnaldrende og endvidere væsentligt for skoleparathed. En utryk og i særdeleshed en desorganiseret tilknytning udgør risikofaktorer for barnets udvikling og for udviklingen af mentale helbredsproblemer. Forælderevnen er den mest betydningsfulde faktor for kvaliteten af den tilknytningsrelation, som barnets udvikler. Ligeledes er de tidlige sociale interaktioner centrale for barnets

udvikling af sprog og kommunikative kompetencer, som er afgørende for barnets sociale liv samt for tilegnelsen af øvrige akademiske færdigheder, som fx talforståelse.

Socioøkonomisk baggrund har betydning for 0-9-årige børns mentale sundhed. Således er der en langt højere forekomst af mentale helbredsproblemer blandt børn fra lavere socioøkonomiske grupper. Familiestruktur og familieliv har også betydning. Børn, som ikke bor sammen med begge forældre, har som hovedregel en højere forekomst af mentale helbredsproblemer. Skærmtid i familien er et nyt fænomen, der fylder meget. Høj skærmtid ser ud til at reducere søvn hos børn og øge selvpoplevet stress, men vores viden om, hvordan forældrenes og børnenes egen skærmtid påvirker de 0-9-årige børns mentale sundhed er stadig begrænset. Begrænsninger af det sociale liv uden for familien i forbindelse med covid-19-pandemien er et andet nyt fænomen. Her tyder de første spæde forskningsresultater tyder på, at restriktionerne er en risikofaktor for mentale helbredsproblemer hos 0-9-årige børn, især børn som i forvejen har mentale helbredsproblemer.

4.2 INDLEDNING

I barnets første leveår udgør forældrene og familien barnets primære udviklingskontekst, som det også fremgår af Bronfenbrenner modellen i kapitel 1. Udviklingen i de tidlige år forløber hurtigere end på noget andet tidspunkt i livet, og kvaliteten af de omsorgsrelationer, som barnet indgår i de første leveår, er afgørende for hjernens udvikling og den tidlige neurale vækstspurt, der foregår i denne periode. Den mentale udvikling påvirkes gennem hele livet, men ændringer senere i livet sker langsommere. Når det handler om barnets mentale udvikling, så vil det, der sker tidligt, have den største effekt (1, 2). Forløbet af den tidlige udvikling er

ikke deterministisk for den senere udvikling, men ligesom fundamentet i et hus er afgørende for resten af bygningens soliditet og stabilitet, så er den tidlige udvikling det fundament, som barnets senere udvikling bygger på.

Børn er forskellige fra fødslen, og selv om vi ved, hvilke ressourcer og vanskeligheder, der er til stede for barnet i miljøet, så vil også barnets individuelle karakteristika have en afgørende betydning for, hvad barnet udløser i omgivelserne, og hvad barnet er i stand til at tage og bruge fra omgivelserne. Det forandrer dog ikke det faktum, at det altid er forældrenes og øvrige omsorgspersoners ansvar at møde barnets fysiske, sociale og følelsesmæssige behov sensitivt og godt nok, selv om denne opgave kan være sværere for nogle forældre på grund af barnets individuelle karakteristika.

En række ældre klassiske studier med fokus på børns temperament undersøgte, hvordan det relationelle match, dvs. kombinationen mellem børn og forældre, og de ressourcer og vanskeligheder, som de hver især bringer med sig ind i relationen, får betydning for barnets udvikling. I modsætning til den gode kombination, så udgør den risikable kombination en risiko for barnets mentale udvikling. I den risikable kombination er der diskrepans mellem barnets kapaciteter og miljøets muligheder og krav. Det ses fx, hvis: 1) miljøets krav og forventninger er for store (fx utilstrækkelige forældre-ressourcer) – selv for et barn med normale kapaciteter, 2) en forstyrret biologisk/hjernemæssig funktion hos barnet gør det umuligt for barnet at håndtere miljøets alderssvarende krav, og 3) en kombination af de to foregående situationer opstår (3). Så hvis barnet har en medfødt problematik, så bliver forældrenes evne og ressourcer til at håndtere denne vigtig for, hvor stor betydning vanskelighederne får for barnets funktionsniveau.

Perioden 0-9 år indebærer mange store milepæle i barnets mentale udvikling, som ikke alle kan beskrives i en rapport som denne. I dette kapitel præsenteres viden om tre centrale områder, hvor den mentale udvikling, der sker i rammerne af familien i de første år, udgør et vigtigt fundament for den efterfølgende udvikling: 1) Barnets udvikling af tilknytning og betydningen af forælderevner herfor, 2) barnets udvikling af evnen til følelses- og selvregulering, samt 3) sproglige og kommunikative kompetencer. Disse områder udgør ligeledes de områder, som mange af de sundhedsfremmende og forebyggende indsatser retter sig mod (se kapitel 7-11).

4.3 BARNETS UDVIKLING AF TILKNYTNING

Tilknytning er det stabile følelsesmæssige bånd, der udvikler sig mellem barnet og de primære omsorgspersoner i løbet af det første leveår (4). Når barnet fødes, er det fuldstændig afhængigt af, at nogen drager omsorg for det og sikrer dets overlevelse. Barnet fødes med et repertoire af tilknytningsadfærd, hvor gråd i starten er det primære og meget effektive redskab til at vække omsorgspersonernes opmærksomhed og få dem til at drage omsorg for barnet. Barnet fødes ikke kun med biologiske behov, men også med behov for at nogen hjælper barnet med en regulering af de negative affekter og det ubehag og stress, som ledsager de biologiske behov. Barnets tidlige erfaringer med at blive mødt i sine behov og med at blive hjulpet til at håndtere sine negative følelser får betydning for dets udvikling på lang sigt – i særdeleshed for barnets udvikling af egen evne til at regulere sine negative følelser. Det er den kumulerede effekt af de erfaringer, som barnet gør sig med sociale og følelsesmæssige samspil i løbet af det første leveår, som efterfølgende udgør det, vi kalder tilknytning (4).

Der er i dag omfattende dokumentation for, at kvaliteten af den tilknytningsrelation, som barnet udvikler til sine forældre varierer, og at netop disse individuelle forskelle i kvalitet har betydning for barnets fremtidige udvikling (5). Børns tilknytning klassificeres som: 1) Tryk, som betyder, at barnet effektivt kan bruge forælderen som en kilde til trøst under negative følelser og ubehag/stress, 2) utryk, som findes i to former: Afvisende/undvigende og ambivalent/modstandspræget, hvilket er forbundet med hhv. forældres afvisning af negative følelser eller med inkonsekvent sensitivitet, som betyder, at barnet ikke er i stand til effektivt at bruge forælderen som en kilde til trøst i stressede situationer og 3) desorganiseret, som er et resultat af en skræmmende og for barnet uforståelig forældreadfærd (fx at forælderen er truende, bange, tilbagetrukket/følelsesmæssigt utilgængelig m.m.), så barnet ikke ved, hvordan han eller hun kan bruge forælderen under stress (6-8). Børn kan have forskellige typer af tilknytning til sine primære omsorgspersoner. Den endnu begrænsede forskning viser, at en tryk tilknytning til én forælder vil virke beskyttende, hvis tilknytningen til en anden forælder er utryk eller desorganiseret (9).

I en tryk tilknytningsrelation har barnet en grundlæggende følelse af at blive passet på. Barnet oplever at have en tryk base, som verden kan udforskes ud fra og en sikker havn at vende hjem til, og som altid er tilgængelig, når barnet oplever negative følelser (bange, ked af det, frustreret, mv.) og som hjælper barnet med at organisere og regulere sine negative følelser. Når barnets tilknytningsbehov opfyldes tilstrækkeligt, så kan det bruge sin energi på at udforske miljøet, være nysgerrig, lege og lære. På den måde kommer en tryk tilknytning til at udgøre en udviklingsfremmende og beskyttende faktor i barnets udvikling (10-12). En metaanalyse har vist, at tryk tilknytning prædikerer bedre selv- og følelsesregulering, færre

følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer og større social kompetence i den senere barndom (13). Et trygt tilknyttet barn har udviklet effektive strategier til at håndtere stress og negative følelser i relationer og vil være hurtig til at få repareret det negative og komme tilbage til det gode. De trygt tilknyttede børn har tillid til, at de voksne er der for dem og vil hjælpe dem, hvis de har det svært. Og ligeledes har de tillid til, at de selv kan gøre noget aktivt for at få hjælp. De oplever sig som handlekraftige – og de har tillid til, at andre synes, at de er værd at hjælpe. Trygge børn har i højere grad lyst og overskud til at udforske verden, og de er gode til at indgå i relationer og til at håndtere og få repareret konflikter (13).

De utrygt tilknyttede børn, det undvigende/afvisende og det modstandsprægede/ambivalente mønster, vil have mindre effektive strategier til at håndtere negative følelser i relationer. Det afvisende tilknyttede barn vil have en tendens til at overregulere sit behov for trøst og omsorg, undgå at vise sine negative affekter og være mindre tilbøjelig til at spørge de voksne om hjælp, og barnet vil forsøge at håndtere situationen selv. Men dette er ofte ikke en hensigtsmæssig strategi fx i de mere komplekse samspil med jævnaldrende i daginstitutionen, og nogle gange vil barnet komme til kort og komme til at opføre sig aggressivt, og de andre børn vil tage afstand. Det ambivalent tilknyttede barns strategi vil være at underregulere sit behov for trøst og omsorg, og de negative affekter overdrives så at sige, og barnet vil have en tendens til meget ofte at søge hjælp hos og klynge sig til de voksne, hvilket vil begrænse barnets leg og udforskning. Det desorganiserede tilknyttede barns strategier til håndtering og reparation af konflikter vil være ineffektive og uhensigtsmæssige, og barnet vil ofte have det svært i daginstitutionen. Dette er et vigtigt opmærksomhedspunkt for det pædagogiske personale, idet der her er brug for en

yderligere udredning og afklaring af barnets behov for hjælp og støtte (14).

Næsten alle 1-5-årige børn i Danmark går i daginstitution mange timer om ugen, så det pædagogiske personale er også vigtige for de tilknytningserfaringer, som de små børn opbygger (15). En metaanalyse (14) viste, at børn også udvikler tilknytningsrelationer til deres pædagoger. Forskning, der specifikt adresserer betydningen af børns tilknytning til pædagoger for børnenes udvikling på lang sigt, er endnu sparsom; men det ses, at kvaliteten af omsorgsmiljøet i daginstitutionen er en potentielt beskyttende faktor for udsatte børn. En norsk undersøgelse fandt, at et støttende og trygt forhold mellem børn og pædagog i børnehaven hang sammen med bedre sociale færdigheder i 1. klasse for de børn, som havde en utrygt/desorganiseret tilknytning til deres forældre (15). Et amerikansk studie fandt, at nærheden og trygheden i pædagog-barn-forholdet var relateret til barnets senere kognitive og sociale færdigheder, særligt for børn fra mere udsatte baggrunde (16). Andre undersøgelser har vist, at et støttende og trygt forhold til pædagogen kan kompensere for mangler i forældreomsorgen hos børn fra socialt og økonomisk udsatte familier (17). Børn, som har en utrygt tilknytning til forældre, og som går i en daginstitution af høj kvalitet, klarer sig bedre i kognitive og sproglige opgaver end utrygt tilknyttede børn, som går i dagpleje (18). Børn, som vokser op hos forældre med lav sensitivitet, og som samtidig går i en daginstitution med lav kvalitet, viser sig konsekvent at have de dårligste udviklingsmæssige resultater (19-21).

Som det fremgår af studierne ovenfor, så kan forholdet mellem pædagoger og børn være en vigtig beskyttende faktor i sårbare børns liv. Desværre viser det sig, at børn med en utrygt tilknytning til deres forældre er i risiko for også at udvikle en

utryg tilknytning til pædagogerne. Men studierne viser også, at sensitive pædagoger kan fremme en tryk pædagog-barn-tilknytning – uanset hvilket tilknytningsforhold barnet har til sine forældre. Dette peger på, at tidlige indsatser, der fremmer pædagogers relationelle kompetencer, kan have positiv effekt – særligt for de udsatte børn. Temaet uddybes i kapitel 5.

Metaanalyser har vist, at utryg og især desorganiseret tilknytning udgør en risikofaktor for børns psykiske udvikling og psykopatologi – også på længere sigt. Metaanalyser har vist, at børn med utryg tilknytning var mere tilbøjelige end trygge børn til at udvikle eksternaliserende problemer, såsom vanskeligheder med aggression og adfærdsvanskeligheder, og at risikoen var endnu højere for børn med desorganiseret tilknytning (22). Utrygge børn er også i højere risiko for at udvikle internaliserende vanskeligheder, såsom social tilbagetrækning og depressive symptomer (23).

Tilknytningsforskningen har gennem de seneste tredive år vist, at forekomsten af trygt tilknyttede børn i typiske populationer udgør omkring to-tredjedele, mens undvigende/afvisende utryg tilknytning ses hos ét ud af fem børn, og utryg ambivalent/modstandspræget tilknytning ses hos ét ud af syv børn (24, 25). Internationale undersøgelser af højrisikogrupper har fundet en prævalens for utryg og desorganiseret tilknytning på op til 40%, og i gruppen af omsorgssvigtede og mishandlede børn ses forekomsten af desorganiseret tilknytning at være helt op til 80% (26). Selv om utrygt tilknyttede børn ikke nødvendigvis udvikler psykiske problemer, så er de i øget risiko herfor. Der er ingen grund til at tro, at disse fund ikke skulle gøre sig gældende for børn i Danmark, da langt de fleste af disse studier er gennemført i lande, som vi normalt sammenligner os med. Endvidere er der rapporteret lignende fordelinger i de relativt få

danske studier, der indtil nu har undersøgt børns tilknytning. Disse studier begrænses dog af at være udført i ressourcerstærke befolkningsgrupper (27).

Det er vigtigt at understrege, at en utryg tilknytning er en del af normalvariationen og ikke en psykisk forstyrrelse. Men utryg tilknytning og i særdeleshed en desorganiseret tilknytning er en risikofaktor for senere psykiske vanskeligheder, især eksternaliserende problemer. Men vi ved i dag ikke præcist, hvilke andre risikofaktorer, der skal være til stede, for at specifikke psykiske sygdomme udvikler sig. Ligeledes er det vigtigt at understrege, at et barns tidlige tilknytningsmønster ikke er deterministisk, men netop er noget, der kan forandres ved tidlige indsatser målrettet forældrene. Ligeledes kan et ellers trygt tilknyttet barn blive utrygt tilknyttet, hvis barnets omsorgsmiljø forandrer sig negativt (28-31).

4.4 FORÆLDREEVNE

Det at være forælder indebærer, at man er den primære omsorgsperson, der sikrer og sørger for barnets fysiske omsorg, dets sociale og emotionelle udvikling, læring og opdragelse. En tilstrækkelig forældre- og omsorgsevne er essentiel for barnets overlevelse og sunde mentale udvikling. Forældreevne er en helt basal menneskelig kompetence, men den kan ikke entydigt defineres som en binær og kvantitativ størrelse. Forældreevne må snarere ses som et kontinuum af aspekter af omsorgskapacitet, som altid må vurderes i forhold til det relationelle match mellem barn og forældre, barnets alder, unikke udviklingshistorie og behov. Fx vil tilstedeværelsen af en alvorlig psykisk sygdom hos forældrene være en risikofaktor for forældreevnen, men der vil også være forældre, der på trods af alvorlig psykisk sygdom og med støtte vil kunne varetage omsorgen for deres barn (32). I sager om børn og unge, som har brug for særlig støtte, indgår en vurdering af forældreevne

i kommunernes myndighedsarbejde i form af de såkaldte forældrekompetenceundersøgelser, som udføres af autoriserede psykologer (33).

En klassisk forståelse af forældreevne, som er hyppigt anvendt inden for forskning i omsorgssvigt og mishandling af børn, er Baumrind's (2010) model, der beskriver to centrale forældrekaraktistika: Responsivitet (dvs. varme, sensitivitet og anerkendelse og belønning af barnets autonomi) og evne til at stille krav (dvs. sensitiv disciplin, rammesætning, konsekvens og vejledning). Ud fra deres adfærd kan forældres stil kategoriseres som værende hhv. autoritativ (højt på både kravstilen og responsivitet), autoritær (højt på kravstilen og lavt på responsivitet), eftergivende (lavt på kravstilen, men højt på responsivitet) og ikke-involveret (lavt på både kravstilen og responsivitet) (34). Teoretisk så vil forældre-børn-relationer, der er præget af overgreb og omsorgssvigt, falde inden for den autoritære og den ikke-involverede forældrestil.

Som forælder skal man kunne se, forstå og møde sit barns behov – afstemt ift. barnets alder og udviklingsmæssige niveau. Forældreopgaven er således anderledes for en toårig og en syvårig, hvor der fx for det ældre barn er større krav til forældrenes evne til at kunne rammesætte, stille krav og monitorere. Men på tværs af barnets alder, så er forældres adfærd den stærkeste prædikator for en række vigtige udviklingsmæssige resultater for børn. En forskningsoversigt med fokus på forældreindsatser målrettet forældre til 0-12-årige børn har fx vist, at forældrenes adfærd og samspillet i familien kan forklare helt op til 30-40% af variansen i børns udvikling af antisocial adfærd. Særligt en hård og inkonsistent opdragelse, begrænset positiv involvering i barnet, ringe rammesætning og vejledning af barnet er vist at være stærke prædiktorer for adfærdsproblemer i den tidlige barndom. Omvendt så prædikerer positiv forældreadfærd og -stil børns

positive udvikling på en række parametre, fx bedre socioemotional udvikling og tilpasning, højere selv-værd, bedre kognitiv udvikling og bedre skolemæssige resultater (35). Der er således stort potentiale i at arbejde med at styrke forældres ressourcer og deres sensitivitet mht. at kunne forstå og møde deres barns følelsesmæssige behov og dermed fremme en mere tryk tilknytning hos barnet. Dette beskrives også i rapportens kapitel 7.4 om forældrerettede indsatser i spæd- og småbørnsalderen.

Der er omfattende dokumentation for, at netop forældres sensitivitet er den mest robuste prædikator for udviklingen af en tryk tilknytningsrelation mellem forældre og barn, og det gør sig gældende for både mødre og fædre (36-38). Sensitive forældre er i stand til at forstå barnets adfærd som udtryk for indre følelsesmæssige tilstande, og de imødekommer barnets behov i tilstrækkeligt omfang, hvilket fører til etableringen af et tryk tilknytningsmønster i barnet. Mangel på sensitivitet og imødekommenhed, inkonsekvent sensitivitet, misforståelse af spædbarnets følelsesmæssige udtryk og forældreadfærd, der skræmmer barnet, kan alt sammen føre til en utryk tilknytning (undvigende/afvisende eller ambivalent/modstandspræget) og i de mest alvorlige tilfælde til en desorganiseret tilknytning. Desorganiseret tilknytning anses for at være det udviklingsmæssige resultat af forældreadfærd, der er skræmmende og uforståelig for barnet (39). Et ekstremt eksempel på en sådan adfærd er børnemishandling, men alle typer af forældreadfærd, der ikke er forståelige for barnet, fx dissociation, dvs. at forælderen er mentalt fraværende og utilgængelig for barnet, som kan ses hos svært deprimerede eller svært traumatiserede forældre, er potentielt skræmmende for barnet. Generelt så vil forældreadfærd, der er skræmmende eller uforståelig for barnet, resultere i et følelsesmæssigt dilemma og den paradoksale situation, at forælderen på én og samme tid er en

kilde til trøst og frygt. Således ved barnet i stress-situationer ikke, hvad det skal gøre, eller hvem det skal henvende sig til for trøst og omsorg, og barnets adfærdsmæssige strategi kolliderer (40).

Der er ligeledes omfattende dokumentation for, at et individs egen livslange tilknytningshistorie og -erfaringer er afgørende for det voksne individs sensitivitet og evne til at kunne varetage omsorgen for et barn (38, 41, 42). I nyere tilknytningsforskning fokuseres der yderligere på det aspekt af sensitivitet, som benævnes mentalisering eller refleksiv funktion. Herved forstås individets evne til at forstå både andres og egen adfærd som motiveret af indre tilstande af følelser, tanker, behov og fantasier (43). Forældres evne til at tænke over og forstå, hvad der foregår inden i deres børn, er afgørende for, hvor sensitive de er mht. at møde deres barns behov, og det har dermed stor betydning for deres børns udvikling. Nyere studier har påvist en sammenhæng mellem forældres mentaliseringsevne, forældrenes evne til at være sensitive og udviklingen af tilknytningsmønstre hos deres børn (43-45). I en vurdering af forælderevne vil niveauet i forældrenes evne således ofte være et centralt element i en vurdering af individets mulighed for og motivation til forandring og udvikling i forældreevnen.

De vigtigste dokumenterede risikofaktorer for forældreevnen, som også er beskrevet i kapitel 3, er forældres psykiske sygdom, lav intelligenskvotient (IQ) og indlæringsvanskeligheder, fattigdom og handicap, misbrug og vold i hjemmet, antisocial og kriminell adfærd samt forældres oplevelse af overgreb i egen barndom (46, 47). En ganske stor del af danske børn er berørt af en eller flere af disse faktorer. Fx skriver Psykiatrifonden, at mere end 300.000 børn i Danmark vokser op hos en forælder med psykisk sygdom (48). Sundhedsstyrelsen skriver desuden, at over 120.000 børn i Danmark vokser op i hjem, hvor der er alkoholmisbrug (49).

4.5 BARNETS UDVIKLING AF EVNEN TIL FØLELSES- OG SELVREGULERING

Udviklingen af evnen til selvregulering går på tværs af alle udviklingsmæssige domæner og involverer spædbarnets helt tidlige regulering af biologiske og fysiologiske rytmer (spisning, søvn og døgnrytme, temperatur m.m.) og evnen til at kunne falde til ro, når barnets basale behov er mødt. Og senere i barnealderen udvikling af evnen til at kunne regulere sine negative følelser effektivt og konstruktivt, fokusere sin opmærksomhed og færdiggøre opgaver (50).

Udvikling af evnen til selvregulering er fundamental for barnets mentale sundhed, og hvis den ikke forløber aldersvarende, så er der grund til bekymring for barnets fortsatte udvikling (51). Selvregulering er et psykologisk begreb, som omfatter en række afgørende funktioner, herunder kapaciteten til at kunne kontrollere sine følelser, evnen til at indgå i positive sociale interaktioner, kapaciteten til at undgå upassende eller aggressive handlinger og evnen til at udføre selvstyret læring (52). Børn, som aldersvarende kan regulere deres sociale og følelsesmæssige adfærd, opleves som kompetente, hvorimod børn hvis socioemotionelle adfærd er upassende og uacceptabel for andre opleves som urolige, besværlige og uopdragne. Forskningen har vist, at længerevarende socioemotionelle vanskeligheder er svære at ændre og har en tendens til at forstærkes over tid (53). Studier har endvidere vist, at evnen til følelses- og selvregulering er vigtig for en bred vifte af socioemotionelle funktioner, der udvikler sig i barndommen, og som spænder fra social kompetence, moralsk udvikling og empati til akademisk præstation (22, 54-57). Således ses øget dokumentation for, at netop evnen til følelses- og selvregulering spiller en afgørende rolle i udviklingen og opretholdelsen af fysisk og

mental sundhed i barndommen og ind i voksenlivet (58-61).

Inden for tilknytningsteorien anses forældre-barn-tilknytningsrelationen for at være den primære ramme, inden for hvilken barnet indledningsvist udvikler sine strategier til at håndtere stressende situationer og regulere de medfølgende negative følelser (62). Når barnet bliver 2-3 år, vil det i stigende grad afprøve og udvikle sin evne til at ville og kunne selv, og det vil også øve sig i at håndtere de frustrationer og den vrede, der ledsager et "nej", eller optræder, når noget ikke lykkes. Aggressivitet, raserianfald og afprøvning af rammer er således helt normalt i denne alder (63). Men efterhånden, som barnet bliver ældre, udvikles evnen til selvregulering, herunder kognitive processer som de eksekutive funktioner, evnen til opmærksomhedsfokusering og -skift, kognitiv fleksibilitet, arbejds hukommelse, impuls kontrol og problemløsning (64, 65). Barnets sprog udvikler sig også, og barnet kan således på mere avancerede måder forhandle om ting og reparere konflikter. Internationale studier har vist, at 5-15% af børnene fortsætter med at have vanskeligheder med selvregulering og aggression ved skolestart med øget forekomst blandt drenge (se også kapitel 2 for forekomst) (66-68). Forskningen har vist, at adfærdsvanskeligheder i barndommen er forbundet med senere antisocial adfærd, fx i form af skoleproblemer, vold og kriminalitet i ungdommen og voksenalderen (69).

Den vigtigste prædiktor for adfærdsvanskeligheder er forældreadfærd. Særligt har en hård og inkonsistent opdragelse, begrænset positiv involvering i barnet, ringe rammesætning for og vejledning af barnet vist sig at være stærke prædiktorer for adfærdsproblemer i den tidlige barndom (35). Tilknytningsforskningen har således inden for de senere år bidraget med dokumenta-

tion af, hvordan en utryg, afvisende og i særdeleshed en desorganiseret tilknytning indebærer, at barnet udvikler ineffektive strategier til at regulere negative følelser, og at dette udgør en risikofaktor for, at barnet senere udvikler adfærdsforstyrrelser. Tidligere har forskningen i adfærdsforstyrrelser hos børn i overvejende grad baseret sig på social interaktionslæringsteori. Særligt har den såkaldte Oregon model været fremtrædende (70). Her er udgangspunktet, at forældre – uden at ville det – anvender uhensigtsmæssige og inkonsistente disciplineringsstrategier, og derfor ender i onde cirkler og brug af tvang (coercion) i interaktionen med deres børn. Forældrenes interaktion bliver præget af fjendtlighed og magt over deres børn og anvendelse af straf og kontrol, og dette fremmer og vedligeholder eksternaliserende adfærdsproblemer hos barnet så som manglende overholdelse af regler, raserianfald og verbal og fysisk aggression, hvilket så igen opretholdes af en negativ forstærkning af forældrenes respons (70). Mange af de interventioner, der er målrettet forældre til 0-9-årige, bygger på denne model. De har til formål at hjælpe forældrene til højere grad at belønne barnets positive adfærd og være konsistente i at straffe uønsket adfærd fx ved brug af time-out. Disse beskrives i kapitel 7 om indsatser målrettet forældre.

Evnen til følelses- og selvregulering er et af de vigtigste udviklingsmæssige domæner i barnets sociale og relationelle kompetencer, og afgørende for om et barn er skoleparat, og hvorvidt barnet vil opleve det at starte i skole som noget spændende og positivt. Skoleparathed er et multidimensionelt begreb, som inkluderer fysisk sundhed, socioemotional udvikling, herunder særligt selvregulering, sproglige og kognitive kompetencer og motivation for læring (71). Temaet skoleparathed uddybes i kapitel 5.4. Forskning har vist, at børn som kan regulere deres følelser, bedre kan fokusere på de

akademiske opgaver. Dermed lærer de mere og præsterer bedre. Men skoleparathed handler ikke kun om parathed hos barnet, det handler også om forældrenes og daginstitutionens indsats for at etablere udviklingsfremmende samspil og stimulere barnet i førskolealderen, og det handler om overgangen til skolen og skolens parathed til at modtage det specifikke barn (72). Internationale studier har vist, at de vigtigste prædiktorer for skoleparathed relaterer sig til børnenes socioøkonomiske opvækstbetingelser (forældrenes sociale og økonomiske baggrund, mødres uddannelse og etnisk herkomst). Flere børn fra socialt og økonomisk udsatte familier er bagud i udviklingen af selvregulering og præakademiske færdigheder end børn fra mere velstillede familier. Forskellen er fundet at stige med tiden, og det gør, at disse børn er i større risiko for mislykkede skoleforløb. Mislykkede skoleforløb er en risikofaktor for mental sundhed og er også forbundet med langt færre valgmuligheder i voksenalderen (71).

4.6 BARNETS SPROGLIGE UDVIKLING

Det falder uden for rammerne af denne rapport at redegøre for både den kognitive og den sproglige udvikling hos 0-9-årige børn. Vi fokuserer primært på sproget, fordi den kognitive og sproglige udvikling særligt i de tidlige år er tæt relaterede, og studier har vist, at de tidlige sproglige kompetencer er afgørende for barnets tilegnelse af øvrige kognitive kompetencer, herunder talforståelse (73-75) og udvikling af sociale kompetencer. Udviklingen af sprog og velfungerende kommunikative evner er derfor en central beskyttende og udviklingsfremmende faktor for børns mentale sundhed, ligesom forstyrrelser i disse udgør en risikofaktor (76).

Sprog er kommunikative systemer, hvor kombinationer af arbitrære symboler giver mening. Barnets tilegnelse, mestring og udvikling af sproget i de

første leveår er en helt central og kompleks udviklingsopgave for barnet. Forskningen i dag anskuer barnets sprog og kognitive udvikling som baserende sig på de tidlige emotionelle nonverbale interaktioner mellem det lille barn og dets omsorgsgivere. I disse tidlige interaktioner grundlægges nogle grundfunktioner, som er afgørende for den senere sproglige udvikling: Evnen til at genkende mønstre, evnen til at indgå i delt opmærksomhed om noget fælles tredje og evnen til at læse og forstå andres intentioner (77). Allerede i løbet af første leveår er det vigtigt, at forældrene svarer på barnets lyde, gerne med et lysere stemmeleje, laver gentagelser og holder pauser, så barnet også kan nå at svare, at de synger for barnet, og også allerede i løbet af første leveår læser og peger i bøger sammen med barnet. I løbet af andet leveår begynder barnet så småt at udvikle evnen til at kunne tænke symbolsk, hvilket kommer til udtryk i evnen til fælles opmærksomhed. Evnen til at kunne følge den voksnes opmærksomhed mod et fælles tredje (fx objekter eller begivenheder) og barnets egen aktive udpegning mod det fælles tredje er unikt og danner et vigtigt grundlag for barnets mentale udviklingsmuligheder (78). Fx vil barnet ved at pege og med sit blik eller stemme forsøge at rette den voksnes opmærksomhed mod det samme, som barnet selv er rettet mod (79). Børn, der oplever voksne, som engagerer sig i barnet fra begyndelsen, og som fører samtaler med barnet, vil have bedre adgang til at udvikle sig sprogligt og intellektuelt. Fælles opmærksomhed er en central faktor i grundlaget for, at barnet udvikler sit sprog og begrebsapparat, men også for at kunne indgå i og udvikle sig i sociale relationer (78) og for kendskab til kulturen i bredere forstand. Forstyrrelser i og mangel på fælles opmærksomhed er et tidligt bekymrende tegn på senere skoleproblemer (78).

Sproget gør det muligt for barnet at dele sine ideer og følelser og at udtrykke sine intentioner og

ønsker. I løbet af de første tre leveår går sprogudviklingen fra de første lyde til enkelte ord til enden til at konstruere mere komplekse sætninger og til at kunne engagere sig i meningsfulde samtaler med andre. Børns evne til at lære at læse afhænger af en række kritiske færdigheder, der knytter sig til det talte sprog, og børns sproglige færdigheder er signifikante prædiktører for det senere skoleliv og for deres uddannelse (73-75). Et dansk studie har vist, at danske børns læsefærdigheder i 6. klasse delvist kan forudsiges af størrelsen på deres ordforråd ti år tidligere, da de var omkring to år (80). Den typiske sprogudvikling hos et barn hænger sammen med en massiv øgning af hjernens volumen gennem de første leveår (81). Og også for sprogudviklingen udgør de første leveår en særlig sensitiv udviklingsperiode, hvor fraværende eller manglende sprogstimulering kan få vidtrækkende konsekvenser (82, 83). Sproget er nøglen til læring, og sprog åbner døre for barnet – til det sociale fællesskab, til ny viden og til nye muligheder. En dansk forskningsoversigt (84) har dokumenteret, at både internationale og danske studier har vist, at der er en gruppe af børn, der er så forsinkede i deres sproglige udvikling, at det får konsekvenser for dem, især når de starter i skolen. Dette skyldes ikke mindst den tætte sammenhæng mellem sprogforståelse og læseforståelse, men også at begrænset sprogforståelse påvirker børnenes udbytte af undervisningen i andre fag end dansk. På sigt giver dette forringede muligheder for uddannelse og arbejde og dermed generelt forringede livsmuligheder (84).

For den helt tidlige sprogudvikling er familie-konteksten den primære, men når barnet starter i daginstitution og senere i skolen, så er også disse kontekster afgørende for barnets sproglige udvikling. I forskningsoversigten af Bleses et al. (2018) (84) konkluderede forfatterne, at en række risikofaktorer i familiekonteksten og i barnets hjem-

melæringsmiljø kan påvirke barnets sprogudvikling negativt: Lav kvalitet af samtaler og læring i barnets hjem, familier med lav socioøkonomisk status, kort uddannelse og lav indkomst, forældre med begrænsede sprogkompetencer på andetsproget, forældre med lav motivation, stress i hjemmet samt det at vokse op i et nabolag med lav socioøkonomisk status. Forskningsoversigten fandt ligeledes en sammenhæng mellem lave sprogkompetencer inden skolestart og svage sprogkompetencer i skolen, især hvad angår ordforråd (84).

En sund mental udvikling hos det 0-9-årige barn indebærer et komplekst samspil mellem sprog og sociale relationer, idet børn, der har sprogsvækheder, er i risiko for at udvikle sociale problemer og problemer med læsning og skrivning. Ligeledes har børn med sociale vanskeligheder risiko for at udvikle sprogsvækheder (85). Studier har vist, at der er signifikant sammenhæng mellem børnenes færdigheder inden for sproglige, sociale og motoriske områder, herunder særligt mellem sociale og sproglige færdigheder. Sprog og social udvikling hænger sammen, og begge dele er nødvendige for social deltagelse både i relation til andre børn og til voksne. Børn, der er med i forskellige aktiviteter sammen med andre børn, bliver udfordret motorisk, sprogligt og socialt, og det bidrager til deres læring og udvikling (86). Relativt få studier har undersøgt sammenhænge mellem sprogkompetencer og kognitive faktorer ved børn med adfærdsvanskeligheder. De tilgængelige studier tyder på, at man også skal være opmærksomme på en øget risiko for svage sprogkompetencer blandt børn med lave kognitive kompetencer, herunder fx hukommelsesbegrænsninger og opmærksomhedsproblemer, og blandt børn med adfærdsvanskeligheder (84).

Der er kun få opgørelser over forekomsten af sproglige vanskeligheder i normalpopulationer

af de yngste danske børn. Ammitzbøll et al. (2016) studerede en normalpopulation af 3.263 9-10 måneder gamle spædbørn, hvor sundhedsplejerskerne havde gennemført en systematisk vurdering af børnenes sprog. Studiet viste, at 10,1% af drengene og 8,3% af pigerne havde problemer med sproget (87). Pant & Johansen (2017) benyttede data fra sundhedsplejerskernes journaler om 25.286 0-1-årige børn født i 2015 i 32 kommuner (88). Sundhedsplejerskerne havde noteret en bemærkning (bekymring) om barnets sprog og kommunikation hos 4,5% af børnene. Undersøgelsen viste også, at bekymrende udvikling af sprog og kommunikation var associeret med mange andre facetter af barnets udvikling. Forekomsten var signifikant forhøjet hos børn, der var for tidligt fødte, børn med lav fødselsvægt, børn født ved kejsersnit, børn med medfødte misdannelser, børn hvis forældre var indvandrere eller efterkommere af indvandrere, havde kort uddannelse og var uden beskæftigelse. Børn med bemærkninger til hørelse og syn havde ligeledes signifikant større risiko for at have bemærkning til sprog og kommunikation, og det samme havde børn med bemærkninger til forældre-barn-relationen, til signaler og reaktioner, uro/gråd, ernæring og spisning, øje/hånd-koordination, og børn hvis mor havde en mulig efterfødselsreaktion vurderet ud fra screeningsinstrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Når børn starter i skolen, typisk i 6-7-årsalderen, undersøges de af en sundhedsplejerske, og denne undersøgelse omfatter også en vurdering af barnets sprog, herunder udtale og ordforråd. En opgørelse af journaldata fra 6.636 børn, som startede i skolen i 13 kommuner i 2012, viste, at der var bemærkninger til sprog, dvs. forsinket sprogudvikling, hos 8,8% af børnene (89).

4.7 FORÆLDRES SKÆRMTID OG MENTAL SUNDHED HOS SPÆD- OG SMÅBØRN

I de senere år har den stigende brug af mobile digitale enheder som computere, tablets og mobiltelefoner ændret måden, vi kommunikerer og socialiserer på. Mennesker forbinder sig oftere over store afstande og har konstant og rig adgang til sociale netværk. Men brugen af mobil betyder også afbrydelser og forstyrrelser i hverdagens interpersonelle interaktioner, en proces der kaldes teknoferens (90). Nye studier har vist, at forældres brug af mobiltelefoner netop relaterer sig til teknoferens i forældre-barn-interaktionen og til børns adfærdsproblemer (91). Hvor meget spæd- og småbørnsforældre i Danmark faktisk bruger deres mobiltelefoner, er der på nuværende tidspunkt meget begrænset viden om. Men der er aktuelt to igangværende projekter, hhv. SPOR - Børns udvikling og trivsel gennem livet ved VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, og Forstå din baby, ved Center for Tidlig Indsats og Familieforskning, Københavns Universitet, som med spørgeskemaer til forældre vil afdække mobiltelefonforbruget i spæd- og småbørnsfamilier.

For forældrene udgør mobiltelefoner og de digitale enheder nye udfordringer ift. deres engagement i familie, hjem, arbejde og sociale aktiviteter, og den stigende integration af mobiler i familielivet ændrer hurtigt det sociale miljø, som børn vokser op i. Forskere har udtrykt bekymring for de potentielle konsekvenser af øget anvendelse af mobile enheder sammenlignet med virkelig kommunikation og ansigt-til-ansigt-interaktioner (92, 93). Studier har vist, at brugen af mobiltelefoner i voksnes sociale og relationelle adfærd og den blotte tilstedeværelse af en mobiltelefon under samtaler reducerer samtalens kvalitet og følelsen af nærhed og nærvær mellem de interaktive partnere

(92). Men undersøgelser af konsekvenserne af forældres brug af digitale enheder på de interaktive processer med deres spæd- og småbørn er først inden for de seneste år begyndt at dukke op. Forældres sensitive adfærd i relationelle samspil med deres små børn afhænger i første omgang af, at de er opmærksomme på barnets kommunikative signaler, som hos de helt små kan være ganske subtile, fx spædbarnet søger forældrens blik, rynker sin pande, smiler lidt mv. Når forældrene er optaget af deres mobiltelefoner, så bliver de mindre opmærksomme og følelsesmæssigt utilgængelige for deres børn (94). Dette psykiske fravær, der forekommer, selv om forældrene fortsat er fysisk til stede, betegnes som fraværende nærvær (95). Dette er skræmmende og uforståeligt for et lille barn, som har brug for sine forældre til at få hjælp til at håndtere både sine negative følelser og dele sin glæde.

En nyere undersøgelse viste, at mødre, der var optaget af deres mobiltelefon, kommunikerede mindre med deres seksårige børn under en struktureret opgave end mødre, der ikke var optaget af en mobil (96). I nogle helt nye undersøgelser har man brugt en variation af den klassiske still-face-procedure (SFP) (97). I den klassiske SFP bliver moderen instrueret i ikke at respondere på barnets invitationer til kommunikation og til at holde et udtryksløst ansigt (still face) i en kort periode, for så at genoptage interaktionen med barnet. SFP er også blevet set som en eksperimentelt induceret interaktion med en deprimeret forælder. I det nye studie blev mødre instrueret til at kigge på deres mobiltelefoner i stedet for at holde still face. Undersøgelsen viste, at når forældre afbryder en ansigt-til-ansigt-interaktion ved at se på mobilen, så reagerer firemåneders gamle babyer med den klassiske still-face-effekt, dvs. de viser øget negativ affekt, reduceret socialt engagement og øget social tilbagetrækning (98). Disse fund peger på, at brug af mobiler, når forældre interagerer med

deres børn, kan gøre forælderen følelsesmæssigt utilgængelig, hvilket faktisk svarer til en deprimeret interaktiv stil, som er kendetegnet ved vanskeligheder ift. at reagere passende og engagere sig positivt med spædbarnet (97). Et nyt dansk studie fandt, at omfanget af mobiltelefonbrug hos 23 førstegangsmødre til 3-7 måneder gamle børn hang sammen med, hvor sensitive mødre var i deres interaktion med deres børn: Jo mere mødre brugte deres mobiltelefon, når de var alene sammen med deres barn og barnet var vågent, des mindre sensitive var de i deres adfærd. Studiet kunne ikke sige noget om, hvorvidt det er en øget brug af mobiltelefonen, der er årsag til en lavere sensitivitet, eller hvorvidt mindre sensitive mødre har et større forbrug af mobiltelefon, når de er sammen med deres vågne barn (99).

To nye forskningsoversigter af de eksisterende publicerede studier har vist, at mobiltelefoner forstyrrer interaktionen, og at de påvirker forældrenes responsivitet ift. deres børn (100, 101). En ny dansk forskningsoversigt baseret på fem studier (102) viste, at forældrenes mediebrug kan mindske interaktioner og kommunikation mellem forældre og særligt de helt små børn, og at især spædbørns interaktioner med forældrene kan påvirkes af forældrenes mediebrug, hvilket potentielt kan påvirke deres udvikling og tilknytningsforhold. Men på nuværende tidspunkt er vores viden endnu begrænset mht., hvad de langsigtede konsekvenser af spæd- og småbørnsforældres øgede mobilbrug er. Og vi ved ikke, hvad der er for meget, og hvad der er uproblematisk skærmb brug – eller i hvilke sammenhænge mobilbrug også i nogle familier måtte kunne udgøre en beskyttende faktor. Der er behov for mere forskning om konsekvenserne af forældres mobilbrug for de interaktive forældre-barn-processer især i de første leveår, hvor forældre-barn-interaktionen er helt afgørende for børns udvikling.

4.8 SKÆRMTID OG MENTAL SUNDHED BLANDT 0-9-ÅRIGE

Børn i aldersgruppen 0-9 år har et forholdsvis stort tidsforbrug med fjernsyn, computere, tablets og mobiltelefoner. Forskningen i betydningen af disse medier for børns mentale sundhed har flere foci. Nogle studier har fokus på betydningen af stillesiddende adfærd, andre på betydningen af sociale medier, medieforbrug eller brug af mobile enheder. Forskningen benytter i stigende grad begrebet skærmtid, som omfatter al den tid, børn bruger på forskellige typer af elektroniske medier. I USA og andre lande, hvor næsten alle børn lever i familier med fjernsyn, tablets og mobiltelefoner, har man set, at de fleste børn begynder at bruge disse teknologier inden de fylder ét år, de fleste bruger disse teknologier dagligt i toårsalderen i mindst to timer om dagen, og i 3-4-årsalderen bruger børn dem uden hjælp fra voksne (103, 104).

I Forstå din baby undersøgte man bl.a. udviklingen i børns daglige skærmtid gennem barnets første leveår og forekomsten af forælderreporteret teknoferens. Der blev sendt spørgeskemaer ud, når børnene var 2, 4, 7 og 11 måneder gamle. Undersøgelsen viste, at mængden af skærmtid var 6-17 minutter om dagen, mens mødrene rapporterede, at teknoferens opstod 5-6 gange om dagen. Der sås signifikante stigninger i børnenes skærmtid fra 2-4 måneder, fra 4-7 måneder og fra 7-11 måneder, ligesom der sås signifikante stigninger i rapporteret teknoferens fra 2-4 måneder og fra 4-7 måneder. Mødrenes alder og husstandsindkomst hang ikke sammen med børnenes skærmtid, men der var en signifikant sammenhæng mellem uddannelse og skærmtid, så jo længere uddannelse mødrene havde, des mindre skærmtid havde børnene (105). Flere resultater fra disse to undersøgelser forventes publiceret i løbet af 2021. Forløbsundersøgelses SPOR – Børns udvikling og trivsel gennem

livet (106) – har præsenteret tal på skærmtid 2017-2018 i et studie af 52.010 børn på hhv. ni måneder, to år og tre år. Andelen af børn, som på en almindelig hverdag brugte mindst en time om dagen på elektroniske medier (iPad, tablet eller telefon, fx til at spille spil og se film) var hhv. 0,8%, 7,5% og 12,3% i de tre aldersgrupper. Andelen som på en almindelig hverdag brugte mindst en time på at se TV eller film på fjernsynet eller en computer var hhv. 2,9%, 13,8% og 19,2%. Studiet rummede også en opgørelse af, hvor mange der havde et skærmbrug, der var højere end retningslinjerne, som i studiet blev defineret som 0,5 times skærmbrug eller mere for børn på ni måneder og en time eller mere for de to- og treårige. Studiets retningslinjer for skærmbrug blev defineret med udgangspunkt i American Academy of Pediatrics samt WHO's anbefalinger om, at spædbørn ikke bruger tid foran en skærm (bortset fra videochat med fx familiemedlemmer), og at børn i to- og treårsalderen ikke overskrider en times skærmbrug om dagen (107, 108). Det drejede sig om 27,5% af alle børnene (13,0%, 28,2% og 41,7% i de tre aldersgrupper). Skærmtiden var højest i familier, hvor forældrene havde kort uddannelse, ikke var i arbejde og var indvandrere.

Et højt niveau af skærmtid i halvandetårsalderen er prædiktivt for et højt niveau af skærmtid i femårsalderen (109). Der er en del forskning om sammenhængen mellem skærmtid og sundhed blandt børn og unge, og der findes flere forskningsoversigter på området (110-113). Det meste af denne forskning handler om større børn og unge, og de fleste studier er tværsnitsstudier. Problemet med tværsnitsstudier er, at man ikke kan afgøre, hvad der kommer først, et højt niveau af skærmtid eller et højt niveau af mentale helbredsproblemer. Et studie fra Tyskland af 2-6-årige (114) har sandsynliggjort, at sammenhængen er bidirektional, dvs. at et højt niveau af skærmtid til computerbrug tidligt var prædiktivt for senere emotionelle og

adfærdsmæssige problemer; og tidlige problemer i forholdet til jævnaldrende var prædiktivt for højt niveau af skærmtid senere i barndommen.

Saunders & Vallance (2017) har sammenfattet forskningen om skærmtid og mental sundhed blandt børn således: Et højt niveau af skærmtid er forbundet med øget risiko for lav livskvalitet, lavt selvværd, lav social kompetence, ringe skolepræstationer, depression, angst, søvnproblemer, hyperaktivitet, internalisering og svage sociale relationer (110). Dertil kommer øget risiko for fysiske helbredsproblemer såsom overvægt, smerter i muskler og skelet, ringe kondition, motoriske problemer og ringere muskelstyrke (115-117). Sammenhængen mellem skærmtid og mentale helbredsproblemer er blevet påvist i mange lande, ikke blot fra den vestlige kulturkreds. Et tværnsnitsstudie af småbørn i Kina (118) fandt fx sammenhæng mellem et højt niveau af skærmtid og emotionelle problemer, adfældsproblemer, hyperaktivitet, problemer i forholdet til jævnaldrende samt symptomer på autismespektrumforstyrrelser (ASF), og et studie i Singapore fandt en tydelig sammenhæng mellem høj skærmtid i etårsalderen og nedsat kognitiv udvikling i fireårsalderen (119). En ny dansk forskningsoversigt (102) viste, at børns digitale mediebrug hænger sammen med deres oplevelse af frygt for at blive hægtet af fællesskabet og deres behov for at sammenligne sig med andre. Digitalt mediebrug øger risikoen for, at børn føler sig stressede. En anden ny dansk forskningsoversigt baseret på 44 studier (120) konkluderende, at der er solid dokumentation for at høj skærmtid medfører kortere søvn blandt både 0-5-årige og 6-12-årige børn, en observation som er vigtig, fordi utilstrækkelig søvn er en vigtig risikofaktor for mentale helbredsproblemer blandt børn (121).

Der er interessante forskelle i vurderingen af, hvor alvorligt et højt niveau af skærmtid er for

børns mentale sundhed. En forskningsoversigt fra United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) fra 2017 (113) baseret på 55 studier (de fleste om skolebørn og teenagere, færre om mindre børn) nedtonede risikoen ved et højt niveau af skærmtid. Der så ud til at være både positive (især læring) og negative virkninger af skærmtid på børns mentale sundhed. Negative virkninger sås især blandt børn, som slet ikke benytter digital teknologi, og børn med meget stort tidsforbrug. Ifølge Kardefelt-Winther (2017) var der kun en svagt øget risiko for emotionelle problemer og adfældsproblemer blandt piger (men ikke drenge) med meget stort skærmtidsforbrug (113). Vurderingen af, at der var tale om svage effekter, blev bl.a. baseret på et engelsk tværnsnitsstudie af femårige børn (122), hvor der næsten ikke var negative konsekvenser af et højt niveau af skærmtid, og på et longitudinelt studie fra Storbritannien fra fem- til syvårsalderen, hvor man ikke kunne påvise mentale helbredseffekter af skærmtid anvendt til at spille, og kun en svagt øget risiko for adfældsproblemer blandt børn, som så fjernsyn mere end tre timer om dagen (123). Endnu en forskningsoversigt om skærmtid og mental sundhed blandt børn og unge (124) rummede forholdsvis få studier af 0-9-årige og fandt ikke en overbevisende dokumentation for, at et højt niveau af skærmtid øger risikoen for mentale helbredsproblemer blandt børn.

Flere studier fra de seneste år har fundet tydelige og alvorlige konsekvenser for børns mentale sundhed af et højt niveau af skærmtid i fritiden. Et canadisk studie af småbørn (125) fandt tydelig sammenhæng mellem højt niveau af skærmtid og svage sociale færdigheder. Et andet canadisk studie fandt en betydeligt forhøjet risiko for opmærksomhedsproblemer (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)) og eksternalisering blandt femårige (126). Et tredje studie

fra Canada (127) fandt en tydelig sammenhæng mellem skærmtid i toårsalderen og ringe almen udvikling i tresårsalderen, her defineret som et samlet mål for motorik, kommunikation, problemløsning og psykosocial funktion. Et amerikansk studie af 9-10-årige (128) viste tilsvarende negative effekter i form af en forhøjet forekomst af adfærdsproblemer, sociale problemer, aggressivitet og tankeproblemer blandt børn med et højt niveau af skærmtid. Et longitudinelt studie fra Australien fulgte to store kohorter af småbørn igennem flere år og fandt, at det var vigtigt at vurdere skærmtid og fysisk aktivitet som en samlet pakke. Børn med lav fysisk aktivitet og stigende skærmtid havde en tydeligt forhøjet risiko for lav livskvalitet og socioemotionelle problemer vurderet med Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), især hyperaktivitet og problemer i forholdet til jævnaldrende (129).

Fra Europa findes bl.a. et studie fra Tyskland (130) af mental sundhed blandt 2-9-årige i relation til børnenes egen og deres mødres skærmtid. Høj skærmtid blandt mødre var forbundet med emotionelle problemer, ADHD blandt børnene, og høj skærmtid blandt børnene var forbundet med adfærdsproblemer, ADHD og problemer i forholdet til jævnaldrende. Et longitudinelt studie fra Norge (131) viste, at piger (men ikke drenge) med et højt niveau af skærmtid i fireårsalderen havde mindre emotionel forståelse for andre ved seksårsalderen. Også det at have fjernsyn på sit eget værelse i seksårsalderen var forbundet med lav emotionel forståelse i otteårsalderen.

Enkelte studier har forsøgt at indkredse forklaringen på den stærke sammenhæng mellem skærmtid og mentale helbredsproblemer blandt småbørn. Guerrero et al. (2019) har fx vist, at en betydelig del af denne sammenhæng kan forklares ved, at børn med højt niveau af skærmtid som

hovedregel også sover mindre end andre børn (128). I det hele taget er det veldokumenteret, at et højt niveau af skærmtid er forbundet med mindre søvntid blandt småbørn, og at børn med høj skærmtid er længere om at falde i søvn (132-134). Som hovedregel giver hver times ekstra skærmtid et kvarters mindre søvn. Zhao et al. (2018) har ligeledes bekræftet, at mindre søvn ser ud til at forklare en del af sammenhængen mellem skærmtid og mentale helbredsproblemer, men at den vigtigste forklaring måske er, at et højt niveau af skærmtid ofte er ensbetydende med et lavt niveau af forældre-barn-samvær (135). Et studie fra Australien (136) viste, at typen af medieforbrug kunne have betydning for børns mentale sundhed: Drenge (men ikke piger) med et højt niveau af skærmtid til videospil havde forhøjet risiko for adfærdsproblemer og emotionelle problemer, og drenge (men ikke piger) med et højt niveau af fjernsynskiggeri havde forhøjet risiko for ADHD-symptomer.

Det er ikke tilfældigt, hvilke børn der har et forhøjet niveau af skærmtid. Flere børn fra familier med få socioøkonomiske ressourcer og eneforsørgerefamilier har forhøjet niveau af skærmtid (114, 137, 138). Det betyder, at det er nødvendigt at kontrollere for fx socioøkonomiske forhold i studier af sammenhængen mellem skærmtid og mentale helbredsproblemer. De fleste af de her refererede studier ser ud til at opfylde dette krav.

I Danmark har Sundhedsstyrelsen udgivet anbefalinger om børns skærmb brug, men ingen konkrete råd om skærmtid, se **Tabel 4.1**.

De pædiatriske selskaber i USA og Canada anbefaler følgende: For børn fra to år og op bør skærmtid begrænses til højst en time om dagen. For børn op til to år bør man undgå brug af digitale medier (128, 140). The Canadian Society

→ **TABEL 4.1**

Sundhedsstyrelsens anbefalinger om børns skærmbrug (139).

1.	→ Dit barn bør ikke bruge skærm op til sovetid, da det kan udsætte sovetidspunktet og betyde, at barnet ikke får tilstrækkeligt med søvn.
2.	→ Undgå telefon eller tablet i barnets soveværelse i løbet af natten, da skærmmaktivitet om natten kan forstyrre søvnen og forringe søvnkvaliteten.
3.	→ Skab variation mellem dit barns skærmmaktivitet og øvrige aktiviteter i løbet af hverdagen, herunder fysisk aktivitet.
4.	→ Interessér dig for dit barns online liv og vær opmærksom på barnets eventuelle bekymringer for at stå uden for fællesskabet eller for at gå glip af noget online.
5.	→ Lav aftaler om skærmbrug i familien, som gælder både barn og voksen, og hav en løbende dialog om, hvor meget skærmen bruges og til hvilke formål.
6.	→ Forældre bør være opmærksomme på eget forbrug af skærm i samvær med barnet, da individuelt skærmbrug kan påvirke forældre-barn-relationen negativt.

for Exercise Physiology anbefaler, at børn og unge i 5-17-årsalderen højest bruger to timer om dagen på rekreativt skærmbrug (128). World Health Organization (2019) anbefaler, at børn under et år ikke udsættes for skærmbrug, og at 2-4-årige børn højest udsættes for én times skærmbrug om dagen (107).

4.9 FAMILIESTRUKTUR OG FAMILIELIV

Familiens struktur har betydning for børns mentale sundhed. Forskningen om familiestruktur og børns mentale sundhed, mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme fokuserer mest på betydningen af at bo sammen med to forældre versus én eller ingen. Der mangler viden om situationen for børn i andre familietyper, fx familier med to forældre af samme køn. Flere steder i denne rapport refereres undersøgelser, som viser, at børn som ikke bor sammen med begge forældre, har en

højere forekomst af mentale helbredsproblemer. Tilsvarende viser mange undersøgelser, at skilsmisse blandt forældrene øger risikoen for mentale helbredsproblemer (141-146).

Der er mindre viden om den familieform, som i de seneste årtier er blevet mere almindelig i Danmark: Deleordning, hvor børnene bor på skift hos sine forældre, der ikke bor sammen. Børn i deleordninger har oftere end børn i eneforsørgerfamilier forældre med lang uddannelse (147-149). Der er en vis dokumentation for, at børn i deleordninger efter en skilsmisse har mindre forekomst af angst, depression og adfærdsproblemer end børn, der kun bor hos den ene forælder (150-152). Et studie fra Sverige (151) viste, at sammenlignet med børn, som lever fast sammen med begge forældre, har børn i deleordninger højere risiko for hyperaktivitet, følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer end børn som lever fast sammen med begge

forældre. Et studie fra Danmark (149) benyttede data fra sundhedsplejerskernes journaler fra indskolingsundersøgelserne i 13 kommuner om 6.027 børn. I alt 80,7% af børnene boede sammen med begge forældre, 10,8% boede på skift hos mor og far, og 8,5% boede hos den ene forælder. Børn, der boede med den ene forælder, havde oftere end børn, der boede på skift hos forældrene, markører for mentale helbredsproblemer, fx vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende samt bemærkninger til forældre-barn-relationen og barnets øvrige trivsel og udvikling ved indskolingen. Børn, der boede med begge forældre, havde færrest mentale helbredsproblemer.

Ikke blot familiens struktur, men også familiens sociale kapital (fx gensidig tillid og fællesskab) spiller en rolle for mental sundhed og mentale helbredsproblemer blandt børn. McPherson et al. (2014) har publiceret en forskningsoversigt, som omfatter 55 studier. Artiklen omtaler specifikt resultater for 5-10-årige børn. Trygge relationer mellem forældre og børn karakteriseret ved positiv kommunikation, støtte, lavt konfliktniveau, et højt niveau af fairness og meget tid tilbragt sammen så ud til at beskytte børnene mod mentale helbredsproblemer (146).

4.10 SOCIAL ULIGHED I MENTAL SUNDHED BLANDT 0-9-ÅRIGE

Der er betydelig social ulighed i sundhed blandt børn, dvs. stigende forekomst af helbredsproblemer og risikoadfærd jo længere man træder ned af samfundets sociale rangstige (153, 154). En sådan social ulighed ses også for mental sundhed blandt børn. Det bekræftes af en forskningsoversigt af 55 studier, som konkluderede, at der var ca. dobbelt så høj forekomst af mentale helbredsproblemer blandt børn fra lavere socioøkonomiske grupper, uanset om lav socioøkonomisk status blev defineret ud fra forældres uddannelse, husstand-

sindkomst, fattigdom eller arbejdsrelateret social status (155). Der er relativt få studier af social ulighed i mental sundhed blandt mindre børn, men de viser i store træk det samme mønster. Fx viste et studie af 4-5-årige børn i Australien (156) en stigende forekomst af mentale problemer bedømt med SDQ med faldende husstandsindkomst og uddannelsesniveau hos forældrene. Et internationalt studie med data fra 11 lande viste social ulighed i helbredsrelateret livskvalitet i alle lande (157).

Et dansk studie af mentale helbredsproblemer blandt 0-8-årige børn benyttede data fra sundhedsplejerskernes journaler kombineret med registerdata om forældres uddannelse. Studiet fulgte 45.000 børn fra første leveår og viste, at 7,4% af alle børn blev registreret med en psykiatrisk diagnose i hospitalsvæsenet inden otteårsalderen (158, 159). Den sociale ulighed viste sig på den måde, at forekomsten var 11,0% blandt børn, hvis forældre ikke havde uddannelse ud over grundskole, men kun 6,0% blandt børn, hvis forældre havde en lang videregående uddannelse. Analyser af en underkategori af psykiatriske diagnoser, nemlig udviklingsforstyrrelser, viste, at forekomsten blandt børn, hvis forældre havde hhv. kort og lang uddannelse var 9,4% og 4,9%. Forekomsten af en anden diagnosekategori, følelses- og adfærdsmæssige forstyrrelser, var hhv. 3,8% og 1,7% (se **Figur 4.2**). Samme undersøgelse viste, at der var en tilsvarende social ulighed i mange risikofaktorer i første leveår for udvikling af psykisk sygdom inden otteårsalderen, nemlig problemer med søvn eller døgnrytme, problemer med ernæring og spisning, problemer med uro og gråd, motorisk udvikling, problemer med kommunikation og sprog samt en problematisk forældre-barn-relation (se desuden kapitel 3).

Lav socioøkonomisk status er således et livsvilkår, som øger barnets risiko for mentale helbredsproblemer, og som berører mange andre aspekter af

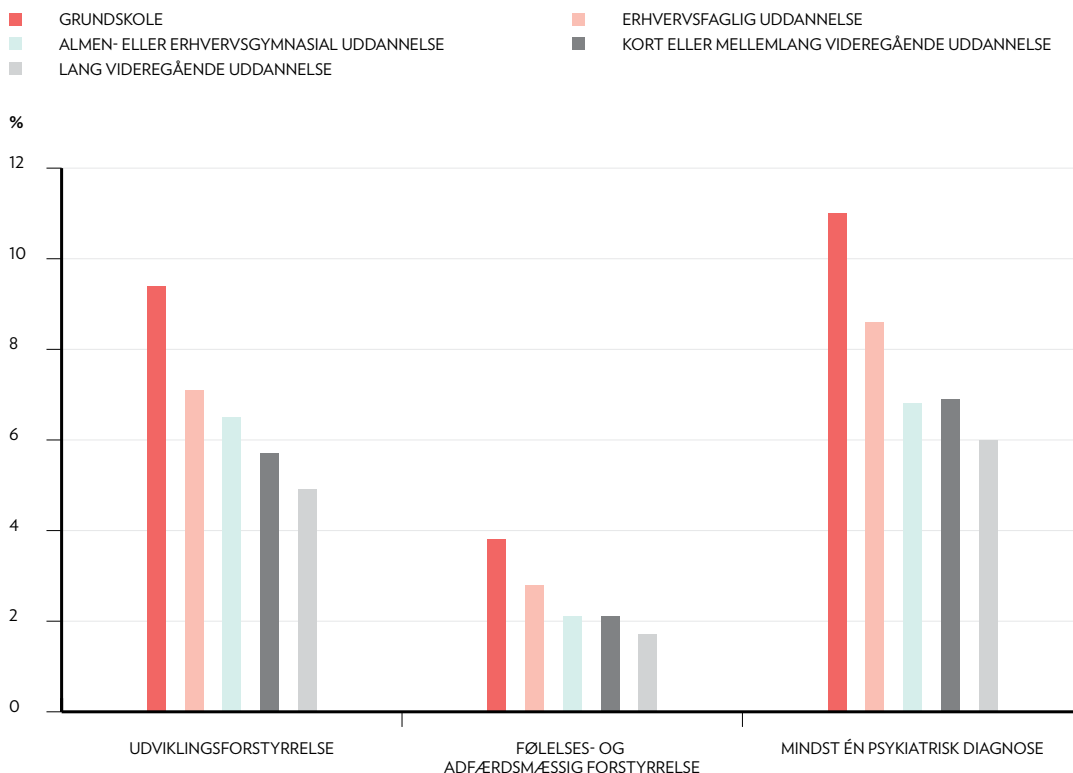
barnets liv. Konsekvenserne er langvarige, måske livsvarige (160, 161). Årsagerne til social ulighed i sundhed er velbeskrevne. Diderichsen et al. (2011) fremhæver, at mennesker fra lave socioøkonomiske lag udsættes for flere risici og belastninger, hvilket kaldes differentiell eksponering (153). De er mere sårbare over for disse risici og belastninger, og konsekvenserne af risici og belastninger er større for mennesker i lavere socioøkonomiske grupper. Det er et stort – og ubesvaret – spørgsmål om forebyggende interventioner kan udligne noget af den sociale ulighed i mentale helbredsproblemer blandt børn.

4.11 KONSEKVENSER FOR BØRNS MENTALE SUNDHED AF COVID-19

Sideløbende med afslutningen af arbejdet med denne rapport har covid-19-pandemien præget dagligdagen for børn og deres forældre over hele verden. Danske børnefamilier har oplevet forældre, der skal arbejde hjemmefra, nedlukninger af daginstitutioner og skoler og reducerede muligheder for fritidsaktiviteter, og børnene har været sammen med forældrene i et omfang, som ikke beskrevet tidligere. I skrivende stund, april 2021, præger covid-19-pandemien forsat det danske samfund,

→ FIGUR 4.2

Andel (%) børn med en diagnosticeret psykisk sygdom inden otteårsalderen efter forældres uddannelse (162).



mange forældre arbejder fortsat hjemmefra, mange børn og unge har ikke kunnet genoptage deres skolegang, men har måtte undervises hjemme via on-line-undervisning, og formaliserede fritidsaktiviteter har været lukket ned. Vi befinder os således i et naturligt eksperiment, som endnu ikke er afsluttet. Det er derfor vanskeligt at konkludere mht. covid-19-pandemiens betydning for danske børns mentale sundhed, men ud fra vores viden om faktorer, der virker udløsende og forværende for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos børn, er der grund til at forvente negative konsekvenser på børns mentale sundhed i kølvandet på covid-19-pandemien.

For det enkelte barn vil restriktionerne forbundet med covid-19 pandemien kunne belaste barnets mentale helbred, men de vil også kunne virke beskyttende, fx for helt små børn og børn med ASF og ADHD, hvor en rolig, overskuelig og struktureret dagligdag gør godt (163). Hvordan det enkelte barn reagerer, afhænger af barnets alder, dets psykiske konstitution, forældrenes ressourcer, og om barnets dagtilbud/skole er en belastningsfaktor. Ressourcefulde forældre vil måske kunne indrette sig på en måde under pandemien, så barnet alt i alt kommer til at opleve mere forældrekontakt, mere opmærksomhed og kognitiv og følelsesmæssig stimulation end i en fortravlet hverdag i en børnefamilie, hvor begge forældre er udearbejdende. Omvendt vil børn, hvis forældre har færre ressourcer, måske opleve flere negative konsekvenser, fordi disse børn i højere grad er overladt til og afhængige af samværet med forældrene og i mindre grad eller slet ikke kan drage nytte af støtte fra voksne i daginstitution og skole. Jo yngre barnet er, i jo højere grad vil det være sårbart over for at blive ladet alene med voksne, der mangler overskud til at stimulere det intellektuelt, følelsesmæssigt og socialt. Ressourcevage forældre er yderligere karakteriseret af

sociale, boligmæssige og økonomiske forhold, som begrænser deres muligheder for at håndtere en pandemis udfordringer, herunder at støtte barnet til at modtage skoleundervisning hjemmefra. Ikke mindst i familier med psykisk sygdom eller misbrug vil børnene kunne blive yderligere belastet af at skulle tilbringe dagligdagen inden for hjemmets rammer.

Selv om covid-19-restriktionerne først satte ind i starten af 2020, er der allerede flere studier, som beskriver konsekvenserne for a) forældrenes mentale sundhed, b) børnenes mentale sundhed og c) konsekvenserne for børn med psykisk sygdom. Studierne vedrører især første bølge af pandemien i første halvår af 2020, og der mangler således studier over konsekvenserne for børn af restriktionerne i de efterfølgende bølger. De fleste studier kommer fra lande, som socialt og kulturelt er meget forskellige fra Danmark, og som har håndteret pandemien meget forskelligt. Desuden er der relativt få studier vedrørende aldersgruppen 0-9 år. I det følgende omtales studier af relevans for danske 0-9-årige børn.

Studier med særligt fokus på forældre: En forskningsoversigt af Vindegaard & Benros (2020) af 43 studier af voksne fandt, at covid-19-restriktionerne medførte et øget niveau af stress, angst og depressive symptomer, som er vigtige risikofaktorer for mentale helbredsproblemer blandt børn (164). Mange af studierne er fra Kina, Indien, Brasilien og andre lande, hvor overførbareheden til danske forhold er ukendt. Et studie fra USA viste, at en betydelig del af forældre til 0-5-årige børn oplevede en øget forekomst af angst, depression, vrede, ringe søvnkvalitet, konflikter og nedsat forældreevne (165). Jo mere forældrene oplevede sådanne problemer, desto mere bekymrede var de for deres barns trivsel og mentale sundhed. Thorell et al. (2021) har publiceret et studie af forældre

til børn med online-skolegang fra syv europæiske lande (166). Det var et gennemgående resultat, at forældre i betydeligt omfang rapporterer negative erfaringer af online-skolegangen under covid-19-restriktionerne både for sig selv og deres børn. Der var fx øget forekomst af bekymringer, stress, konflikter i hjemmet, misbrug hos forældrene, og mange børn var ude af stand til at følge online-skolegangen. Studiepopulationen var ikke repræsentativ men udvalgt således, at der var en betydelig andel af familier med et barn med mentale helbredsproblemer, især ADHD og ASF. Forældre til børn med disse problemer rapporterede en særligt høj forekomst af forværring af kernesymptomerne under covid-19-restriktionerne, men også positive oplevelser for børn med ADHD og ASF knyttede sig til det at blive undervist online. Grumi et al. (2021) fandt ligeledes, at en stor andel af forældre til børn med neuroudviklingsforstyrrelser oplevede angst, stress og depression i forbindelse med covid-19-restriktionerne. Forældrenes bekymringer handlede både om frygten for covid-19-smitte og for, om deres børns symptomer ville blive forværrede under covid-19-restriktionerne (167).

Et studie fra Danmark (168) beskrev udviklingen i mental sundhed i en serie tværsnitsundersøgelser i løbet af 2020, bl.a. i en population af forældre med hjemmeboende børn (ingen angivelse af alder). Målingen af mental sundhed indeholdt aktuel psykisk sygdom, oplevelse af social isolation, ensomhed, symptomer på angst, håbløshed, depression og stress samt livskvalitet og søvnkvalitet. Der var meget lidt forandring i de mentale helbredsindikatorer i løbet af 2020. Et andet dansk studie undersøgte, hvordan covid-19-nedlukningen i foråret 2020 påvirkede hverdagsliv og trivsel i spæd- og småbørnsfamilier på kort sigt (169). Studiet var baseret på data fra de to første runder af forløbsundersøgelsen SPOR – Børns Udvikling

og Trivsel gennem livet (170), som blev indsamlet i perioden januar-maj i hhv. 2018 (n=10.823 mødre og 5.819 fædre) og 2020 (n=9.966 mødre og 5.736 fædre), dvs. før og efter første covid-19-nedlukning. I begge runder blev der måned for måned indsamlet spørgeskemabesvarelser fra mødre og fædre, hvis barn var fyldt ni måneder eller tre år måneden forinden. Forældrene, der besvarede spørgeskemaet i 2018, udgjorde således kontrolgruppen for dataindsamlingen i 2020. Studiet fandt ingen signifikante forskelle i forældrenes baggrundskarakteristika i de respektive måneder i 2020 sammenlignet med i 2018. Analyserne blev gennemført separat for mødre og fædre, og der blev testet for, om effekten af den første nedlukning var forskellig afhængigt af 1) familiens selvoplevede økonomi, 2) om familien var potentielt sårbar og 3) barnets alder. Studiet fandt ingen signifikant effekt af første nedlukning på forældrenes vurdering af barnets socioemotionelle udvikling (målt ved måleinstrumentet Ages and Stages Questionnaire: Socio-emotional 2 (ASQ:SE-2)). Mens fædrenes vurderinger af hverdagsliv og trivsel stort set ikke blev påvirket af covid-19-nedlukningen i foråret 2020, oplevede mødre derimod at trives lidt bedre på flere parametre sammenlignet med, hvad man ville forvente baseret på udviklingen i 2018. For mødre sås små forbedringer i deres vurdering af forældre-barn-relationen (kun forældre til ni måneder gamle børn bevarede disse spørgsmål) samt stress i forælderrollen i maj måned 2020, en lidt højere tilfredshed i parforholdet i marts, april og maj og en lille forbedring i mødrenes vurdering af, om de var i stand til at håndtere egne følelser i samvær med barnet i april og maj. Der sås kun få forskelle i effekten af nedlukningen i foråret 2020 afhængigt af potentiel sårbarhed i familien. Blandt mødre fra potentielt sårbare familier sås imidlertid et fald i andelen med så lav trivsel (målt ved trivselsindekset WHO-5), at de blev klassificeret som værende i risiko for stress eller depression. Samlet

set indikerede de få negative fund og små men positive effekter på småbørnsmødrenes trivsel, at der for de aspekter af trivsel og samspil, der indgik i studiet, har været en vis robusthed over for den første covid-19-nedlukning på kort sigt, hvis man vurderer småbørnsfamilierne samlet.

Studier af 0-9-årige børn: Covid-19-pandemien og de afledte samfundsmæssige restriktioner skaber en betydelig ændring i børns psykosociale miljø med risiko for øgede belastninger af børns mentale helbred. De tilgængelige studier har stort set entydigt vist, at covid-19-restriktionerne har negative konsekvenser for børns mentale helbred. For børnene selv er angst, manglende kontakt med venner og formindskede muligheder for at bearbejde stress alvorlige bekymringspunkter (171). Risikoen for negative følger for den mentale helbredstilstand er størst for børn, som lever med mentale helbredsproblemer og svage socioøkonomiske ressourcer. Dette bekræftes i et dansk studie (172) og et studie fra Storbritannien (173). Det danske studie viste forværring af symptomer blandt børn og unge med obsessive compulsive disorder (OCD), angst og depressive symptomer; men de fleste af deltagerne i det danske studie var mere end ti år gamle, dvs. uden for rapportens aldersafgrænsning. Det engelske studie, som rummede en stor population af 4-10-årige, fulgte børns mentale helbred med SDQ-data igennem to måneder med Covid-19-nedlukninger. Blandt 4-10-årige sås en 10% stigning i sandsynlig forekomst af emotionelle symptomer, en 20% stigning i hyperaktivitet og opmærksomhedsbesvær og en 35% stigning i adfærdsproblemer. Forværringen var mest udtalt for børn, som i forvejen havde mentale helbredsproblemer. Fegert et al. (2020) fremhævede, at børn med forudgående mentale helbredsproblemer kan være ramt af reduceret kontakt med relevante behandlingssteder og kontaktpersoner i sundhedsvæsenet i en tid, hvor

sundhedsvæsenet er under pres af pandemien (171).

Deolmi & Pisani (2020) har sammenfattet en række af de tidlige studier om virkningen af covid-19-pandemien på børn og unges mentale sundhed (174). Studierne viste en tydeligt forhøjet forekomst af symptomer på angst og depression forårsaget af covid-19-pandemien og den deraf følgende sociale isolation og stress hos forældrene. Det så ud til at lindre virkningerne, hvis børnene kunne opretholde kontakten med deres venner, og hvis man var omhyggelig med at opdatere børnenes viden om pandemien og dens forløb. Ravens-Sieberer et al. (2021) sammenlignede forekomsten af mentale helbredsproblemer i to repræsentative studier af 7-17-årige i Tyskland, ét før og ét efter covid-19-pandemien (175). Data om de 7-10-årige var forælderreporterede mentale helbredsproblemer målt med SDQ. I 2020 efter pandemiens start og indførelsen af restriktioner havde 26,8% af børnene betydelige mentale helbredsproblemer sammenlignet med 7,4% før pandemien. Der var især tydelige ændringer i forælderreporteret hyperaktivitet, emotionelle problemer, adfærdsproblemer og problemer i forholdet til jævnaldrende. Studiet viste også, at børn fra familier i små boliger og med kortuddannede forældre samt indvandrere var særligt hårdt ramt af covid-19-pandemien.

Der er en del studier fra lande, hvor overførbare til danske forhold er tvivlsom, og hvor studierne rummer børn op til 18 år uden mulighed for at skelne mellem børn under og over ti år. Flere af disse studier fandt, at restriktionerne i forbindelse med covid-19-pandemien havde negative konsekvenser for børns mentale sundhed, fx en øget forekomst af angst og depression (176, 177), mere udadrettet adfærd (178), at de yngste børn ofte optræder mere klæbende til de voksne (176),

og mere forældrestress (178). En narrativ forskningsoversigt (179) fremhævede, at der er brug for at hjælpe børn med at håndtere de belastninger, som følger med restriktionerne.

Studier med fokus på forældre-barn-for-

holdet: Flere udenlandske studier har fokuseret på spillet mellem forældres og børns mentale sundhed i forbindelse med covid-19-restriktionerne. Et studie fra Italien (180) viste en sammenhæng mellem forældres og 6-13-årige børns psykiske tilstand i forbindelse med covid-19-restriktionerne. Undersøgelsen viste også, at forældre med høj selvtillid kunne aktivere mange personlige ressourcer hos sig selv og deres børn, hvilket så ud til at forebygge emotionelle problemer hos børnene. Et andet studie fra Italien (181) af familier med 5-10-årige børn viste, at mødrenes stressniveau og evne til at håndtere belastningerne fra covid-19-restriktionerne havde stor betydning for børnenes mentale sundhed. Mødre med et højt stressniveau var tilbøjelige til at tillægge deres børn negative emotioner. Panda et al. (2020) har sammenfattet 15 studier med i alt 23.000 børn op til 18 år for at vurdere de psykologiske og adfærdsmæssige problemer for børn og forældre forårsaget af covid-19-restriktionerne (182). Studiet gav desværre ikke mulighed for at skelne mellem børn op til og over ti år, og mange af de 15 studier var fra Asien med lav overførbare til danske forhold. Studiet fandt, at de fleste børn oplevede forværring i deres mentale sundhed, fx angst, stress, tristhed, kedsomhed, uopmærksomhed, depressive symptomer, søvnproblemer og frygt for covid-19. Risikoen for negative konsekvenser af covid-19-restriktionerne var særligt udtalte hos børn, som i forvejen havde mentale helbredsproblemer såsom ADHD og ASF. Omkring en fjerdedel af forældrene udviklede angst og/eller depressive symptomer under covid-19-restriktionerne.

Cellini et al. (2021) bad mødre til 6-10-årige italienske børn beskrive børnenes søvnvaner og psykologiske vanskeligheder i forbindelse med covid-19-restriktionerne (183). Børnene ændrede søvnvaner: Gik senere i seng, stod senere op, sov ikke så godt som de plejer og havde svært ved at følge daglige rutiner. Mange børn udviste tegn på emotionelle problemer og adfærdsproblemer, herunder hyperaktivitet. Også mange mødre – især mødre som ikke arbejdede uden for hjemmet – ændrede søvnvaner og oplevede ringere søvnkvalitet. Cusinato et al. (2020) undersøgte mental sundhed (trivsel, forældrestress, resiliens) blandt 5-17-årige i Italien (184). Undersøgelsen viste en høj grad af forældrestress over at holde børnene beskæftigede. Blandt de 6-10-årige børn var der ikke større forskel mellem de undersøgte og en sammenligningspopulation fra før covid-19 mht. trivsel, men dog en let forhøjet forekomst af hyperaktivitet.

Et studie fra Italien af Spinelli et al. (2020) fokuserede på familier med 2-14-årige børn for at identificere risikofaktorer for mentale helbredsproblemer (185). Studiet viste, at en reel risiko for at blive smittet ikke så ud til at påvirke forældrenes stressniveau. Det vigtige var den alvor, forældrene tillagde covid-19-restriktionerne. Hvis forældrene oplevede belastningen som alvorlig, var der betydelig risiko for, at der opstod emotionelle problemer og adfærdsproblemer hos børnene. En anden artikel fra samme studie (186) fremhævede, at især kaos på hjemmefronten øgede forældrenes stressniveau og mindskede forældrenes involvering i børnenes dagligdag, hvilket igen øgede risikoen for mindre effektiv emotionel regulering hos børnene. Fitzpatrick et al. (2020) gennemførte et nationalt repræsentativt studie af familier med 0-18-årige børn og unge i USA for at vurdere konsekvenserne af covid-19-restriktionerne på mental sundhed (187). Studiet viste, at 27% af forældrene

oplevede, at deres egen mentale sundhed var blevet ringere, og 14% oplevede en forandring i børnenes adfærdsmæssige sundhed (behavioral health, et bredere begreb end mental sundhed men det inkluderer også det, vi i denne rapport definerer som mental sundhed). Et studie fra USA (188) indsamlede data om forældre og børns mentale sundhed i familier med 2-7-årige børn lige før og efter covid-19-pandemien startede. Forældrene rapporterede tydelige forværringer i egne – men ikke i børnenes – velbefindende. Forværringerne var tydeligt relateret til de økonomiske vanskeligheder, der fulgte med covid-19-epidemien.

I et studie fra USA kombinerede Fitzpatrick et al. (2020) kvantitative og kvalitative metoder for at forstå konsekvenserne af covid-19-restriktionerne for den mentale sundhed hos forældre og børn (187). Børnene i de studerede familier var i gennemsnit 8,2 år gamle. Studiet viste en tydelig stigning i mentale helbredsproblemer hos både forældre og børn og en tydelig sammenhæng mellem sådanne problemer hos forældre og børn. Hos børnene var det især angst og depressive symptomer. Problemerne var mest udbredt i familier med store børneflokkede, hvor søskendekonflikter begrænsede muligheder for at være alene, samt mangel på voksenkontakt var hyppige problemer. Økonomiske trængsler øgede risikoen for depression, men ikke angst, hos forældrene.

Børn med psykisk sygdom: Børn med neuroudviklingsforstyrrelser ser ud til at være særligt hårdt ramt af restriktionerne under covid-19-pandemien. Et studie fra Australien (189) af forældre til 2-17-årige børn og unge med sådanne helbredsproblemer viste, at over 60% af børnene og de unge udviste forværring af deres sygdom under covid-19-pandemien. Et andet studie fra Australien (190) fokuserede på 5-17-årige børn og unge med ADHD og sammenlignede deres sundhed med

tilsvarende tal fra undersøgelser gennemført før covid-19-pandemien. Artiklen gav ikke mulighed for at skelne mellem børn over og under ti år. Under covid-19-restriktionerne var der en markant forhøjet forekomst af depressive symptomer og ensomhed, men ingen forskel mht. søvn, angst eller bekymringer. Selv om en tredjedel af forældrene fortalte, at deres børn var bange for, at de selv eller deres forældre blev smittede, så rapporterede et flertal af forældrene positive ændringer for deres børn i en eller flere af de nævnte facetter af mentale helbredsproblemer, især mht. mere tid sammen i familien.

Sammenfattende har en del udenlandske studier vist negative konsekvenser af covid-19-restriktionerne for forældre og børn, især for børn med forudgående mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. De få danske studier har tegnet et mindre alvorligt billede af disse negative konsekvenser. Flere studier har vist, at covid-19-restriktionerne også har haft positive virkninger på børns mentale sundhed og helbredsproblemer.

4.12 REFERENCER

1. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. First edition. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1994.
2. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA. How early experience shapes human development: The case of psychosocial deprivation. *Neural Plast.* 2019; 2019:1676285.
3. Chess S, Thomas A. Origins and evolution of behavior disorders: From infancy to early adult life. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 1984.
4. Bowlby J. Attachment, separation and loss. New York: Basic Books; 1969.
5. Barlow J, Schrader-McMillan A, Axford N, Wrigley Z, Sonthalia S, Wilkinson T, Rawsthorn M, Toft A, Coad J. Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children - a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health.* 2016; 21: 11–20.
6. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1978.
7. Main M, Solomon J. Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. I: Brazelton TB, Yogman MW, eds. *Affective development in infancy.* Westport, CT, US: Ablex Publishing; 1986: 95–124.
8. Madigan S, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Moran G, Pederson DR, Benoit D. Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attach Hum Dev.* 2006; 8: 89–111.
9. Dagan O, Sagi-Schwartz A. Early attachment network with mother and father: An unsettled issue. *Child Dev Perspect.* 2018; 12: 115–21.
10. Bowlby J. Clinical applications of attachment: A secure base. London: Routledge; 1988.
11. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press; 2015.
12. Cassidy J. The nature of the child's ties. I: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* Third edition. New York: Guilford Press; 2018: 3–24.
13. Groh AM, Fearon RMP, van IJzendoorn, M. H. Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI. Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Dev Perspect.* 2017; 11: 70–6.
14. Ahnert L, Pinquart M, Lamb ME. Security of children's relationships with nonparental care providers: A meta-analysis. *Child Dev.* 2006; 77: 664–79.
15. Solheim E. Effects of childcare on child development: Time in care, group size, and the teacher-child relationship. Doktorgrads afhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; 2013.
16. Peisner-Feinberg ES, Burchinal MR, Clifford RM, Culkin ML, Howes C, Kagan SL, Yazejian N. The relation of preschool child-care quality to children's cognitive and social developmental trajectories through second grade. *Child Dev.* 2001; 72: 1534–53.
17. Geoffroy MC, Côté SM, Borge AIH, Larouche F, Séguin JR, Rutter M. Association between nonmaternal care in the first year of life and children's receptive language skills prior to school entry: The moderating role of socioeconomic status. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007; 48: 490–7.
18. Spieker SJ, Nelson DC, Petras A, Jolley SN, Barnard KE. Joint influence of child care and infant attachment security for cognitive and language outcomes of low-income toddlers. *Infant Behav Dev.* 2003; 26: 326–44.
19. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Early Child Care Research Network. Characteristics and quality of child care for toddlers and preschoolers. *Appl Dev Sci.* 2000; 4: 116–35.
20. NICHD Early Child Care Research Network. The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD study of early child care NICHD early child care research network. *Child Dev.* 1997; 68: 860–79.
21. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care structure --> process --> outcome: Direct and indirect effects of child-care quality on young children's development. *Psychol Sci.* 2002; 13: 199–206.
22. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Dev.* 2010; 81: 435–56.

23. Groh AM, Roisman GI, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A meta-analytic study. *Child Dev.* 2012; 83: 591–610.
24. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol.* 1999; 11: 225–49.
25. Tharner A, Luijk MPCM, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VVW, Hofman A, Verhulst FC, Tiemeier H. Infant attachment, parenting stress, and child emotional and behavioral problems at age 3 years. *Parent Sci Pract.* 2012; 12: 261–81.
26. Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 1.
27. Smith-Nielsen J, Tharner A, Steele H, Cordes K, Mehlhase H, Væver MS. Postpartum depression and infant-mother attachment security at one year: The impact of co-morbid maternal personality disorders. *Infant Behav Dev.* 2016; 44: 148–58.
28. Greenberg MT. Attachment and psychopathology in childhood. I: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications.* New York: Guilford Press; 1999: 469–96.
29. Rutter M. Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995; 36: 549–71.
30. Sroufe LA, Egeland B, Carlson EA, Collins WA. *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York: Guilford Press; 2005.
31. NICHD Early Child Care Research Network. Infant-mother attachment classification: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving quality. *Dev Psychol.* 2006; 42: 38–58.
32. Ostler T. *Assessing parenting competency in individuals with mental illness.* Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.; 2008.
33. Socialstyrelsen. Nye retningslinjer for forældrekompetenceundersøgelser og tilknytningsundersøgelser. 2021. Available from: <https://socialstyrelsen.dk/nyheder/2021/nye-retningslinjer-for-foraeldrekompetenceundersogelser-og-tilknytningsundersogelser>.
34. Baumrind D, Larzelere RE, Owens EB. Effects of preschool parents' power assertive patterns and practices on adolescent development. *Parent Sci Pract.* 2010; 10: 157–201.
35. Barlow J, Coren E. The effectiveness of parenting programs: A review of Campbell reviews. *Res Soc Work Pract.* 2018; 28: 99–102.
36. Mesman J, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Unequal in opportunity, equal in process: Parental sensitivity promotes positive child development in ethnic minority families. *Child Dev Perspect.* 2012; 6: 239–50.
37. Lucassen N, Tharner A, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Volling BL, Verhulst FC, Lambregtse-Van den Berg MP, Tiemeier H. The association between paternal sensitivity and infant-father attachment security: A meta-analysis of three decades of research. *J Fam Psychol.* 2011; 25: 986–92.
38. Zeegers MAJ, Colonnese C, Stams G-JJM, Meins E. Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychol Bull.* 2017; 143: 1245–72.
39. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Dev Psychopathol.* 2006; 18: 309–43.
40. Væver MS. Tilknytningsvanskeligheder og udsathed i spæd- og småbarnsalderen. I: Erlandsen T, Jensen NR, Langager S, Petersen KE, eds. *Udsatte børn og unge - en grundbog.* København: Hans Reitzels Forlag; 2015: 133–48.
41. Verhage ML, Schuengel C, Madigan S, Fearon RMP, Oosterman M, Cassibba R, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol Bull.* 2016; 142: 337–66.
42. Ensink K, Normandin L, Plamondon A, Berthelot N, Fonagy P. Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Can J Behav Sci / Rev Can des Sci du Comport.* 2016; 48: 9–18.
43. Fonagy P, Allison E. What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. I: Midgley N, Vrouva I, eds. *Minding the Child. Mentalization-based Interventions with Children, Young people and their Families.* First edition. Hove: Routledge; 2012: 11–34.
44. Slade A. Parental reflective functioning: An introduction. *Attach Hum Dev.* 2005; 7: 269–81.

45. Camoirano A. Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Front Psychol.* 2017; 8: 14.
46. Cleaver H, Unell I, Aldgate J. Children's needs - parenting capacity, Child abuse: Parental mental illness, learning disability, substance misuse, and domestic violence. United Kingdom: The Stationery Office Limited; 2011.
47. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams G-JJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse Negl.* 2018; 77: 198–210.
48. Psykiatrifonden. 310.000 børn vokser op med forældre med psykisk sygdom. 2019. Available from: <https://www.psykiatrifonden.dk/nyheder/2019/310000-boern-vokser-op-med-foraeldre-med-psykisk-sygdom.aspx>.
49. Sundhedsstyrelsen. Børn i familier med alkoholproblemer. 2019. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/alkohol/boern-i-familier-med-alkoholproblemer>.
50. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development. Shonkoff JP, Phillips DA, eds. Washington DC: National Academy Press; 2000.
51. Housman DK. The importance of emotional competence and self-regulation from birth: A case for the evidence-based emotional cognitive social early learning approach. *Int J Child Care Educ Policy.* 2017; 11: 13.
52. Pandey A, Hale D, Das S, Goddings A-L, Blakemore S-J, Viner RM. Effectiveness of universal self-regulation-based interventions in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2018; 172: 566–75.
53. Squires J, Bricker D, Twombly E. Ages & Stages Questionnaires: Social Emotional, second edition (ASQ:SE-2). A parent-completed child monitoring system for social-emotional behaviors. Second edition. Bal: Brookes Publishing; 2015.
54. Eisenberg N, Sulik MJ. Emotion-related self-regulation in children. *Teach Psychol.* 2012; 39: 77–83.
55. Feldman R. Bio-behavioral synchrony: A model for integrating biological and microsocial behavioral processes in the study of parenting. *Parent Sci Pract.* 2012; 12: 154–64.
56. Obradović J. Effortful control and adaptive functioning of homeless children: Variable- and person-focused analyses. *J Appl Dev Psychol.* 2010; 31: 109–17.
57. Groh AM, Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Steele RD, Roisman GI. The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attach Hum Dev.* 2014; 16: 103–36.
58. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Houts R, Poulton R, Roberts BW, Ross S, Sears MR, Thomson WM, Caspi A. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2011; 108: 2693–8.
59. Bierman KL, Nix RL, Greenberg MT, Blair C, Domitrovich CE. Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start REDI program. *Dev Psychopathol.* 2008; 20: 821–43.
60. Galla BM, Duckworth AL. More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *J Pers Soc Psychol.* 2015; 109: 508–25.
61. Duckworth AL, Tsukayama E, May H. Establishing causality using longitudinal hierarchical linear modeling: An illustration predicting achievement from self-control. *Soc Psychol Personal Sci.* 2010; 1: 311–7.
62. Thompson RA. Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. I: Cassidy J, Shaver PR, eds. *Handbook of attachment: Theory research and clinical applications.* Second edition. New York: The Guilford Press; 2008: 348–66.
63. Roben CKP, Cole PM, Armstrong LM. Longitudinal relations among language skills, anger expression, and regulatory strategies in early childhood. *Child Dev.* 2013; 84: 891–905.
64. Hughes C, Ensor R. Individual differences in growth in executive function across the transition to school predict externalizing and internalizing behaviors and self-perceived academic success at 6 years of age. *J Exp Child Psychol.* 2011; 108: 663–76.
65. Hughes C. Changes and challenges in 20 years of research into the development of executive functions. *Infant Child Dev.* 2011; 20: 251–71.
66. Tremblay RE, Pihl RO, Vitaro F, Dobkin PL. Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Arch Gen Psychiatry.* 1994; 51: 732–9.
67. Task Force. Tackling antisocial behaviour and its causes. Home Office (UK), Dept. of Justice Affairs. 2006.

68. Kim-Cohen J, Arseneault L, Newcombe R, Adams F, Bolton H, Cant L, Delgado K, Freeman J, Golaszewski A, Kelesidi K, Matthews C, Mountain N, Oxley D, Watson S, Werts H, Caspi A, Moffitt TE. Five-year predictive validity of DSM-IV conduct disorder research diagnosis in 4(1/2)-5-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18: 284–91.
69. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Poulton R, Sears MR, Thomson WM, Caspi A. Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Dev Psychopathol*. 2008; 20: 673–716.
70. Reid JB, Patterson GR, Snyder J. *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. Washington DC: American Psychological Association; 2002.
71. Pan Q, Trang K, Love H, Templin J. School readiness profiles and growth in academic achievement. *Front Educ*. 2019; 4: 127.
72. EVA. Skoleparathed. København: EVA - Danmarks Evalueringsinstitut; 2017. Available from: <https://www.eva.dk/sites/eva/files/2017-08/EVA>.
73. National Early Literacy Panel. *Developing early literacy: Report of the National Early Literacy Panel: A scientific synthesis of early literacy development and implications for intervention*. Washington DC: National Institute for Literacy; 2008.
74. Duncan G, Magnuson K. *The long reach of early childhood poverty*. California: Stanford University, Center on Poverty and Inequality; 2013.
75. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*. 2006; 312: 1900–2.
76. Law J, Rush R, Schoon I, Parsons S. Modeling developmental language difficulties from school entry into adulthood: Literacy, mental health, and employment outcomes. *J Speech Lang Hear Res*. 2009; 52: 1401–16.
77. Greenspan S, Shanker S. The developmental pathways leading to pattern recognition, joint attention, language and cognition. *New Ideas Psychol*. 2007; 25: 128–42.
78. Carpendale J, Lewis C. *How children develop social understanding*. Blackwell Publishing; 2006.
79. Tomasello M. Joint attention as social cognition. I: Moore C, Dunham P, eds. *Joint attention: Its origins and role in development*. New Jersey: Lawrence Erlbaum & Associates; 1995: 103–30.
80. Bleses D, Makransky G, Dale PS, Højen A, Ari BA. Early productive vocabulary predicts academic achievement 10 years later. *Appl Psycholinguist*. 2016; 37: 1461–76.
81. Sakai KL. Language acquisition and brain development. *Science*. 2005; 310: 815–9.
82. Belsky J, Fearon RMP. Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attach Hum Dev*. 2002; 4: 361–87.
83. Bus AG, van IJzendoorn MH. Mother-child interactions, attachment, and emergent literacy: A cross-sectional study. *Child Dev*. 1988; 59: 1262–72.
84. Bleses D, Hvidman C, Munkedal S, Højen A. Elever med svage kompetencer i sprog og læseforståelse. Forskningskortlægning af effektive indsatser, risikofaktorer og sammenhænge med anden læring. Rapport udarbejdet for Styrelsen for Undervisning og Kvalitet. Aarhus: Business and Social Sciences, AU; 2018.
85. Løge IK, Leidland K, Mellegaard M, Olsen AHS, Walde-land T, Gjertsen RM. Alle med. Veiledningshefte. Info Vest Forl. 2006.
86. Sunnevåg A, Nordahl T, Nordahl SØ. Kultur for læring i barnehagen: Resultater fra kartleggingsundersøkelser i T1. Elverum: Høgskolen i Innlandet; 2018: 70.
87. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: Development and initial validation. *BMC Pediatr*. 2016; 16: 197.
88. Pant SW, Johansen A. Sundhedsplejerskers bemærkninger til sprog og kommunikation. Temarapport og årsrapport. Børn født i 2015. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2017.
89. Ellegård Jørgensen S, Svendsen M, Holstein BE. Børns trivsel ved indskoling. København: Styregruppen for Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2014.
90. McDaniel B, Coyne S. Technology interference in the parenting of young children: Implications for mothers' perceptions of coparenting. *Soc Sci J*. 2016; 53: 435–43.
91. McDaniel BT, Radesky JS. Technoferece: Parent distraction with technology and associations with child behavior problems. *Child Dev*. 2018; 89: 100–9.
92. Przybylski A, Weinstein N. Can you connect with me now? How the presence of mobile communication technology influences face-to-face conversation quality. *J Soc Pers Relat*. 2012; 30: 237–246

93. Misra S, Cheng L, Genevie J, Yuan M. The iPhone effect: The quality of in-person social interactions in the presence of mobile devices. *Environ Behav*. 2014; 48: 275-298.
94. Coyne S, Padilla-Walker L, Fraser A, Fellows K, Day R. "Media time = Family time": Positive media use in families with adolescents. *J Adolesc Res*. 2014; 29: 663-88.
95. Gergen K. The challenge of absent presence. I: Katz JE, Aakhus M, eds. *Perpetual contact: Mobile communication, private talk, public performance*. Cambridge University Press; 2002: 227-41.
96. Radesky JS, Kistin CJ, Zuckerman B, Nitzberg K, Gross J, Kaplan-Sanoff M, Augustyn M, Silverstein M. Patterns of mobile device use by caregivers and children during meals in fast food restaurants. *Pediatrics*. 2014; 133: e843-9.
97. Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1978; 17: 1-13.
98. Myruski S, Gulyayeva O, Birk S, Pérez-Edgar K, Buss KA, Dennis-Tiway TA. Digital disruption? Maternal mobile device use is related to infant social-emotional functioning. *Dev Sci*. 2018; 21: e12610.
99. Tharner A, Mortensen AH, Holmsgaard EM, Væver MS. Mothers' smartphone use and mother-infant interactive behavior in the postpartum period. *Pediatric research*. United States; 2021.
100. Beamish N, Fisher J, Rowe H. Parents' use of mobile computing devices, caregiving and the social and emotional development of children: A systematic review of the evidence. *Australas psychiatry Bull R Aust New Zeal Coll Psychiatr*. 2019; 27: 132-43.
101. Knitter B, Zemp M. Digital family life: A systematic review of the impact of parental smartphone use on parent-child interactions. *Digit Psychol*. 2020; 1: 29-43.
102. Kierkegaard L, Pommerencke L, Bonnesen C, Madsen K, Thorhauge A. Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge. En litteraturgennemgang. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2020.
103. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, Bonner RL Jr. Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics*. 2015; 136: 1044-50.
104. Goh SN, The LH, Tay WR, Anantharaman S, van Dam RM, Tan CS, Chua HL, Wong PG, Müller-Riemenschneider F. Sociodemographic, home environment and parental influences on total and device-specific screen viewing in children aged 2 years and below: An observational study. *BMJ open*. 2016; 6: e009113.
105. Krogh MT, Egmo I, Stuart AC, Madsen EB, Haase TW, Væver MS. A longitudinal examination of daily amounts of screen time and technoference in infants aged 2-11 months and associations with maternal sociodemographic factors. *Infant Behav Dev*. 2021; 63: 101543.
106. Rayce S, Hansen A, Mikkelsen M, Pontoppidan M. SPOR - Børns udvikling og trivsel gennem livet. Præsentation af undersøgelsen og udvalgte resultater fra første dataindsamling 2017/2018. København: VIVE; 2021.
107. World Health Organization (WHO). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.
108. American Academy of Pediatrics. Media and children overview. 2021. Available from: <https://services.aap.org/en/patient-care/media-and-children/>.
109. Chiu Y-C, Li Y-F, Wu W-C, Chiang T-L. The amount of television that infants and their parents watched influenced children's viewing habits when they got older. *Acta Paediatr*. 2017; 106: 984-90.
110. Saunders TJ, Vallance JK. Screen time and health indicators among children and youth: Current evidence, limitations and future directions. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017; 15: 323-31.
111. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput J-P, Saunders TJ, Katzmarzyk PT, Okely AD, Connor Gorber S, Kho ME, Sampson M, Lee H, Tremblay MS. Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: An update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016; 41: S249-65.
112. LeBlanc AG, Spence JC, Carson V, Connor Gorber S, Dillman C, Janssen I, Kho ME, Stearns JA, Timmons BW, Tremblay MS. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). *Physiol Appl Nutr Metab*. 2012; 37: 753-72.
113. Kardefelt-Winther D. How does the time children spend using digital technology impact their mental well-being, social relationships and physical activity? An evidence-focused literature review. Florence, Italy: UNICEF Office of Research; 2017.

114. Poulain T, Vogel M, Neef M, Abicht F, Hilbert A, Genuneit J, Körner A, Kiess W. Reciprocal associations between electronic media use and behavioral difficulties in preschoolers. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15: 814.
115. Webster EK, Martin CK, Staiano AE. Fundamental motor skills, screen-time, and physical activity in preschoolers. *J Sport Health Sci*. 2019; 8: 114–21.
116. Hauck JL, Felzer-Kim IT. Time spent in sedentary activity is related to gross motor ability during the second year of life. *Percept Mot Skills*. 2019; 126: 753–63.
117. Hardy LL, Ding D, Peralta LR, Mihrshahi S, Merom D. Association between sitting, screen time, fitness domains, and fundamental motor skills in children aged 5-16 years: Cross-sectional population study. *J Phys Act Health*. 2018; 15: 933–40.
118. Wu X, Tao S, Rutayisire E, Chen Y, Huang K, Tao F. The relationship between screen time, nighttime sleep duration, and behavioural problems in preschool children in China. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26: 541–8.
119. Aishworiya R, Cai S, Chen HY, Phua DY, Broekman BFP, Daniel LM, Chong YS, Shek LP, Yap F, Chan S-Y, Meaney MJ, Law EC. Television viewing and child cognition in a longitudinal birth cohort in Singapore: The role of maternal factors. *BMC pediatrics*. 2019; 19: 286.
120. Lund L, Sølvhøj I, Danielsen D, Folker A, Andersen S. Digitale enheders betydning for søvn hos 0-15-årige børn og unge et systematisk review. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2020.
121. Sampasa-Kanyinga H, Colman I, Goldfield GS, Janssen I, Wang JL, Podinic I, Tremblay MS, Saunders TJ, Sampson M, Chaput J-P. Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020; 17: 72.
122. Griffiths LJ, Dowda M, Dezateux C, Pate R. Associations between sport and screen-entertainment with mental health problems in 5-year-old children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2010; 7: 30.
123. Parkes A, Sweeting H, Wight D, Henderson M. Do television and electronic games predict children's psychosocial adjustment? Longitudinal research using the UK Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child*. 2013; 98: 341–8.
124. Dickson K, Richardson M, Kwan I, MacDowall W, Burchett H, Stansfield C, Brunton G, Sutcliffe K, Thomas J. Screen-based activities and children and young people's mental health and psychosocial wellbeing: A systematic map of reviews. London, UK: EPPI-Centre, UCL Institute of Education, University College London; 2019.
125. Carson V, Lee E-Y, Hesketh KD, Hunter S, Kuzik N, Predy M, Rhodes RE, Rinaldi CM, Spence JC, Hinkley T. Physical activity and sedentary behavior across three time-points and associations with social skills in early childhood. *BMC Public Health*. 2019; 19: 27.
126. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, Lefebvre DL, Azad MB, Moraes TJ, Subbarao P, Becker AB, Turvey SE, Sears MR, Dick BD, Carson V, Rasmussen C, Pei J, Mandhane PJ. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILDBirth cohort study. *PLoS One*. 2019; 14: e0213995.
127. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. *JAMA Pediatr*. 2019; 173: 244–50.
128. Guerrero MD, Barnes JD, Chaput J-P, Tremblay MS. Screen time and problem behaviors in children: Exploring the mediating role of sleep duration. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2019; 16: 105.
129. Del Pozo-Cruz B, Perales F, Parker P, Lonsdale C, Noetel M, Hesketh KD, Sanders T. Joint physical-activity/screen-time trajectories during early childhood: Socio-demographic predictors and consequences on health-related quality-of-life and socio-emotional outcomes. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2019; 16: 55.
130. Poulain T, Ludwig J, Hiemisch A, Hilbert A, Kiess W. Media use of mothers, media use of children, and parent-child interaction are related to behavioral difficulties and strengths of children. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 4651.
131. Skalická V, Wold Hygen B, Stenseng F, Kårstad SB, Wichstrøm L. Screen time and the development of emotion understanding from age 4 to age 8: A community study. *Br J Dev Psychol*. 2019; 37: 427–43.
132. Chen B, van Dam RM, Tan CS, Chua HL, Wong PG, Bernard JY, Müller-Riemenschneider F. Screen viewing behavior and sleep duration among children aged 2 and below. *BMC Public Health*. 2019; 19: 59.
133. Chindamo S, Buja A, DeBattisti E, Terraneo A, Marini E, Gomez Perez LJ, Marconi L, Baldo V, Chiamenti G, Doria M, Ceschin F, Malorgio E, Tommasi M, Sperotto M,

- Buzzetti R, Gallimberti L. Sleep and new media usage in toddlers. *Eur J Pediatr.* 2019; 178: 483–90.
134. Hale L, Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Med Rev.* 2015; 21: 50–8.
135. Zhao J, Zhang Y, Jiang F, Ip P, Ho FKW, Zhang Y, Huang HZ. Excessive screen time and psychosocial well-being: The mediating role of body mass index, sleep duration, and parent-child interaction. *J Pediatr.* 2018; 202: 157–62.
136. Mundy LK, Canterford L, Olds T, Allen NB, Patton GC. The association between electronic media and emotional and behavioral problems in late childhood. *Acad Pediatr.* 2017; 17: 620–4.
137. Trinh M-H, Sundaram R, Robinson SL, Lin T-C, Bell EM, Ghassabian A, Yeung EH. Association of trajectory and covariates of children's screen media time. *JAMA Pediatr.* 2019; 174: 71–8.
138. Langøy A, Smith ORF, Wold B, Samdal O, Haug EM. Associations between family structure and young people's physical activity and screen time behaviors. *BMC Public Health.* 2019; 19: 433.
139. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for skærmbrug til forældre med børn i alderen 0-15 år. 2020. Available from: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Forebyggelse/Indsatser/Fokusomraader/Sundhed%20og%20digitale%20medier/Skaermbrug%200%2015%20aar>.
140. Okely AD, Tremblay MS, Reilly JJ, Draper C, Robinson TN. Advocating for a cautious, conservative approach to screen time guidelines in young children. *The Journal of pediatrics.* 2019; 207: 261–2.
141. Ottosen MH, Stage S. Delebørn i tal - en analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse. København: Socialforskningsinstituttet; 2012.
142. Amato PR, Keith B. Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 1991; 110: 26–46.
143. Amato PR. Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2001; 15: 355–70.
144. Weaver JM, Schofield TJ. Mediation and moderation of divorce effects on children's behavior problems. *J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc (Division 43).* 2015; 29: 39–48.
145. Clark B. Supporting the mental health of children and youth of separating parents. *Paediatr Child Health.* 2013; 18: 373–7.
146. McPherson KE, Kerr S, McGee E, Morgan A, Cheater FM, McLean J, Egan J. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: An integrative systematic review. *BMC Psychol.* 2014; 2: 7.
147. Ottosen MH, Andersen D, Nielsen L, Lausten M, Stage S. Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel. København: Socialforskningsinstituttet; 2010.
148. Ottosen MH, Andersen D, Dahl KM, Hansen AT, Lausten M, Østergaard SV. Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel. København: Socialforskningsinstituttet; 2014.
149. Johansen A, Pant SW, Holstein BE. Familietypens betydning for indskolingsbørns sundhed og trivsel. Temarapport og årsrapport. Børn indskolingsundersøgt i skoleåret 2013/2014. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
150. Carlsund Å, Eriksson U, Löfstedt P, Sellström E. Risk behaviour in Swedish adolescents: Is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor? *Eur J Public Health.* 2013; 23: 3–8.
151. Bergström M, Fransson E, Hjern A, Köhler L, Wallby T. Mental health in Swedish children living in joint physical custody and their parents' life satisfaction: A cross-sectional study. *Scand J Psychol.* 2014; 55: 433–9.
152. Spruijt E, Duindam V. Joint physical custody in the Netherlands and the well-being of children. *J Divorce Remarriage.* 2009; 51: 65–82.
153. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
154. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. København; SST; 2020.
155. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science and Medicine.* 2013; 90: 24–31.
156. Davis E, Sawyer M, Lo SK, Priest N, Wake M. Socioeconomic risk factors for mental health problems in 4-5-year-old children: Australian population study. *Acad Pediatr.* 2010; 10: 41–7.
157. Rajmil L, Herdman M, Ravens-Sieberer U, Erhart M, Alonso J. Socioeconomic inequalities in mental health and health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents from 11 European countries. *Int J Public Health.* 2014; 59: 95–105.

158. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul- til otteårige i Region Hovedstaden i 2002-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
159. Holstein BE, Pant SW, Ammitzbøll J, Laursen B, Madsen KR, Skovgaard AM, Pedersen TP. Parental education, parent-child relations and diagnosed mental disorders in childhood: Prospective child cohort. *Eur J Public Health*. 2021. Online ahead of print.
160. Due P, Krølner R, Rasmussen M, Andersen A, Damsgaard MT, Graham H, Holstein BE. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011; 39: 62-78.
161. Vukojević M, Zovko A, Talić I, Tanović M, Rešić B, Vrdoljak I, Splavski B. Parental socioeconomic status as a predictor of physical and mental health outcomes in children - literature review. *Acta Clin Croat*. 2017; 56: 742-8.
162. Pant SW, Pedersen TP, Ammitzbøll J, Holstein BE, Skovgaard AM. Børns mentale helbred og sundhed. En undersøgelse af nul-til otteårige i Region Hovedstaden. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
163. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4: 346-7.
164. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020; 89: 531-42.
165. Davidson B, Schmidt E, Mallar C, Mahmoud F, Rothenberg W, Hernandez J, Berkovits M, Jent J, Delamater A, Natale R. Risk and resilience of well-being in caregivers of young children in response to the COVID-19 pandemic. *Transl Behav Med*. 2021; 11: 305-13.
166. Thorell LB, Skoglund C, de la Peña AG, Baeyens D, Fuernmaier ABM, Groom MJ, Mammarella IC, van der Oord S, van den Hoofdakker BJ, Luman M, de Miranda DM, Siu AFY, Steinmayr R, Idrees I, Soares LS, Sörlin M, Luque JL, Moscardino UM, Roch M, Crisci G, Christiansen H. Parental experiences of homeschooling during the COVID-19 pandemic: Differences between seven European countries and between children with and without mental health conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 1-13.
167. Grumi S, Provenzi L, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C, Vacchini V, Borgatti R. Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: The mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities. *Disabil Rehabil*. 2021; 43: 27-32.
168. Clotworthy A, Dissing AS, Nguyen T-L, Jensen AK, Andersen TO, Bilsteen JF, Elsenburg LK, Keller A, Kusumastuti S, Mathisen J, Mehta A, Pinot de Moira A, Rod MH, Skovdal M, Strandberg-Larsen K, Tapager IW, Varga TV, Vinther JL, Xu T, Hoeyer K, Rod NH. "Standing together - at a distance": Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. *Scand J Public Health*. 2021; 49: 79-87.
169. Hirani J, Pontoppidan M, Wüst M, Rayce S. Trivsel og hverdagsliv i danske småbørnsfamilier under covid-19-nedlukningen foråret 2020. København: VIVE; 2021.
170. VIVE. SPOR - Børns udvikling og trivsel gennem livet. 2021. Available from: <https://www.vive.dk/da/undersogelser/spor-boerns-udvikling-og-trivsel-gennem-livet-2519/>.
171. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020; 14: 20.
172. Nissen JB, Højgaard DRMA, Thomsen PH. The immediate effect of COVID-19 pandemic on children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 2020; 20: 511.
173. Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: A longitudinal observational study. *The lancet Psychiatry*. 2021; 8: 141-9.
174. Deolmi M, Pisani F. Psychological and psychiatric impact of COVID-19 pandemic among children and adolescents. *Acta Biomed*. 2020; 91: e2020149.
175. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 1-11.
176. Nearchou F, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS, Hennessy E. Exploring the impact of COVID-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 8479.

177. Francisco R, Pedro M, Delvecchio E, Espada JP, Morales A, Mazzeschi C, Orgilés M. Psychological symptoms and behavioral changes in children and adolescents during the early phase of COVID-19 quarantine in three European countries. *Front psychiatry*. 2020; 11: 570164.
178. Bentenuto A, Mazzoni N, Giannotti M, Venuti P, de Falco S. Psychological impact of Covid-19 pandemic in Italian families of children with neurodevelopmental disorders. *Res Dev Disabil*. 2021; 109: 103840.
179. Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*. 2020; 293: 113429.
180. Morelli M, Cattelino E, Baiocco R, Trumello C, Babore A, Candelori C, Chirumbolo A. Parents and children during the COVID-19 lockdown: The influence of parenting distress and parenting self-efficacy on children's emotional well-being. *Front Psychol*. 2020; 11: 584645.
181. Petrocchi S, Levante A, Bianco F, Castelli I, Lecciso F. Maternal distress/coping and children's adaptive behaviors during the COVID-19 lockdown: Mediation through children's emotional experience. *Front public Health*. 2020; 8: 587833.
182. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: A systematic review and meta-analysis. *J Trop Pediatr*. 2020; 00: 1-13.
183. Cellini N, Di Giorgio E, Mioni G, Di Riso D. Sleep and psychological difficulties in Italian school-age children during COVID-19 lockdown. *J Pediatr Psychol*. 2021; 46: 153-67.
184. Cusinato M, Iannattone S, Spoto A, Poli M, Moretti C, Gatta M, Miscioscia M. Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17: 8297.
185. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' stress and children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020; 11: 1713.
186. Spinelli M, Lionetti F, Setti A, Fasolo M. Parenting stress during the COVID-19 outbreak: Socioeconomic and environmental risk factors and implications for children emotion regulation. *Fam Process*. 2020; 60: 639-653.
187. Fitzpatrick O, Carson A, Weisz JR. Using mixed methods to identify the primary mental health problems and needs of children, adolescents, and their caregivers during the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020; 1-12.
188. Gassman-Pines A, Ananat EO, Fitz-Henley J. COVID-19 and parent-child psychological well-being. *Pediatrics*. 2020; 146: e2020007294.
189. Masi A, Diaz AM, Tully L, Azim SI, Woolfenden S, Efron D, Eapen V. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents. *J Paediatr Child Health*. 2021; 57: 631-36.
190. Sciberras E, Patel P, Stokes MA, Coghill D, Middeldorp CM, Bellgrove MA, Becker SP, Efron D, Stringaris A, Faraone SV, Bellows ST, Quach J, Banaschewski T, McGillivray J, Hutchinson D, Silk TJ, Melvin G, Wood AG, Jackson A, Loram G, Engel L, Montgomery A, Westrupp E. Physical health, media use, and mental health in children and adolescents with ADHD during the COVID-19 pandemic in Australia. *J Atten Disord*. 2020; 1087054720978549. Online ahead of print.



5

DAGTILBUD OG INDSKOLING SOM UDVIKLINGSKONTEKST FOR BØRNS MENTALE UDVIKLING

DETTE KAPITEL BESKRIVER BETYDNINGEN AF DAGTILBUD OG INDSKOLINGSMILJØ FOR BØRNS MENTALE UDVIKLING OG SUNDHED.

5.1 SAMMENFATNING

Den tilgængelige forskning om dagtilbuds og indskolingsmiljøets betydning for børns udvikling og mentale sundhed viser nogle tydelige spor: at kvaliteten i dagtilbud, en god overgang fra dagtilbud til skole og et godt skolemiljø har overordentlig stor betydning for børns mentale udvikling og sundhed. Selv om overgange er vigtige, så er det centralt, at børns udvikling sker i et kontinuum, at tidlige vanskeligheder ikke forsvinder af sig selv, men at det kræver en indsats fra omgivelserne at tilrettelægge gode udviklingsbetingelser for børn, der er udsatte. Især er betydningen af kvalitet i dagtilbud et tema, som har fået en fremtrædende plads i forskning og debat om børns trivsel, udvikling og mentale sundhed. Baggrunden er forskning, der viser, at kvalitet i dagtilbud fremmer børnenes kognitive og sociale udvikling både nu og her og gennem livsforløbet. Børn, der har gået i dagtilbud af høj kvalitet, udvikler et mere positivt syn på sig selv og egne fremtidsmuligheder, og ved skolestart har de større tiltro til egne evner til at lære noget nyt end børn, der ikke har gået i dagtilbud af høj kvalitet. Især udsatte børn har gavn af høj kvalitet i dagtilbud i form af styrkede kognitive, sociale og sproglige kompetencer, og lav kvalitet i dagtilbud er en risikofaktor og skadeligt for udsatte børn. I lyset af at vi i Danmark har en usædvanlig høj andel af især små børn i dagtilbud i mange timer hver dag, så er der påfaldende lidt forskning om disse temaer i Danmark. Der mangler mere konkret og specifik viden om hvilke faktorer, der er mest betydende for kvalitet i

dagtilbud og gode overgange mht. at styrke børns mentale sundhed og reducere mentale helbredsproblemer. Der mangler også en praksisnær viden om implementering af indsatser for at styrke børns mentale sundhed i dagtilbud og i overgangen til skole, og viden om hvordan indsatsen måske skal differentieres efter børnegruppens behov. Meget af den viden, vi har om dagtilbuds betydning for børns trivsel og udvikling, stammer fra andre lande. De studier, der er herhjemme, viser, at der er variationer i dagtilbuddenes kvalitet, og at der er en sammenhæng mellem kvaliteten og børnenes udvikling. Der mangler systematisk indsigt i kvaliteten af dagtilbud herhjemme, og der mangler initiativer til at styrke kvaliteten i områder med mange udsatte børn.

Skoleparathed er et andet vigtigt tema fra denne forskning. Begrebet skoleparathed var oprindeligt defineret som kendetegn ved barnet, men man har i stigende grad inkluderet skolens parathed til barnet som en del af begrebet. Selv om der har været en del forskning om indskoling og skoleparathed i Danmark, så har den kun i beskedent omfang haft fokus på børnenes mentale sundhed. Hvis man ser skoleparathed som kendetegn ved barnet, så er de vigtigste risikofaktorer svage socioøkonomiske ressourcer, svage socioemotionelle kompetencer, forsinket sprogdudvikling, ustabile familieforhold og forældre med psykisk sygdom.

Når man fokuserer på skolens parathed til at modtage barnet, så findes en del forskning om overgangen fra dagtilbud til skole. En vellykket

overgang er en proces, hvor familien, dagtilbud og skolen i samarbejde og fællesskab støtter barnet i en vellykket skolestart. Ligeledes findes en del forskning om kendetegn ved skolen, som stimulerer elevernes mentale sundhed. Der er dokumentation for, at lærernes oplevelse af et godt skolemiljø samt stærke lærer-elev-relationer og undervisning af høj kvalitet fremmer børnenes mentale sundhed. Tydeliggørelse af acceptabel adfærd og systematisk forebyggelse af mobning er andre elementer i et mentalt sundhedsfremmende miljø. Elevernes oplevelse af fællesskab samt social kapital i skolen hænger tilsyneladende også tydeligt sammen med god mental sundhed hos eleverne.

5.2 DAGTILBUDS BETYDNING FOR BØRNS UDVIKLING

Verden over er kvalitet i dagtilbud kommet på den politiske dagsorden (1–4). Baggrunden er international forskning, der har vist, at børn, der har gået i dagtilbud af høj kvalitet, udvikler sig bedre, og at dagtilbudskvalitet påvirker børnenes trivsel, læring, intelligens, skoleparathed og motivation (2,5–7). Af samme årsag har organisationen De Forenede Nationer (FN) gjort det til et af verdensmålene at sikre adgang til kvalitets-førskoletilbud, der sikrer, at alle børn er parate til skolegang (mål 4.2). I Danmark stillede fx Kommunernes Landsforening (KL) i 2015 forslag til tidlig investering i udsatte børn, herunder til styrkelse af kvaliteten af dagtilbud (8). Samtidig er der kommet øget fokus på den tidligste barndom og de første 1.000 dage (9) som en særligt væsentlig periode (1–4). I de tidlige samspil lægges et fundament for relationer og samspil, som har grundlæggende betydning, og den tidlige trivsel, læring og udvikling danner grundlag for den videre udvikling (6, 10–12). Børn, der har vanskeligheder tidligt, er således udsatte for at forpasse vigtige udviklingsmuligheder (2). Især udsatte børn har gavn af høj kvalitet i dag-

tilbud, og lav kvalitet er en risikofaktor og skadeligt for udsatte børn (13), en middelkvalitet har ingen effekt for børn fra udsatte baggrunde, og kun dagtilbud af høj kvalitet fører til forbedrede udviklingsmuligheder for barnet, herunder skoleparathed, færdighedsudvikling og en række følelsesmæssige og sociale gevinster (13).

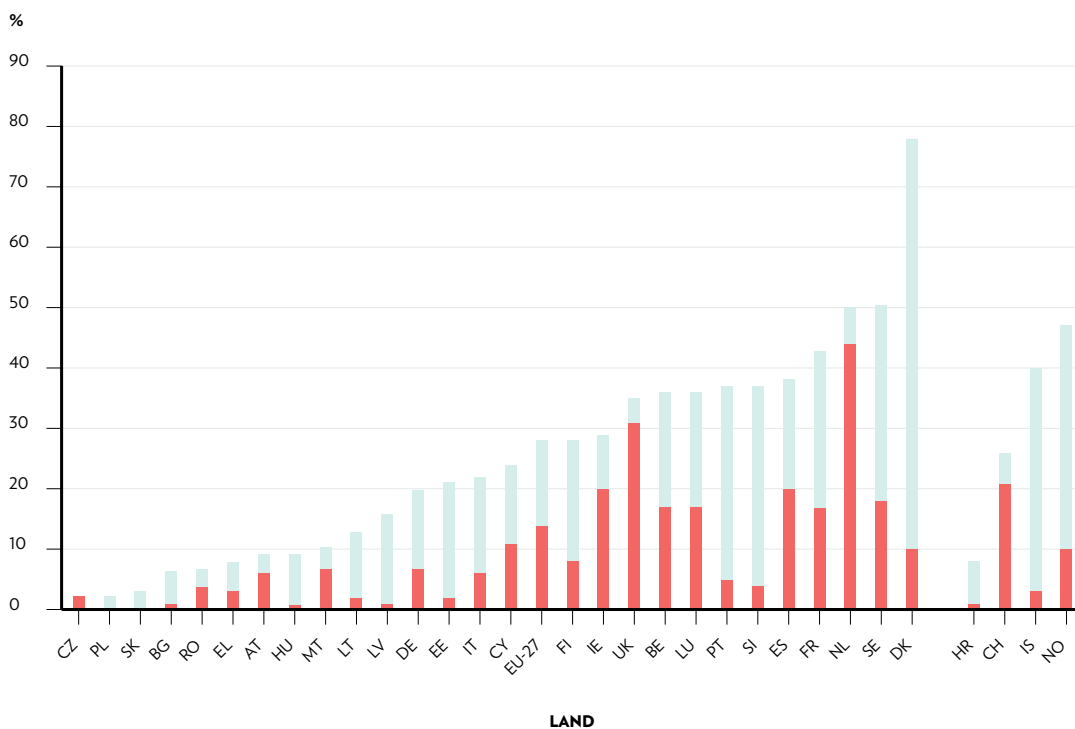
I Danmark, hvor langt størstedelen af børn er i dagtilbud, er dagtilbuddenes forebyggende betydning knyttet til kvaliteten af det dagtilbud, som barnet går i. De mindste børn er i dagtilbud dagligt og i mange timer om dagen. Det betyder, at børn ikke blot er påvirket af det hjemlige miljø. Pædagoger, dagplejere og andre professionelle er en betydelig del af det miljø, barnet færdes i. Danmark skiller sig ud fra andre lande, idet danske børn under tre år er i dagtilbud i mange timer hver dag (se **Figur 5.1**).

Figur 5.1 viser, at Danmark har en højere andel af 0-3-årige børn i dagtilbud end de øvrige lande, der er medlem af EU og den europæiske del af Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Yderligere viser den lyseblå søjle i figuren, at danske børn også har OECD-rekord i antallet af timer tilbragt i dagtilbuddene. Selv blandt de nordiske lande, hvor der er længere tradition for dagtilbud end i mange andre lande, er Danmark det OECD-land, der tidligst sender børn i dagtilbud og i længst tid. Derfor, og i lyset af den tidligste barndoms helt særlige betydning, så bør børnenes muligheder for gunstig udvikling og dermed dagtilbuddenes kvalitet følges nøje. Danmark har et udbygget dagtilbudssystem, hvor alle uanset indkomst kan gøre brug af dagtilbud, ligesom vi har en høj arbejdsmarkedsdeltagelse for både mænd og kvinder. Det er en styrke, men det understreger også betydningen af, at der er kvalitet i vores dagtilbud. Hvis man ser alene på børn i de nordiske lande, så skiller især Finland sig ud med

→ **FIGUR 5.1**

Andel (%) børn under tre år, der er i daginstitution i EU, 2010-2011 i EU-landene (14).

■ ≥30 TIMER/UGE I 2010
 ■ 1-29 TIMER/UGE I 2010



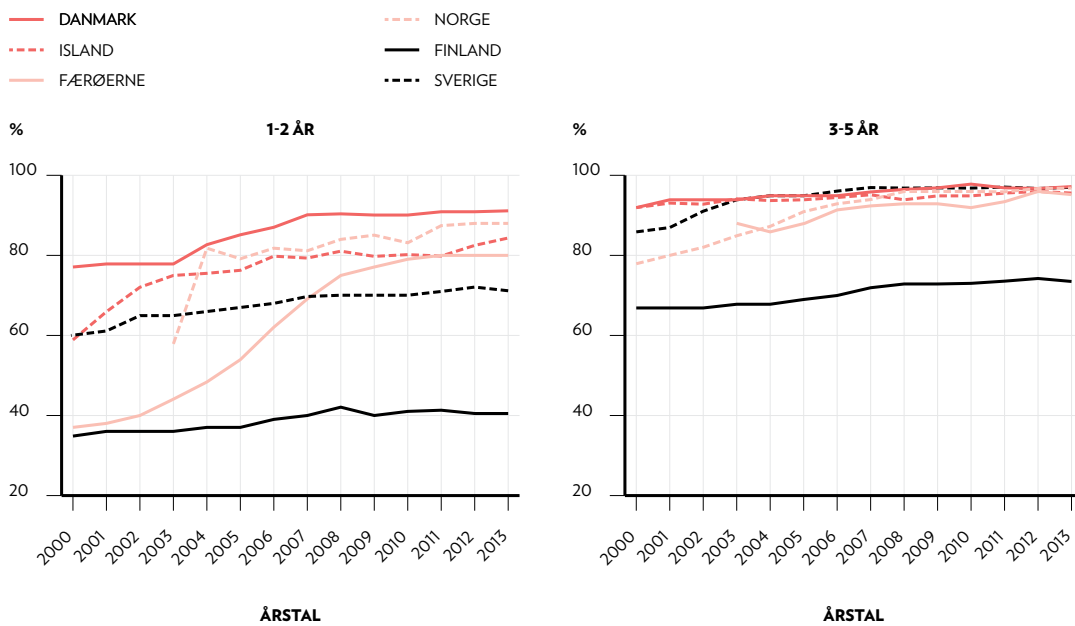
meget få børn under tre år i pasning. Udviklingen i pasning af børn under tre år har taget fart i Norge i de år, der er vist i **Figur 5.2**, men er fortsat ikke på niveau med andelen af danske børn under tre år, der passes ude.

Hvis man sammenligner danske børn med finske børn, så er færre børn i Finland tilknyttet daginstitution, og de starter i en senere alder. På baggrund af viden om dagtilbuddenes betydning for børns udvikling gennem hele skole- og uddannelses-systemet, så er det tankevækkende. Finland bliver ofte fremhævet som et af verdens bedste

uddannelseslande (16). Finlands succes som uddannelsesland kommer til udtryk i PISA-målingerne, der måler skoleelevernes kompetencer i alle OECD-landene hvert tredje år (17). PISA er en forkortelse for Programme for International Student Assessment. Hvor meget af Finlands succes, der grundlægges før skolen, ved vi ikke. Vi har ikke viden om, hvor tidligt finske børns udvikling adskiller sig fra de øvrige nordiske børns udvikling. Der mangler generelt viden om, hvordan disse forskellige opvækstforhold stiller børnene, hvad det betyder for børnene i forskellige aldersperioder, og hvad betydningen heraf er ind i skolealderen.

→ **FIGUR 5.2**

Andel (% af aldersgruppen 2000-2013) 1-5-årige børn indskrevet i daginstitutioner og offentligt finansieret dagpleje (15).



Paradoksalt nok er forholdene for de yngste børn i vores dagtilbud et at de områder, vi ved mindst om herhjemme, og generelt er forskning i betydningen af dagtilbud i Danmark prioriteret lavere end i de andre nordiske lande. Det fremgår af den skandinaviske dagtilbudsdatabase Nordic Base of Early Childhood Education and Care (NB-ECEC), der årligt er analyseret i relation til fordelingen af studier (18). Fx viste afrapporteringen, at der i de i alt 121 studier fra 2017 indgik data fra Norge i 54 studier, data fra Sverige i 48 og data fra Danmark i 22 studier. Det er markant færre studier i Danmark i lyset af antallet af børn i dagtilbud.

I erkendelse af dagtilbuds betydning for børns udvikling og især udsatte børns udvikling samt den brede dækning af dagtilbud i Danmark har danske dagtilbud karakter af universel forebyggelse.

Universelle forebyggende indsatser arbejder ud fra viden om forhold, der fremmer børnenes udvikling og mentale sundhed.

5.3 HVAD ER KVALITET I DAGTILBUD?

Kvalitet i dagtilbud er et sammensat fænomen, hvor mange faktorer indgår og hvor der er forskellige opfattelser af kvalitet fra kultur til kultur (19–21). Der er enighed om, at kvalitetsforhold består af en række strukturelle (fx personalets viden og uddannelse, normering og børnegruppens størrelse) samt processuelle forhold (fx relationer, samspil, tilknytning og aktiviteter). Struktur og procesforhold er sammenhængende, og procesforhold har en klar forbindelse til kvaliteten af et barns udvikling (7). De vigtigste strukturforhold er personalets viden og uddannelse samt normeringerne (22). Det omfattende

engelske studie The Effective Pre-School, Primary and Secondary Education (EPPSE) (5), hvor ca. 3.000 børn blev fulgt i deres forskellige udviklingskontekster, konkluderede, at: Miljøer med personale med gode kvalifikationer, især en høj andel af uddannede pædagoger, havde højere kvalitet; børn fra sådanne miljøer udviste større fremskridt. Jo højere kvalifikationer hos personalet, især det ledende personale, desto større fremskridt hos børnene. Tilstedeværelsen af kvalificerede pædagoger, som arbejder med børnene (i en betydelig del af tiden og desuden med en pædagogisk ledelsesfunktion) havde den største indflydelse på kvaliteten og havde tydelig forbindelse med bedre præstationer i sprogforståelse (pre-reading) og social udvikling (5). Det skal bemærkes, at studiet fokuserede på børn i børnehavealderen, og at der ikke findes et tilsvarende studie med børn i vuggestuealderen.

OECD (2006) (23) har peget på, at uddannelse på bachelorniveau er vigtigt for kvaliteten af dagtilbuddet. OECD har også peget på, at det ift. indholdet i indsatserne i dagtilbud er vigtigt, at pædagogerne har viden om børn og deres udvikling, så de bedre er i stand til at møde børnene og skabe udvikling, der er i overensstemmelse med en forståelse for børnene (1). Uddannet personale i dagtilbud styrker børnenes muligheder for at udvikle sig og lære. De organiserer materialer bedre og er i stand til at give mere aldersrelevante udfordringer. Personalets uddannelse og viden har betydning for samspilskvaliteten i børnegruppen og for samspil mellem børn og voksne, og dermed for de muligheder, der er for børnenes udvikling. Personalets viden om små børns udvikling og behov og personalets evner til at relatere sig til børnene er vigtigt for kvaliteten. Det er også vigtigt, at pædagoger i løbet af deres uddannelse får viden om små børns behov og udvikling, så de bliver i stand til at møde børnene sensitivt og i overensstemmelse med deres udgangspunkt (1).

Normeringerne er også et vigtigt forhold for kvalitet og skal forstås i sammenhæng med de forbedrede forhold, der kan følge med, at der er færre børn for hver pædagog. Fx har antallet af børn pr. voksen betydning for de voksnes muligheder for at indgå i engagerede samspil med hvert enkelt barn (1, 22, 24). Gode normeringer har potentiale til at give børnene mulighed for et tættere forhold til de professionelle voksne, hvilket forbedrer deres muligheder for at udvikle sig og lære. Der findes nogle få danske studier om dette. Bauchmüller, Gørtz og Rasmussen har i et studie vist, at normeringen og personalets uddannelse har stor betydning for børnenes udvikling. Især for drenge. Børn med anden etnisk baggrund profiterede desuden i særlig grad af stabilitet i personalegruppen (25).

5.4 FORSKNING I KVALITET I DAGTILBUD

Der er dokumentation for, at relationen mellem pædagog og barn er en vigtig forudsætning for kvaliteten i dagtilbud, samt at karakteren af relationen påvirker børnenes faglige, personlige og sociale kompetencer på kort og på langt sigt. Det kan være vanskeligt at pege på én bestemt pædagogisk praksis, da en god pædagog-barn-relation i høj grad afhænger af den enkelte pædagogs relationskompetence og måde at møde børnene på, fx med respekt, empati, interesse og lydhørhed. Konkret kan det ses, at primærpædagoger og mindre grupper af børn har en positiv betydning for muligheden for at skabe gode pædagog-barn-relationer (26). En interaktion, der er præget af kvalitet, er kendetegnet ved, at pædagogen giver opmærksomhed til og involverer sig i alle børn. Pædagogen skal kunne veksle mellem forskellige roller, således at han/hun både kan deltage i børnenes leg og overvåge, hvad der sker i børnegruppen (27). Når interaktionen mellem pædagog og barn er karakteriseret ved støtte,

åbne spørgsmål, fælles leg og ved, at pædagogen responderer på barnets udspil, har det positive virkninger på barnets sociale kompetencer på både kort og langt sigt (28).

For de yngste børn er de voksnes omsorgsevne særlig vigtig. Personalets evne til sensitiv og stimulerende omsorg har størst betydning og bidrager mest til barnets positive udvikling i daginstitutionen (29). De små børn har brug for, at personalet responderer umiddelbart og hensigtsmæssigt på de signaler, de giver. De har behov for at føle sig set og forstået. Barnets kognitive, sociale, sansemotoriske og følelsesmæssige udvikling understøttes, når det mødes af engagerede voksne med lydhørhed og positive tilkendegivelser på dets ytringer og følelser, samt når den voksne stimulerer barnet gennem alderssvarende aktiviteter (30, 31). Nære relationer mellem børn og voksne er af stor betydning for barnets trivsel og udvikling (32). En god relation mellem barn og personale er forbundet med bedre sproglige færdigheder, færre adfærdsvanskeligheder samt en øget grad af skolemodenhed hos barnet. Forskning har vist, at de ansatte i daginstitutioner synes at være bedre i stand til gode samspil med de lidt ældre børn (33), og dermed overser de deres væsentlige betydning for de mindre børns udviklingsmuligheder. Tilsvarende fandt et studie fra det amerikanske The National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), at relationer mellem de mindre børn og personalet i mange tilfælde var for ringe (34). I en sammenligning af omsorgen, der blev givet til børn fra Holland, når de var 15 og 23 måneder, fandt Deynoot-Schaub og Riksen-Welraven (2008) (35) tilsvarende, at omsorgskvaliteten øges, når barnet bliver ældre. Der bliver sat spørgsmålstejn ved, om omsorgen for de yngre børn er tilstrækkelig. Degotardi (2010) (36) fandt, at personalet ikke var gode til at bruge de daglige rutiner til sensitivt samspil.

Hamre og Pianta (2001) (37) opdeler relationskvaliteten i tre kategorier, der er præget af nærhed, konflikt eller afhængighed. Disse kvalitetsdimensioner er fundet at have sammenhæng med barnets trivsel og adfærd i både dagtilbud og skole. Konflikt og afhængighed er blevet fundet at hænge sammen med et forhøjet cortisolniveau hos barnet i løbet af dagen i institutionen og er således stressende for barnet (38). Nære relationer fører til tryk tilknytning mellem personale og børn. Små børn har behov for at indgå i positive relationer med de voksne (39). Når den voksne ændrer sin adfærd over for barnet, vil de ændrede handlinger påvirke barnet og også føre til ændret adfærd hos barnet (32). Undersøgelser har vist, at når de voksne omtaler barnet positivt, har det betydning for de andre børns relationer til det pågældende barn (40). Gode relationer bidrager til at forebygge en negativ udvikling hos børn i risikogrupper (37). Legende samspil fremmer gode relationer (32). Hamre og Pianta (2001) (37) har fundet sammenhæng mellem relationskvalitet i daginstitutionen og barnets relationer og faglige resultater i 8. klasse. Positive relationer i dagtilbuddet er en vigtig beskyttelsesfaktor for små børn (41).

Det tidligere omtalte omfattende engelske studie EPPSE (42) har undersøgt, hvad kvalitet betyder for børn i børnehaven. Studiet er vigtigt, fordi man har fulgt de samme ca. 3.000 børn, da de var fem, otte, 11, 14 og 16 år. Man har sammenholdt børnenes udvikling med deres baggrund, det hjemlige læringsmiljø og omfanget samt karakteren af dagtilbuddet. Systematikken, den lange observationstid og omfanget af datasættet gør studiet enestående. EPPSE-studiet har vist en sammenhæng mellem de kvaliteter, som børn møder i deres dagtilbud, og børnenes udvikling. I de børnehaver, hvor børnene udviklede sig bedst på kompetencer og relationer, var der dobbelt så meget vedvarende fælles opmærksomhed, hvor

voksne og børn er fordybede i samtaler og handlinger om et fælles emne, og pædagogerne var mere nærværende og mindre overvågende. Disse dagtilbud havde betydning for børnenes udvikling af færdigheder og relationer. Disse gevinster ved dagtilbuddenes kvaliteter har stor betydning for barnets muligheder for at udvikle mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer. Sociale kompetencer og selvregulering er fremhævet som de forhold, der bedst forudsiger et barns udvikling, mentale helbred og trivsel gennem livet (43). Studier har også fundet, at der var forhold i dagtilbuddets ledelse, organisering og samarbejde, der virker fremmende for at udvikle kvaliteten i den pædagogiske praksis (44–46).

5.4.1 Hvordan går det med børnene i de danske dagtilbud?

For danske forhold viser forskning, at dagtilbud ikke entydigt gør en forskel for børn, hvis deres udvikling er truet. En undersøgelse foretaget for Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016) (47) viste, at der allerede i vuggestuen sås markante forskelle i børnenes socioemotionelle udvikling, og at forskellene fortsatte op i børnehavealderen. Man brugte dataindsamlingsværktøjet Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure Research Edition (SEAM) (48). Redskabet anvendes til at undersøge børns udvikling af empati, selvregulering og samarbejde inddelt i følgende aldersgrupper: småbørn I (0-17 måneder), småbørn II (18-35 måneder) og børnehalebørn (36 måneder til skolestart). Undersøgelsen blev gennemført i 14 kommuner med tilsammen 13.000 børn i perioden 2014-2017. Undersøgelsen understregede betydningen af de helt tidlige indsatser og af fokuserede indsatser, der er målrettet særlige udsatte grupper. Undersøgelsen viste at:

- Børnenes kompetenceniveau ikke steg med

alderen i perioden 3-5 år. Det skyldes, at mange grundlæggende forudsætninger for socioemotionelle kompetencer er etableret før barnet kommer i børnehave.

- Dagpleje- og vuggestuebørn havde til gengæld en forholdsvis markant stigning i socioemotionelle kompetencer. Det indikerer, at det er i den tidlige alder, at byggestenene til socioemotionelle kompetencer grundlægges.
- Det er mens børnene er helt små, at forskellene mellem dem med de svageste og de stærkeste socioemotionelle kompetencer etableres, og de forskelle varer helt ind til skolealderen.
- Helt ned til de yngste børn på seks måneder sås en gennemsnitligt lavere score for empati og selvregulering hos børn af mødre uden uddannelse og hos børn med anden etnisk baggrund end dansk.

Der er således nogle mønstre, der peger i retning af den tidligste barndom som særlig vigtig i formningen af barnets socioemotionelle kompetencer. Det, undersøgelsen ikke viste, var, om og hvordan mønstrene var påvirkelige for indsatser i dagtilbud. Børn formes af omgivelserne, men i hvilken grad barnets opvækst i dagtilbuddene kan skabe forbedret udvikling for børn, der har vanskeligheder, viste undersøgelsen ikke.

Projektet Handlekompetencer i Pædagogisk Arbejde (HPA) (45) viste også, at børnenes socioøkonomiske baggrunde havde betydning for barnets udvikling. Børn med en høj socioøkonomisk baggrund havde i børnehavealderen i mindre grad vanskeligheder på personlige og sociale områder, ligesom barnets sproglige udvikling og læringsparathed afspejlede familiebaggrunden. Jo længere uddannelse familien havde, desto færre vanskeligheder havde den (45). HPA-resultaterne viste, at der var en betydelig negativ sammenhæng mellem socioøkonomisk baggrund og barnets udvikling.

Moderens uddannelsesniveau havde betydning for barnets sociale og personlige kompetencer samt for evnen til at knytte venskaber og indgå i leg. Længden på moderens uddannelse havde også væsentlig betydning for motivation og evnen/viljen til at gennemføre aktiviteter. Børn af forældre med længere uddannelse drillede og sloges mindre end børn af forældre med kort uddannelse. Endelig blev der vist en sammenhæng mellem socioøkonomisk status og rastløshed (hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder) hos børn. På de kognitive områder var der sammenhæng mellem socioøkonomisk status og barnets sproglige kompetencer, matematiske og logiske evner. Længere uddannelse hos forældrene var ensbetydende med stærkere sproglige kompetencer hos børnene. Samme sammenhæng blev vist i data fra Program for Læringsledelse (49). Jo længere uddannelse forældrene havde, des bedre var børnenes sproglige færdigheder vurderet, og jo kortere uddannelse forældrene havde, des dårligere blev børnenes sproglige færdigheder vurderet.

Også Danmarks Evalueringsinstituts undersøgelse af børnenes sprog i tresårsalderen viste, at børnenes sproglige udvikling hang sammen med forældrenes uddannelse. Undersøgelsen sammenfattede resultaterne af 13.000 treårige børns sprogvurderinger og nåede bl.a. frem til, at barnets sociale baggrund havde betydning for, om de var blandt de 8%, som havde brug for en fokuseret indsats, hvor børnehaven fx stimulerer barnets sprogudvikling, eller de 9%, som havde brug for en særlig indsats, hvilket svarer til omfattende sproglig stimulering (50). Denne undersøgelse beskriver behovet for indsats. De indsatser kommunerne er forpligtet på, blev ikke evalueret i denne undersøgelse.

Sproglig udvikling står centralt i arbejdet med at udvikle og forbedre kvaliteten i dagtilbud. Ifølge dagtilbudsloven er kommunerne forpligtet til at

undersøge og sprogstimulere børn, der hvor der er behov (51). Korrelationsanalyser har vist, at der er meget stærk sammenhæng mellem sociale og sproglige færdigheder (52). Sprog og social udvikling hænger sammen, og begge dele er nødvendige for social deltagelse både i relation til andre børn og til voksne. Børn, der er med i forskellige aktiviteter sammen med andre børn, vil nødvendigvis blive udfordret både motorisk, sprogligt og socialt, og det bidrager til deres læring og udvikling.

5.5 INDSKOLINGEN SOM UDVIKLINGSKONTEKST

Undervisningspligten indtræder den 1. august i det kalenderår, hvor barnet fylder seks år. Ifølge folkeskolelovens §34 og §36 kan kommunalbestyrelsen efter forældrenes anmodning eller med deres samtykke godkende, at et barns undervisning udsættes til et år efter undervisningspligtens indtræden, når det er begrundet i barnets udvikling. I alt 6,1% af de nystartede elever i børnehaveklassen i skoleåret 2019/20 startede senere end det år, de fyldte seks år (53), men der findes ingen opgørelse over begrundelserne herfor. Ligeledes vil det være muligt, at et barn efter forældrenes anmodning indskrives i folkeskolen fra begyndelsen af det kalenderår, hvor barnet fylder fem år. Der er ikke centralt fastsatte retningslinjer for, hvordan denne vurdering skal foretages. I praksis er det skolelederen, der vurderer, om barnet kan starte tidligere eller senere i skole. Er skolelederen i tvivl kan vedkommende kontakte pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) og bede dem udarbejde en Pædagogisk Psykologisk Vurdering (PPV). Rullende skolestart kan forekomme i nogle kommuner. Dette står noteret i Folkeskoleloven som en mulighed. Det er ikke kun børnene, der skal være parate til skolen. Skolen skal også være parat til børnene og tilpasse børnehaveklassens tilbud til børnene (54).

I dagtilbudsloven (51) fastlægges det, at der skal skabes en god overgang i samarbejde. Det er op til kommunerne, hvordan de organiserer og arbejder med overgangene, og det bliver i praksis gjort meget forskelligt. Det angives også, at der skal være skoleforberedende aktiviteter i daginstitutterne. Børne- og Undervisningsministeriet har det overordnede ansvar for dagtilbud og skoler, mens organisering og drift af dagtilbud og skoler er kommunernes ansvar.

En forskningsoversigt har bekræftet, at børn der kommer fra socialt, udsatte hjem i bred forstand (varierende definition fra den ene undersøgelse til den anden) eller fra en socioøkonomisk svag baggrund har et vanskeligere møde med skolen. De har flere konflikter med kammerater, konflikter med læreren, koncentrationsproblemer og psykiske problemer ved indgangen til skolen (55). Noget tyder på, at problemerne fortsætter langt ind i skoleforløbet, hvor børn med stærk social baggrund oftest beskrives af lærerne som overvejende velmotiverede og interesserede i undervisningen, mens børn med svag social baggrund oftere beskrives som urolige, ukoncentrerede og forstyrrende for undervisningen. Deres forældre beskrives hhv. som overvejende aktivt interesserede i deres børns undervisning med mulighed for aktiv støtte til lektielæsning og som passive og ude af stand til at hjælpe deres børn med lektielæsningen (56). Mht. det faglige er der også typisk sammenhæng mellem social baggrund og børnenes faglige udvikling i skolen. Jo højere uddannelse moren har, desto bedre klarer barnet sig i læsning i de nationale test. Og forskellene synes kun at blive større, efterhånden som børnene bliver ældre (57). Samme billede fremgår, hvis der fokuseres på børnenes trivsel eller tilstedeværelse i skolen. Jo højere uddannelsesniveau forældrene har, desto bedre trives barnet, og jo mindre fravær har det enkelte barn.

En undersøgelse foretaget for Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling (2016) (47) har vist, at:

- Allerede i dagplejen og vuggestuen var der markante forskelle i børnenes kompetencer, og forskellen i børnenes kompetencer var relativt stabil på tværs af aldersgrupper.
- Forskellen i børnenes kompetencer ved udgangen af børnehavetiden var op imod to år mellem børn med de svageste kompetencer og børn med gennemsnitlige kompetencer.
- Der var indbyrdes sammenhænge mellem kompetencerne. Børn med stærke sproglige kompetencer havde således større sandsynlighed for også at have stærke kompetencer inden for det tidlige matematiske område end børn med svage sproglige kompetencer.

Denne tidlige ulighed betyder, at nogle børn kommer i børnehave og skole med store efterslæb, som det er vanskeligt at rette op på gennem børnehave- og skoletiden.

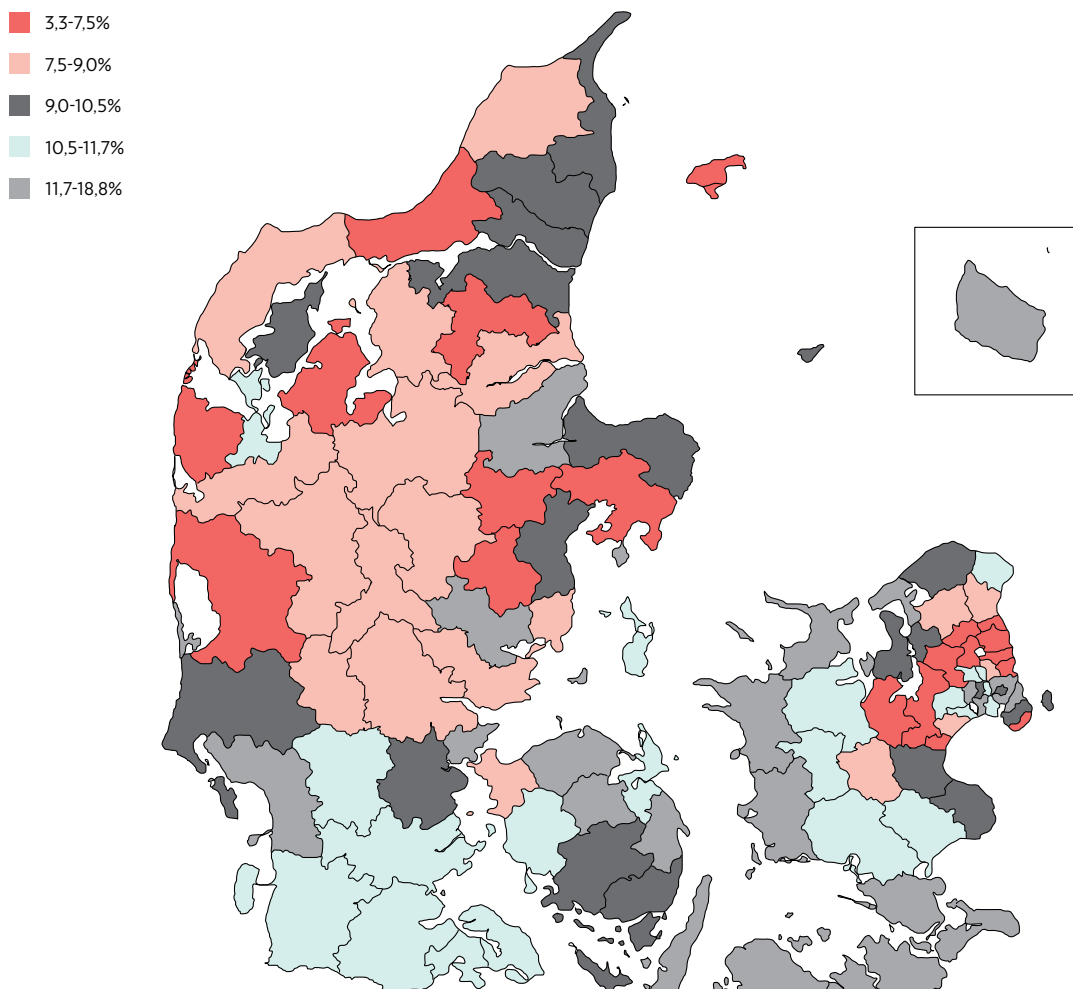
En sammenhængende strategi med fokus på trivsels- og læringsmæssig inklusion, der går på tværs af dagtilbud og skole, formodes at bidrage til at sikre børnene gode udviklingsmuligheder og imødegå, at vanskeligheder fastholdes i et kontinuum mellem dagtilbud, i skolen og videre i uddannelsessystemet – og livet (57). Høje forventninger til børnene, konsistens og konsensus blandt lærerne samt at følge børnenes progression og at samle relevante data om progression (58–60) fremhæves som betydningsfuldt for at skabe god kvalitet. Forældresamarbejde er fremhævet på tværs af dagtilbuds- og skoleforskning (5, 59) som afgørende for at skabe gode udviklings- og trivselsmuligheder for børn. Der er brug for mere fokus på kvalitet i det, der går forud for skolen, og på dagtilbuddenes betydning for at børnene får gode udviklingsbetingelser og dermed bliver parate til skolen.

Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA) og Socialstyrelsen udgav en rapport i 2015 (61), der viste, at der er stor forskel på, hvor mange sårbare og udsatte børn, der bor og vokser op i kommunerne. Koncentrationen af udsathed i visse boligområder og kommuner er en betingelse, der stiller kommuner og dagtilbud forskelligt. Koncentrationen af udsathed betyder, at der er kommuner og dagtilbud,

der er særligt udfordrede mht. at skabe gode udviklingsmuligheder for børnene (61, 62). Sårbare børn (se definition nedenfor) klarer sig bedre i de kommuner, hvor den øvrige børnegruppe også klarer sig godt (61). Undersøgelse af Kloppenborg & Wittrup (2015) (61) viste også, at der er stor variation i andelen af en kommunes børnebefolkning, der kan betegnes som sårbar (se **Figur 5.3**).

→ FIGUR 5.3

Andel sårbare børn (%) af den samlede børnebefolkning i den enkelte kommune (61)



Kloppenborg & Wittrup (2015) (61) har defineret de sårbare børn som de 10% af børnene, der på landsplan har den højeste risiko for at blive modtagere af sociale foranstaltninger. Sårbarhedsindikatoren giver os desuden et billede af, hvilke kommuner der har høje andele af børn, der er udsatte i et udviklingsperspektiv. De faktorer, som belaster forhold i opvæksten, er ifølge Kloppenborg & Wittrup (2015):

Børneniveau:

- › Køn
- › Ikke-vestlig oprindelse
- › Fødselsvægt
- › Kontakt på psykiatrisk hospital
- › Indlæggelse på somatisk hospital
- › Kontakter til almenpraktiserende læge
- › Adoptivbarn
- › Antal børn i barnets familie

Forældreniveau:

- › Uddannelse
- › Indkomst
- › Arbejdsmarkedsstatus
- › Jobprestige
- › Kriminalitet
- › Forældres død
- › Alder ved barnets fødsel
- › Stofmisbrug (behandling)
- › Kontakt på psykiatrisk hospital
- › Indlæggelse på somatisk hospital
- › Kontakter ved almenpraktiserende læge

Disse baggrundsforhold har statistisk sammenhæng til sociale foranstaltninger og udgør dermed det, der i den pågældende undersøgelse betegnes som en sårbarhedsindikator (63–65).

Den store forskel mellem kommunerne på, hvor mange sårbare og udsatte børn, der bor og vokser op, stiller kommunerne meget forskelligt,

og undersøgelsen viste da også, at det var lettere for kommuner med færre udsatte børn at skabe gode udviklingsbetingelser for sårbare børn (61). Dette gjaldt såvel i dagtilbud som i skole. Undersøgelsen viste, at når der var mange sårbare børn, så påvirkede det børnenes faglige udvikling negativt. Kommuner med færre udsatte familier og børn havde bedre muligheder for at skabe god udvikling for kommunens børn. Af rapporten Dagtilbudsområdet – kortlægning af kommunernes personaleforbrug og strukturelle vilkår (66) fremgik det, at der var store forskelle i kommunernes økonomiske råderum, og at den enkelte kommunes økonomiske grundlag bl.a. afspejledes i ressourcetildelingen. Fx havde kommuner med et højere ressourcegrundlag i gennemsnit en højere personalenormering i sine dagtilbud (66). Kommuner med høje andele af sårbare børn og familier havde vanskeligere ved at stille børn lige. Den sociale segregering i skoler og dagtilbud hang sammen med bosætningen, hvor også forældrenes muligheder for at vælge en anden skole eller dagtilbud end det lokale samt mulighederne for at vælge private løsninger, var med til at stille børn ulige. Rekrutteringsvanskeligheder og manglende økonomiske ressourcer i belastede kommuner, hvor der generelt er efterspørgsel på ressourcer, kan stå i vejen for at udvikle kvalitetstilbud. Viden om og fokus på betydningen af det pædagogiske arbejde kan anspore til kvalitetspraksis netop i områder med mange udsatte børn. Det har fx vist sig at have betydning i de amerikanske No Excuses Schools, hvor man har mobiliseret lokale kræfter og vist, at det er muligt at skabe lighed i børns udvikling også i meget udsatte boligområder (58).

5.6 FORSKNING OM INDSKOLING, SKOLEPARATHED OG BØRNS MENTALE SUNDHED

I vor tid inkluderer man ofte tre dimensioner i

begrebet skoleparathed: 1) om barnet er klar til skolen, 2) om skolen er klar til barnet og 3) om familie, skole og lokalsamfund er i stand til at støtte barnets sunde udvikling (54, 67–70).

Er barnet klar til skolen? Synspunktet er, at børn skal være tilstrækkeligt modne, dvs. have opnået bestemte standarder for adfærd og kompetence (fx sproglig kompetence), inden de starter i skolen (sprogudvikling omtales nærmere i kapitel 4.6 samt i kapitlerne 6 og 7). Forskere har i tidens løb lagt vægt på forskellige aspekter af barnets skoleklarhed, fx begavelse, evnen til at lære, sproglige og kommunikative kompetencer, selvregulering, socioemotional udvikling, helbred og motorik (54, 69–73). Forskningen har ofte haft fokus på børn med særlige behov, herunder mentale helbredsproblemer og børn med minoritetsbaggrund. De vigtigste risikofaktorer for barnets skoleparathed er svage socioøkonomiske ressourcer (72), herunder at bo i et belastet boligområde (74), svage socioemotionelle kompetencer (74–76), ustabile familieforhold (77) og forældre med psykisk sygdom (71, 74). En del forskning har fokuseret på, hvorledes man kan styrke børns socioemotionelle kompetencer, fx ved at barnet involveres i rutiner i hjemmet (75) og ved at forældrene engagerer sig i barnets udvikling og samarbejder med skolen (76).

Et dansk projekt (78) har fokuseret på, at en god overgang til skole begynder tidligt i dagtilbuddet. Rambøll (79) har evalueret denne nye indsats for at støtte udsatte børn, så de udvikler kompetencer til deltagelse i skolelivet, særligt socioemotionelle, eksekutive og sproglige kompetencer. Deltagerne var 312 børn i 12 dagtilbud i tre kommuner, der blev sammenlignet med en tilsvarende population af børn, som ikke var med i projektet. Projektet rummede to indsats: en målrettet pædagogisk indsats i dagtilbud med systematisk støtte til og udfordring af børnene og en indsats for at styrke

de organisatoriske rammer i dagtilbud, så de kan forberede børnenes overgang til skole. Der var signifikante effekter på børnenes sproglige kompetencer (rim og ordforråd) og socioemotionelle kompetencer.

Er skolen klar til barnet? Meget af denne forskning har interesseret sig for selve overgangen til skolen, i Danmark typisk overgangen fra dagtilbud til skole (54, 68). En vellykket overgang defineres ofte som en proces, hvor familien og skolen i samarbejde og fællesskab støtter barnet i en vellykket skolestart. I mange danske kommuner bruger man tidlig start i skolefritidsordninger (SFO) for at understøtte den vellykkede skolegang (69). Stanek & Vendelbo (2019) (69) har i deres gennemgang af praksis i Danmark konkluderet, at tidlig start i en SFO ikke giver sikkerhed for en optimal overgang fra dagtilbud til skole. Personalegrupperne er ikke enige om, hvad skoleparathed betyder, og modellen med tidlig start i en SFO giver ikke sikkerhed for det, børnene har allermost brug for: nærværende voksne som støtter børnene i at finde sig til rette i skolen. En anden videnskabelig tilgang til spørgsmålet, om skolen er klar til barnet, er kortlægning af skolekarakteristika, som fremmer barnets udvikling, trivsel og mentale sundhed.

Meget af den forskning, vi har kunnet identificere, stammer fra udlandet og omhandler børn, der er ældre end ti år, så der kan være tvivl om, hvorvidt fundene har gyldighed for danske skolebørn under ti år. Men der ser ud til at være god dokumentation for, at lærernes oplevelse af et godt skolemiljø samt stærke lærer-elev-relationer og undervisning af høj kvalitet fremmer børnenes mentale sundhed (13, 80, 81). Tydeliggørelse af acceptabel adfærd og systematisk forebyggelse af mobning er andre elementer i et mentalt sundhedsfremmende miljø (81, 82) (betydningen af mobning for mental sundhed omtales nærmere i kapitel 7 og 8).

Elevernes oplevelse af fællesskab (83) samt social kapital i skolen hænger tilsyneladende også tæt sammen med god mental sundhed hos eleverne (84–86). Social kapital er et udtryk for tillid og samvirke, social sammenhængskraft eller billedligt talt den lim og olie, der gør det muligt for fællesskabet at fungere. Lim for at holde sammen på fællesskabet, olie for at få samarbejdet til at glide. En høj grad af social kapital i en skole ser ud til ikke kun at styrke elevernes mentale sundhed, men også at udligne noget af den socioøkonomiske ulighed i mental sundhed, fordi elever fra lavere socioøkonomiske lag har ekstra meget ud af det fællesskab og den tillid, som kendetegner skoler med høj social kapital (86, 87).

5.7 PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK RÅDGIVNING

PPR er en uafhængig rådgivning, hvor forældre kan henvende sig for at få råd og vejledning vedrørende børn og unge mellem 0-18 år. Dette kunne fx være om et barns skoleparathed. PPR har til formål at sikre, at alle børn får den nødvendige hjælp i skole og dagtilbud. Hvis en egentlig vurdering af barnet skal sættes i gang, skal barnet indstilles til PPR, fx gennem dagtilbuddets eller skolens leder, sundhedstjenesten, forældrene eller barnet selv. Indstillingen skal beskrive årsagen til, at der ønskes iværksat en vurdering af behovet for specialpædagogisk bistand, samt hvilke former for støtte, der er ydet. Flere undersøgelser peger i retning af, at omkring 10-11% af eleverne har vanskeligheder i skolestarten. Det gælder især drenge og børn fra familier og områder med lav socioøkonomisk status og svag social og kulturel kapital (88, 89).

På trods af, at der er fokus på tidlig indsats i kommunerne, så er de fleste PPR-ressourcer fortsat rettet ind i skolen (90). Nogle PPR-psykologer for-

tæller, at de aldrig har fået henvendelser fra vuggestuer, og at PPR-kontakten til dagtilbudsområdet er ad hoc og med lange mellemrum. Omvendt er der på skoleområdet ofte fast psykologbetjening en eller flere dage om ugen. I skolen er der tværfaglige dialogmøder med faste intervaller, og man diskuterer løbende og tager stilling til udredning og intervention mhp. at forbedre udviklingsbetingelser (90). Man følger så at sige skolen og børnene i langt højere grad, end det er tilfældet i dagtilbud, hvilket tyder på, at man i mindre grad er opmærksomme på det kontinuum af vanskeligheder, der begynder tidligt, og at indsatser tidligt har stor betydning for barnets møde med skolen. Derfor er der grund til, at PPR arbejder med børns udvikling i kontekster og i forebyggelsesperspektiver (90, 91). PPRs rolle i opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer omtales nærmere i kapitel 6.

En opgørelse over underretninger fra Børne- og Socialministeriet for årene 2015 og 2016 (92), der er baseret på tal fra Danmarks Statistik, har vist, at skolerne stod for 23% af underretningerne, mens underretninger fra sundhedsvæsenet udgjorde 17%. Dagleje, daginstitution, fritidshjem, klub eller SFO stod for 6,3% af underretningerne. Der er stor kommunal variation i antallet af underretninger. Socioøkonomiske forhold er en væsentlig del af forklaringen på variationen. I **Tabel 5.1** ses, at der var færre underretninger på børn inden skolestart, hvilket tyder på, at der er større opmærksomhed på vanskeligheder, fra barnet begynder i skolen.

→ **TABEL 5.1**

Antal underretninger om børn og unge efter alder i 2015-2016 (92).

ALDER	2015		2016	
	ANTAL	%	ANTAL	%
0 ÅR	→ 1.911	→ 2,0	→ 1.977	→ 1,9
1 ÅR	→ 3.153	→ 3,3	→ 3.340	→ 3,5
2 ÅR	→ 3.121	→ 3,2	→ 3.417	→ 3,5
3 ÅR	→ 3.489	→ 3,6	→ 3.641	→ 3,8
4 ÅR	→ 3.744	→ 3,9	→ 4.397	→ 4,6
5 ÅR	→ 4.432	→ 4,6	→ 4.572	→ 4,7
6 ÅR	→ 4.478	→ 4,6	→ 5.055	→ 5,2
7 ÅR	→ 5.093	→ 5,3	→ 5.272	→ 5,5
8 ÅR	→ 4.944	→ 5,1	→ 5.970	→ 6,2
9 ÅR	→ 5.209	→ 5,4	→ 5.675	→ 5,9
10 ÅR	→ 5.144	→ 5,3	→ 5.693	→ 5,9
11 ÅR	→ 5.128	→ 5,3	→ 5.517	→ 5,7
12 ÅR	→ 5.215	→ 5,4	→ 5.748	→ 6,0
13 ÅR	→ 5.964	→ 6,2	→ 6.126	→ 6,3
14 ÅR	→ 7.402	→ 7,7	→ 7.638	→ 7,9
15 ÅR	→ 8.138	→ 8,4	→ 8.566	→ 8,9
16 ÅR	→ 7.318	→ 7,6	→ 8.096	→ 8,4
17 ÅR	→ 6.458	→ 6,7	→ 6.894	→ 7,1
18 ÅR	→ 2.759	→ 2,9	→ 2.805	→ 2,9
UFØDT	→ 2.128	→ 2,2	→ 2.257	→ 2,3
UOPLYST ALDER	→ 1.354	→ 1,4	→ 1.465	→ 1,5
I ALT	→ 96.592	→ 100	→ 104.121	→ 100

5.8 REFERENCER

1. OECD. Engaging young children: Lessons from research about quality in Early Childhood Education and Care. Starting strong. Paris: OECD Publishing; 2018.
2. Lazzari A, Vandebroek M. The impact of early childhood education and care on cognitive and noncognitive development. A review of European studies. Conference: Quality early childhood services for all: Addressing disparities in access for children from migrant and low-income families: Transatlantic Forum on Inclusive Early Years; 2013.
3. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer. Final report. World Health Organization; 2007.
4. Britto PR. Early moments matter for every child. Early childhood development programme. New York: UNICEF; 2017.
5. Sylva K, Melhuish E, Sammons P, Siraj-Blatchford I, Taggart B. The effective provision of pre-school education (EPPE) project: Findings from pre-school to end of key stage1. London: Institute of Education, University of London and Sure Start; 2004.
6. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*. 2006; 312: 1900–2.
7. Vandell DL, Belsky J, Burchinal M, Steinberg L, Vandergrift N. Do effects of early child care extend to age 15 years? Results from the NICHD study of early child care and youth development. *Child Dev*. 2010; 81: 737–56.
8. Kommunernes Landsforening. De udsatte børn - Fremtiden er deres. KL-udspil om udsatte børn og unge. København: KL; 2015.
9. Børne- og Undervisningsministeriet. Fakta om "1.000-dages-program - en bedre start på livet". Available from: <https://www.regeringen.dk/media/5563/fakta-1000dage.pdf>.
10. National Scientific Council on the Developing Child. Building the brain's "air traffic control" system: How early experiences shape the development of executive function. Working paper no.11. Harvard: Center on the Developing Child, Harvard University; 2011.
11. National Scientific Council on the Developing Child. Early experiences can alter gene expression and affect long-term development. Working paper no. 10. Harvard: Center on the Developing Child, Harvard University; 2010.
12. Fonagy P, Target M. Tidlig indsats og udvikling af selvregulering. I: Sørensen JH, eds. Affektregulering i udvikling og psykoterapi. København: Hans Reitzels Forlag; 2006: 186–207.
13. Minervino J. Lessons from research and the classroom: Implementing high-quality pre-k that makes a difference for young children. Seattle: Bill & Melinda Gates Foundation; 2014.
14. Vandebroek M, Lenaerts B. Benefits of Early Childhood Education and Care and the conditions for obtaining them. Analytical Report No. 32 Prepared for the European Commission; 2018.
15. Marcussen JM. Social tryghed i de nordiske lande 2012/13. Omfang, udgifter og finansiering. Version 57: 2014. København: Nordisk Socialstatistisk Komité; 2014.
16. Colagrossi M. 10 reasons why Finland's education system is the best in the world. 2018. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2018/09/10-reasons-why-finlands-education-system-is-the-best-in-the-world>.
17. Mejding J, Roe A. Northern Lights on PISA 2003- a reflection from the Nordic countries. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2006.
18. NB-ECEC. Om forskningsdatabasen NB-ECEC. Available from: <https://www.nb-ecec.org/om-forskningsdatabasen>.
19. Ringsmose C. Pædagogisk kvalitet gennem organisatorisk og professionel udvikling. Data og forskningsviden som grundlag for udvikling af kvalitet. *Pædagogisk Psykol Tidsskr*. 2020; 57: 80–97.
20. Ringsmose C, Brogaard-Clausen S. Comparative perspectives on early childhood: Choices and values. I: Ringsmose C, Kragh-Müller G, eds. Nordic Social Pedagogical Approach to Early Years International Perspectives on Early Childhood Education and Development, vol. 15. Cham: Springer; 2017.
21. Kragh-Müller G, Ringsmose C. Educational quality in preschool centers. *Child Educ*. 2015; 91: 198–205.
22. Huntsman L. Determinants of quality in child care: A review of the research evidence. Literature review. Ashfield NSW: Centre for Parenting & Research, Service System Development Division, NSW Department of Community Services; 2008.
23. OECD. Starting Strong II: Early Childhood Education and Care. Paris: OECD Publishing; 2006.

24. Svinth L, Henningsen I. Normeringens betydning for kvalitet i daginstitutioner. *Pædagogisk indblik*. 2021; 09.
25. Baumüller R, Görtz M, Rasmussen AW. Long-run benefits from universal high-quality pre-schooling. Aarhus: Centre for Strategic Educational Research, DPU, AU; 2011.
26. Nielsen TK, Tiftkci N, Larsen MS. Virkningsfulde tiltag i dagtilbud. Et systematisk review af reviews. København: IUP, AU; 2013.
27. Smith A, Grima G, Gaffney M, Powell K. Early childhood education: Literature review. Report to the Ministry of Education. Dunedin, New Zealand: Children's Issues Centre, University of Otago; 2000.
28. Mitchell L, Wylie C, Carr M. Outcomes of early childhood education: Literature review. Dunedin, New Zealand: Ministry of Education; 2008.
29. Burchinal MR, Cryer D. Diversity, child care quality, and developmental outcomes. *Early Child Res Q*. 2003; 18: 401-26.
30. Christoffersen, Mogens N, Højen-Sørensen A-K, Laugesen L. Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2014.
31. Nielsen AA, Christoffersen MN. Børnehavens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2009.
32. Pianta RC. Enhancing relationships between children and teachers. American Psychological Association. Washington, DC; 1999.
33. Phillipsen LC, Burchinal MR, Howes C, Cryer D. The prediction of process quality from structural features of child care. *Early Child Res Q*. 1997; 12: 281-303.
34. Vandell DL. Characteristics of infant child care: Factors contributing to positive caregiving: NICHD early child care research network. *Early Child Res Q*. 1996; 11: 269-306.
35. Gevers Deynoot-Schaub MJJM, Riksen-Walraven JM. Infants in group care: Their interactions with professional caregivers and parents across the second year of life. *Infant Behav Dev*. 2008; 31: 181-9.
36. Degotardi S. High-quality interactions with infants: Relationships with early-childhood practitioners' interpretations and qualification levels in play and routine contexts. *Int J Early Years Educ*. 2010; 18: 27-41.
37. Hamre BK, Pianta RC. Early teacher-child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child Dev*. 2001; 72: 625-38.
38. Lisonbee JA, Mize J, Payne AL, Granger DA. Children's cortisol and the quality of teacher-child relationships in child care. *Child Dev*. 2008; 79: 1818-32.
39. Birch SH, Ladd GW. Children's interpersonal behaviors and the teacher-child relationship. *Developmental Psychology*. 1998; 34: 934-46.
40. Hughes JN, Cavell TA, Willson V. Further support for the developmental significance of the quality of the teacher-student relationship. *Journal of School Psychology*. 2001; 39: 289-301.
41. Helmerhorst KOW, Riksen-Walraven JMA, Fukkink RG, Tavecchio LWC, Gevers Deynoot-Schaub MJJM. Effects of the caregiver interaction profile training on caregiver-child interactions in dutch child care centers: A randomized controlled trial. *Child Youth Care Forum*. 2017; 46: 413-36.
42. Taggart B, Sylva K, Melhuish E, Sammons P, Siraj I. Effective pre-school, primary and secondary education project (EPPSE 3-16+). How pre-school influences children and young people's attainment and developmental outcomes over time. London: Department for Education; 2015.
43. McClelland M, Geldhof J, Morrison F, Gestsdóttir S, Cameron C, Bowers E, Duckworth A, Little T, Grammer J. Self-Regulation. I: Halfon N, Forrest CB, Lerner RM, Faustman EM, eds. *Handbook of Life Course Health Development*. Cham: Springer; 2018: 275-98.
44. Egerf F, Fukkink RG, Eckhardt AG. Impact of in-service professional development programs for early childhood teachers on quality ratings and child outcomes: A meta-analysis. *Rev Educ Res*. 2018; 88: 401-33.
45. Jensen B. Handlekompetencer i pædagogisk arbejde med socialt udsatte børn og unge - indsats og effekt: HPA projektet. En sammenfatning. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag; 2009.
46. Ringsmose C, Svinth L. Virkningsfuldt pædagogisk arbejde i dagtilbud. Aarhus: DPU, AU; 2019.
47. Rambøll Management Consulting, AU, SDU. Børns tidlige udvikling og læring. Målgrupperapport. København: Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling; 2016.
48. Squires JK, Bricker D, Waddell ML, Funk K, Clifford JR, Hoselton RM. *Social-Emotional Assessment/ Evaluation Measure (SEAMTM)*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2014.
49. Hansen OH, Nordahl T, Nordahl SØ, Hansen LS, Hansen O. *Læringsrapport 2015. Uligheder og variationer - i dagtilbud*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2016.

50. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). Sprogurderinger på dagtilbudsområdet og børnenes resultater. København: EVA; 2010.
51. Børne- og Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om dag-, fritids- og klubtilbud m.v. til børn og unge (dagtilbudsloven). LBK nr 1326 af 09/09/2020. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2020/1326>.
52. Sunnesvåg AK, Nordahl T, Øyen Nordahl S. Kultur for læring i barnehagen. Resultater fra kartleggningsundersøkelser T1. Oppdragsrapport nr. 2. Høgskolen i Innlandet; 2018.
53. Børne- og Undervisningsministeriet. Skolestart. 2021. Available from: <https://www.uvm.dk/statistik/grundskolen/elever/skolestart>.
54. Dyssegaard CB, Egebjerg J de H, Steenberg KT. Skoleparathed: Systematisk forskningskortlægning. Clearinghouse-forskningsserien. København: Dansk Clearinghouse for uddannelsesforskning, DPU, AU. 2013; 18: 148
55. Ploug N. Social arv. Sammenfatning 2005. København: Socialforskningsinstituttet; 2005.
56. Mehlbye J, Ringsmose C. Elementer i god skolepraksis – »De gode eksempler«. København: AKF Forlaget; 2004.
57. Rådet for Børns Læring. Beretning fra Formandskabet 2017. Available from: <https://www.xn--brns-rling-i6a4s.dk/materialer>.
58. Cheng A, Hitt C, Kisida B, Mills JN. "No excuses" charter schools: A meta-analysis of the experimental evidence on student achievement. *J Sch Choice*. 2017; 11: 209–38.
59. Mortimore P, Sammons P. Effektive grundskoler. Uddannelse. 1988; 21: 511–8.
60. Maughan B. School experiences as risk/protective factors. I: Rutter M, eds. *Studies of psychosocial risk: The power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
61. Kloppenborg HS, Wittrup J. Sårbare børn – hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen? København: KORA; 2015.
62. Glavind N, Pade S. Udfordringer og muligheder for daginstitutioner i udsatte boligområder. København: FOA og Bureau 2000; 2015.
63. Ejrnæs M, Ejrnæs NM, Frederiksen S. Anbringelser udenfor hjemmet - anbragte børn og risiko for anbringelse. I: Når man anbringer et barn baggrund, stabilitet i anbringelsen og det videre liv. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2010: 91–119.
64. Lausten M, Hansen H, Nielsen AA. Udsatte børnefamilier i Danmark. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2010.
65. Glavind N. Bilag 6: Dokumentationsnotat vedr. segmentering af daginstitutioner i forhold til andel af "socialt udsatte børn" i VIDA-projektet. Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud - modelprogram. Statusrapport 1. Design og metode. København og Aarhus: DPU, AU; 2011: 86–102.
66. Dalsgaard CT, Jordan ALT, Petersen JS. Dagtilbudsområdet - kortlægning af kommunernes personaleforbrug og strukturelle vilkår. København: KORA; 2016.
67. Dockett S, Perry B. Trends and tensions: Australian and international research about starting school. *Int J Early Years Educ*. 2013; 21: 163–77.
68. Petriwskyj A, Thorpe K, Tayler C. Trends in construction of transition to school in three western regions, 1990–2004. *Int J Early Years Educ*. 2005; 13: 55–69.
69. Stanek A, Vendelbo S. Børneparat skole & skoleparate børn? Fokus på overgangspædagogik. Odense og København: SDU og BUPL; 2019.
70. Williams PG, Lerner MA. School readiness. *Pediatrics*. 2019; 144.
71. Bell MF, Bayliss DM, Glauert R, Harrison A, Ohan JL. Children of parents who have been hospitalised with psychiatric disorders are at risk of poor school readiness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019; 28: 508–20.
72. Jackson DB, Testa A, Vaughn MG. Adverse childhood experiences and school readiness among preschool-aged children. *J Pediatr*. 2021; 230: 191–197.
73. Peterson JW, Loeb S, Chamberlain LJ. The intersection of health and education to address school readiness of all children. *Pediatrics*. 2018; 142: e20181126.
74. Jeon L, Buettner CK, Hur E. Family and neighborhood disadvantage, home environment, and children's school readiness. *J Fam Psychol*. 2014; 28: 718–27.
75. Muñoz EI, Silver EJ, Stein REK. Family routines and social-emotional school readiness among preschool-age children. *J Dev Behav Pediatr*. 2014; 35: 93–9.
76. Sheridan SM, Knoche LL, Edwards CP, Bovaird JA, Kupzyk KA. Parent engagement and school readiness: Effects of the getting ready intervention on preschool children's social-emotional competencies. *Early Educ Dev*. 2010; 21: 125–56.

77. King YA, Duncan RJ, Posada G, Purpura DJ. Construct-specific and timing-specific aspects of the home environment for children's school readiness. *Front Psychol*. 2020; 11: 1959.
78. Socialstyrelsen. Styrket overgang til skole for udsatte børn i dagtilbud. København: Socialstyrelsen; 2015.
79. Jensen P, Nielsen H, Bilde M, Søgaard C, Sjø N, Bleses D, Brejning S, Højen A. Udviklings- og forskningsprojektet Styrket overgang til skole for udsatte børn i dagtilbud. Evaluering. København: Børne- og Socialministeriet; 2019.
80. László KD, Andersson F, Galanti MR. School climate and mental health among Swedish adolescents: A multilevel longitudinal study. *BMC Public Health*. 2019; 19: 1695.
81. Søndergaard DM, Plauborg H, Szulewicz T, Fisker TB. Ro og klasseledelse i folkeskolen: Anbefalinger fra ekspertgruppen om ro og klasseledelse. København: Undervisningsministeriet; 2014.
82. Modin B, Plenty S, Låftman SB, Bergström M, Berlin M, Gustafsson PA, Hjern A. School contextual features of social disorder and mental health complaints - a multilevel analysis of Swedish sixth-grade students. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15: 156.
83. Knoop H, Holstein BE, Viskum H, Lindskov J. Elevernes fællesskab og trivsel i skolen. Analyser af Den Nationale Trivselsmåling. Randers: Dansk Center for Undervisningsmiljø; 2017.
84. Ehsan A, Klaas HS, Bastianen A, Spini D. Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - Popul Health*. 2019; 8: 100425.
85. Eriksson U, Hochwälder J, Carlsund A, Sellström E. Health outcomes among Swedish children: The role of social capital in the family, school and neighbourhood. *Acta Paediatr*. 2012; 101: 513-7.
86. Nielsen L, Koushede V, Vinther-Larsen M, Bendtsen P, Ersbøll AK, Due P, Holstein BE. Does school social capital modify socioeconomic inequality in mental health? A multi-level analysis in Danish schools. *Soc Sci Med*. 2015; 140: 35-43.
87. Vyncke V, De Clercq B, Stevens V, Costongs C, Barbareschi G, Jónsson SH, Curvo SD, Kebza V, Currie C, Maes L. Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health*. 2013; 13: 65.
88. Mehilbye J, Rangvid BS, Sørensen KL, Nielsen AKS. Undersøgelse af indsatser for og udvikling hos elever, der har vanskeligheder i skolestarten. København: KORA; 2014.
89. Egmont Fonden. Egmont rapporten 2019. Når store bliver små - giv alle børn en god skolestart. København: Egmont Fonden; 2019.
90. Strand H. Den tidligt forebyggende indsats som indsatsområde for PPR. *Pædagogisk Psykol Tidsskr*. 2020; 57: 5-13.
91. Ringsmose C, Schaarup TP. Små børns udvikling - voksnes ansvar. *Pædagogisk Psykol Tidsskr*. 2020; 57.
92. Børne- og Socialministeriet. Underretninger om børn og unge - Antal og udvikling. 2018. Available from: <https://www.ft.dk/samling/20171/almDEL/SOU/bilag/150/1852821.pdf>.



6

OPSPORING AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER

BEGREBET OPSPORING OMFATTER EN SYSTEMATISK INDSATS TIL TIDLIG IDENTIFIKATION AF PERSONER MED SYGDOM, FUNKTIONSNEDSÆTTELSE, SOCIALE PROBLEMER OG RISIKOFAKTORER. I DANMARK ER DER ETABLERET FLERE INDSATSER TIL TIDLIG OPSPORING AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER FRA FØDSEL TIL DE TIDLIGE SKOLEÅR, FX SUNDHEDSPLEJE, FOREBYGGENDE BØRNEUNDERSØGELSER I ALMEN PRAKSIS OG PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK RÅDGIVNING (PPR). DISSE INDSATSER ER BLANDT DE VIGTIGSTE TIL AT FREMME MENTAL SUNDHED OG FOREBYGGE MENTALE HELBREDSPROBLEMER BLANDT BØRN. NOGLE AF INDSATSERNE ER EKSEMPLER PÅ UNIVERSEL FOREBYGGELSE, MENS ANDRE ER EKSEMPLER PÅ SELEKTIV ELLER INDIKERET FOREBYGGELSE. KAPITLET PRÆSENTERER VIDEN OM OPSPORING SAMT VIGTIGE EKSEMPLER FRA DANMARK.

6.1 SAMMENFATNING

Indsatsen og systematikken i opsporing af mentale helbredsproblemer er tydeligst i de første leveår, især i spædbørnssundhedsplejen, hvor der ses begyndende brug af systematisk screening for mentale helbredsproblemer. Der er mindre viden om indhold og resultat af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis, om indsatserne i dagtilbud, herunder den obligatoriske

sprogtestning i dagtilbud, om PPR-ordningen, om skolesundhedsplejen, og om eventuelle forebyggende indsatser i indskoling. Der er brug for en styrkelse af dokumentationen af tidlig opsporing og for øget brug af validerede screeningsværktøjer. Systematisk brug af validerede screeningsværktøjer mindsker risikoen for, at børn i risiko overses.

Der findes en del videnskabelig evaluering af nogle af de værktøjer, som anvendes i PPR til forebyg-

gelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Derimod mangler der dokumentation af og videnskabelig evaluering af PPR som samlet indsats.

6.2 INDLEDNING

Opsporing indgår i universel, selektiv og indikeret forebyggelse (USI) (se kapitel 1). Opsporing er et begreb, der dækker en systematisk og tidlig identifikation af personer med sygdom, funktionsnedsættelse, sociale problemer og risikofaktorer. Opsporing kan være en del af en universel indsats, fx når sundhedsplejersken opsporer tidlige tegn på mentale helbredsproblemer. Det kan være en del af en selektiv indsats, fx når man undersøger for alvorlige mentale helbredsproblemer blandt børn og familier i en risikogruppe, eller det kan være del af en indikeret indsats, hvor tidlig opsporing og behandling kan forebygge negative langtidskonsekvenser af psykisk sygdom. Et stort mindretal af børn med kronisk somatisk sygdom lider samtidig af depression, angst og andre psykiske problemer, der påvirker deres daglige liv, deres familie og andre omkring dem. Hvis tidlig opsporing følges op af tidlig indsats, kan det formentlig afbøde en del af de negative effekter.

Begrebet opsporing bruges om flere forskellige aktiviteter, fra den fuldstændig systematiske screening til mere ad hoc prægede indsatser. Opsporing af individuelle og familiære risikofaktorer er det første skridt til at kunne iværksætte en tidlig indsats. Tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer foregår især i den kommunale sundhedspleje og ved de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis. Tidlig opsporing forekommer også – men mindre systematisk – i dagtilbud, i grundskolen og i regi af PPR. Universel screening er standardiseret brug af et valideret screeningsværktøj ift. et eller flere klart definerede

udviklingsdomæner på fastlagte tidspunkter for at skelne børn, der er i risiko for at udvikle problemer fra dem, der ikke er (1). om udgangspunkt bør der inden en screening iværksættes, være tilgængelige efterfølgende tilbud om behandling, som er dokumenteret effektive og uden skadevirkninger, hvis der findes vanskeligheder.

Begrebet opsporing anvendes næsten altid om opsporing af personer eller familier med problemer. Men opsporing kan også rettes mod miljøer med problemer, fx dagtilbud eller skoler, som beskytter imod – eller er en risikofaktor for – børns mentale helbred. Temaet omtales nærmere i kapitel 8 om indsatser i dagtilbud. Tilbud til gravide om undersøgelser i almen praksis og hos jordemoder er en vigtig del af den opsporende indsats i Danmark, men emnet falder uden for indholdet af denne rapport.

6.3 DEN KOMMUNALE SUNDHEDS- PLEJE I FØRSTE LEVEÅR

Kommunerne har pligt til at tilbyde alle familier med nyfødte børn hjemmebesøg af en sundhedsplejerske. Sundhedsstyrelsen (2011) anbefaler, at alle børn tilbydes mindst fem hjemmebesøg (ud over et tidligt besøg ved tidlig udskrivelse fra fødestedet) i barnets første leveår, og at disse besøg finder sted: 1) syv dage efter udskrivning fra fødestedet, 2) inden barnet fylder en måned, 3) ved tomånedersalderen, 4) ved fire- til seksmånedersalderen og 5) ved otte- til tomånedersalderen (2). Nogle kommuner tilbyder desuden alle kommende forældre et besøg allerede i graviditeten, men de fleste kommuner giver kun dette tilbud til kommende forældre med særlige behov (3).

Der er variationer i antal og timing af disse besøg mellem kommunerne. I 2017 svarede 86% af de ledende sundhedsplejersker i 88 kommuner, at

de tilbød fem eller flere hjemmebesøg til førstegangsfødende. For flergangsfødende gjaldt det 75% af kommunerne (3). Udover individuelle besøg i barselsperioden tilbyder mange kommuner også andre ydelser som fx ekstra hjemmebesøg til børn og familier med særlige behov (såkaldte behovsbesøg, sædvanligvis kun i første leveår), mødre-, fædre- eller forældregrupper, undervisning, konsultationer eller åbent hus. Disse tilbud samt deres udformning varierer fra kommune til kommune (4). I enkelte kommuner erstattes et eller flere hjemmebesøg af åben hus/konsultation ved spidsbelastninger i kommunen (3), og i flere kommuner anvendes disse konsultationer som et supplement til hjemmebesøg (5). Langt størstedelen af spædbørnsforældrene tager imod tilbuddet om besøg af sundhedsplejersken. Dækningsgraden på landsplan er ukendt, men i 2017 blev der registreret besøg ved 0-2 måneders alderen for 96,9% af børnene i de 33 kommuner, der indgår i Databasen Børns Sundhed (6). En undersøgelse i 15 kommuner viste, at omkring 80% af familierne modtager fem eller flere hjemmebesøg af sundhedsplejersken i første leveår (7). Der findes ingen tilgængelige opgørelser over, hvad der kendetegner de få, som ikke modtager besøg.

En væsentlig opgave i sundhedsplejen er at vurdere barnets fysiske og psykiske sundhed, udvikling og trivsel, at vejlede og støtte spædbørnsforældre, at vurdere samspil og relationer mellem barn og forældre, opspore og forebygge sygdomstilstande og psykiske helbredsproblemer, samt at opspore børn og familier med særlige sundhedsfaglige og sociale behov og intervenere i relation hertil (2). Sundhedsplejersker bidrager dermed til tidlig opsporing af risikofaktorer for psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer hos barn og forældre. Sundhedsplejen anvender flere systematiske metoder til tidlig opsporing af udviklingsproblemer samt til opsporing af sårbare familier. En

del af disse metoder beskrives i rapporten Tidlig indsats for sårbare familier, som bl.a. er baseret på en kortlægning udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet og VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (4). Her nævnes standardiserede børneundersøgelser med redskaber som Blik Orientering Efter Lyd (BOEL), Alarm Distress BaBy Scale (ADBB) samt Børnelinealen som nogle af de mest udbredte måleredskaber. Over halvdelen af de kommuner, der anvender screeningsredskaber i sundhedsplejen til identificering af sårbare familier, svarer dog også, at de anvender andre redskaber (26 ud af 50 kommuner), eller redskaber, som de selv har udviklet (12 ud af 50 kommuner). Vi beskriver her de bedst dokumenterede opsporingsredskaber, der anvendes i sundhedsplejen. For information om øvrige screeningsredskaber eller måleredskaber, der anvendes eller er blevet anvendt i sundhedsplejen, henviser vi til Sundhedsstyrelsens rapport om tidlig opsporing af sårbare familier (4).

Alarm Distress BaBy Scale (ADBB): ADBB er en internationalt valideret standardiseret screeningsmetode, som anvendes af fagprofessionelle til observation og vurdering af vedvarende social tilbagetrækning hos spæd- og småbørn i alderen 2-24 måneder (8). Social tilbagetrækning hos spæd- og småbørn er prædiktivt for psykiske vanskeligheder senere i livet, herunder bl.a. sprog-, adfærds- og tilknytningsforstyrrelser. ADBB undersøger otte forskellige områder i spædbarnets adfærd i en social interaktion med en fagprofessionel, fx sundhedsplejersken, lægen eller psykologen. De tidlige tegn på social tilbagetrækning, som identificeres ved hjælp af ADBB, kan skyldes medfødte vanskeligheder hos barnet og/eller smerter relateret til en fysisk sygdom og/eller udfordringer i barnets omsorgsmiljø og samspillet mellem barn og omsorgsgiver (9). ADBB-

screeningen er en indikator på risikoudvikling, men årsagen til barnets mistrivsel skal efterfølgende undersøges i en bredere kontekst, så rette hjælp og støtte kan iværksættes. ADBB'en kræver formaliseret uddannelse og certificering (10).

I Danmark bliver ADBB aktuelt anvendt i størstedelen af de danske kommuner i forbindelse med sundhedsplejers hjemmebesøg til alle familier (11, 12). Her indgår ADBB-screeningen som led i sundhedsplejerskens faglige vurdering af barnets trivsel og sociale kontakt. Et implementeringsstudie fra Københavns Kommune viser, at sundhedsplejerskerne har gode erfaringer med brugen af ADBB. De vurderer bl.a., at ADBB bidrager til at kvalificere en faglig bekymring, fremmer kommunikation med forældrene samt styrker den fælles faglige viden og fælles sprog om det lille barns psykiske sundhed, tegn på social tilbage-trækning og mistrivsel (13).

Psykisk Udvikling og Funktion (PUF): PUF er en metode til tidlig opsporing af hele spektret af mentale helbredsproblemer i regi af de kommunale sundhedsordninger. PUF er udviklet af danske sundhedsplejersker og småbørnsforskere på grundlag af de sidste årtiers epidemiologiske kortlægning af tidlige tegn på mentale helbredsproblemer hos børn under 3 år og en kortlægning af konkrete muligheder for forebyggelse i de danske sundhedsplejerskeordninger (14, 15). Undersøgelsen foregår ved sundhedsplejerskens programsatte hjemmebesøg mellem barnets 8-10. levemåned, hvor sundhedsplejersken følger en standardiseret manual og foretager en systematisk evaluering af barnets udvikling og funktion inden for følgende områder: motorisk og kognitiv udvikling (herunder kontakt, opmærksomhed, koncentration, nysgerrighed, interesse, og sprog), samt regulering af søvn, spisning, adfærd og emotionelle reaktioner (16). PUF-undersøgelsen er valideret

blandt danske børn, og den er fundet prædiktiv for mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom ved halvandet år (14, 17, 18). PUF-undersøgelsen indgår nu i et samlet program, PUF-programmet, som inkluderer en manual for sundhedsplejerskens tilbagemelding til forældrene om undersøgelsens resultat og standardiserede guidelines for sundhedsplejerskernes intervention overfor mentalt sårbare børn, inden for de eksisterende rammer i kommunen (19, 20).

Sundhedsplejerskerne følger et særligt uddannelsesprogram, hvor de undervises i mental udvikling og sårbarhed hos 0-2-årige børn, og trænes specifikt i at anvende PUF-programmet i deres kommune. PUF-metoden og PUF-programmet er valideret blandt mere end 4.000 børn, og er aktuelt under implementering i en række danske kommuner (19, 20).

BOEL: BOEL har i mere end 70 år været den hyppigst anvendte standardiserede metode til at screene danske små børn for problemer med hørelse, sprog, kontakt og kommunikation (4). Testen udføres ved 8.-10. levemåned, den er fundet prædiktiv for autismespektrumforstyrrelser (ASF) og forstyrrelser af aktivitet og koncentration (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)) blandt danske børn (21), men er ved at blive udfaset i de fleste danske kommuner, efter mere valide metoder er blevet udviklet til hørescreening. Delområder fra BOEL-testen er inkluderet i ADBB-metoden (22), og PUF metoden inkluderer specifikt BOEL-testens spørgsmål om sprog, kontakt og kommunikation (14, 21).

Metoder til opsporing af efterfødselsdepression: Forældrenes mentale sundhed har betydning for en god kontakt mellem forælder og barn, og efterfødselsdepression er prædiktiv for problematisk forældre-barn relation (23, 24). Derfor

screeener størstedelen af danske kommuner for efterfødselsdepression blandt nybagte mødre og i nogle kommuner også blandt fædre. I notatet Øjeblikkbilledet 2017, der er baseret på oplysninger fra 88 kommuner, angav 98% af kommunerne, at de screenede for efterfødselsdepression blandt mødrene, mens 63% af kommunerne også screenede fædrene (3). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) og Gotland-skalaen var de mest anvendte screeningsredskaber i dette notat. EPDS er et tilbud til forældrene om at blive screenet for efterfødselsdepression, når deres barn er 6-8 uger gammelt (25). Screeningen udføres af sundhedsplejen ved et hjemmebesøg, og sundhedsplejersken henviser videre til egen læge, hvis der er tegn på en efterfødselsdepression (4). EPDS er et screeningværktøj, som består af et spørgeskema, der er udviklet til at identificere personer med depression efter fødsel. Personen udfylder selv skemaet og kan efterfølgende tilbydes yderligere besøg af sundhedsplejersken, gruppebehandling eller andet i samarbejde med praktiserende læge afhængig af den samlede score. Spørgeskemaet består af 10 spørgsmål, der indikerer symptomer på en fødselsdepression. Hvert spørgsmål tildeles fra nul til tre point afhængig af, hvor enig respondenter er i udsagnet. Spørgeskemaet er gennemtestet og godt valideret, og det er velegnet til opsporing af efterfødselsdepression blandt mødre (26, 27), også i dansk kontekst. Det er påvist, at 11 point eller derover med stor sandsynlighed korresponderer med en klinisk depressionsdiagnose, hvorfor man anbefaler et skæringspunkt på 11 for sandsynlig efterfødselsdepression (13). Det synes også at være velegnet til opsporing af sværere tilfælde af efterfødselsdepression blandt fædre (28-30). Det er ukendt, om kommunerne benytter det skæringspunkt på 11, som anbefales i det danske valideringsstudie (13). Gotlandsskalaen er et valideret screeningsinstrument for efterfødselsdepression blandt mænd (31), og består af et

spørgeskema med 13 spørgsmål, som manden selv udfylder. Et skæringspunkt på 13 eller derover afspejler med stor sandsynlighed en klinisk verificerbar depressionsdiagnose.

6.4 BØRNEUNDERSØGELSEN I ALMEN PRAKSIS

De forebyggende børneundersøgelser i almen praksis er en anden universel indsats. Alle børn tilbydes syv besøg på følgende alderstrin: fem uger, fem måneder, 12 måneder samt to, tre, fire og fem år (2). Fra barnet er 1-5 år er disse undersøgelser det eneste forebyggede tilbud til alle børn med regelmæssig vurdering af barnets almene sundhed og trivsel.

De forebyggende børneundersøgelser omfatter samtale med og rådgivning af forældrene om barnets trivsel, udvikling og helbred samt en undersøgelse af barnet. Sundhedsstyrelsen (2011, 2019) beskriver i detaljer de opgaver, som almen praksis har, ved hvert af de syv forebyggende børneundersøgelser (2, 32). Lægen skal vurdere grovmotorik, finmotorik, sprog, kognition, social-emotionel udvikling, familiens psykiske velbefindende, tilknytningen og relationen mellem barnet og dets primære omsorgspersoner samt kvaliteten heraf. De alment praktiserende læger har dermed en central rolle i tidlig opsporing af sygdom og udviklingsforstyrrelser samt tidlig opsporing af børn og familier med særlige behov, herunder socialt sårbare og udsatte familier, fordi de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis er et gratis tilbud til befolkningen.

Der er kun beskeden dokumentation for indholdet af de forebyggende børneundersøgelser og deres effekt. En opgørelse fra 2007-2009 viste andelen af børn, som modtog tilbuddet om de forebyggende børneundersøgelser (33). Opgørelsen var inddelt

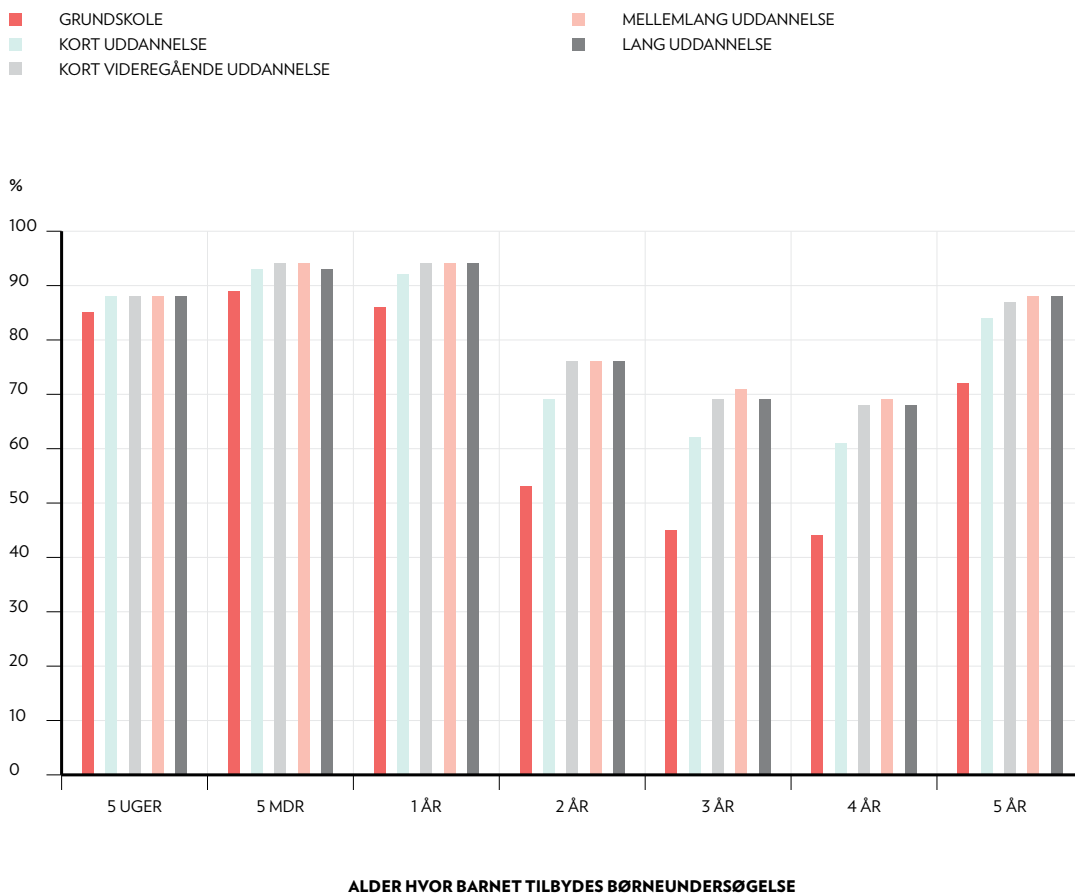
efter forældres uddannelse og mangler tal for den samlede population (se **Figur 6.1**) men viste, at dækningsgraden for de tre første undersøgelser, dvs. til og med barnets første leveår, var omkring eller over 90%. Blandt de to-, tre- og fireårige var andelen ca. 70%. Der var tydelig social ulighed idet højst 50% af børn, hvor forældrenes højeste uddannelse er grundskole, deltog i disse børneundersøgelser. Dette var i tråd med Michelsen et al. (2007), som i deres evaluering af de forebyggende

børneundersøgelser også fandt en social ulighed i deltagelse i børneundersøgelserne i almen praksis (34). Ved femårsundersøgelsen var andelen generelt omkring 85%. Dog sås også her en social ulighed i deltagelsen (33).

I en evaluering af 1.198 forebyggende børneundersøgelser fandt Michelsen et al. (2007), at lægen ved langt de fleste undersøgelser op til toårsalderen vurderede barnets opmærksomhed

→ FIGUR 6.1

Andele (%) af børn, der har modtaget børneundersøgelser i 2007-2009, fordelt på deres forældres højest opnåede uddannelse, Danmark 2007-2009 (33).



(97%-99%) og samspil med den tilstedeværende forælder (88% ved femugersundersøgelsen og 99% ved toårsundersøgelsen). Under halvdelen af lægerne undersøgte barnets følelsesmæssige udvikling (42%) og opfattelsesevne (45%) ved femugersundersøgelsen. Denne andel var betydeligt højere ved de efterfølgende undersøgelser og ved toårsundersøgelsen gjaldt det hhv. 86% og 94%. Barnets sprog blev især vurderet ved et- og toårsundersøgelserne (72% og 94%). Andelen af undersøgelser, hvor der blev registreret nye psykiske eller sociale fund hos barnet lå mellem 0,5% og 1% ved hhv. femugers-, femmåneders- og etårsundersøgelsen. Ved toårsalderen gjaldt det 7% af undersøgelserne. Her er et opmærksomhedspunkt dog, den social ulighed der er i deltagelsen i de forebyggende børneundersøgelser (34), og andelen kan derfor være undervurderet. Almind et al. (1985) gennemførte en lignende serie undersøgelser af tilrettelæggelse, indhold og forældrevurderinger af de forebyggende børneundersøgelser tilbage i 1980 (35). I de 648 børneundersøgelser, der indgik i studiet, var næsten alle i alt 377 fund (forhold ved barnet eller familien, som påkaldte sig lægelig opmærksomhed) somatiske, og næsten ingen havde relation til psykisk sygdom, mentale helbredsproblemer og mental sundhed. Michelsen et al.'s (2007) undersøgelse af de forebyggende børneundersøgelser gennemført i 2006-2007 bekræftede den hovedinteresse for somatiske forhold, som Almind et al. (1985) beskrev 25 år tidligere, men forfatterne fremhævede også, at børnenes sociale og psykiske funktion i højere grad blev drøftet med forældrene end det var tilfældet i 1980 (34, 35). Det sås bl.a. ved, at temaer som barnets sprog og barnets følelsesmæssige udvikling blev drøftet i omkring halvdelen af undersøgelserne i 2006-2007. Lægerne vurderede, at barnets trivsel (inkl. børns forskellighed, hverdag, gråd, ro og uro) var det vigtigste samtaleemne i 18% af børneundersøgelserne.

Lykke et al. (2013) fokuserede i et kvalitativt studie på alment praktiserende lægers indsats og metoder til at opspore mentale helbredsproblemer (36). Studiet viste, at det var almindeligt at tilrettelægge konsultationen som en undersøgelse af barnets fysiske helbred men med et vågent øje for mentale sundheds- og relationsproblemer. En oplevet barriere var, at lægen fandt det vanskeligt at dele observationerne om børns mentale helbredsproblemer med forældrene. En anden oplevet barriere var, at lægerne følte det vanskeligt at tilrettelægge børneundersøgelserne som den familiecentrerede undersøgelse, de selv mente, det burde være (37). Det som ofte skete ved de forebyggende børneundersøgelser var, at lægen observerer træk ved barnets udvikling, som ikke var, som de skulle være (38), men lægen var tilbageholdende med at drøfte sådanne observationer med forældrene, for ikke at drage deres omsorgsevne i tvivl. Konsekvensen var ofte, at lægen så tiden an.

Der er betydelig interesse i almen praksis sektoren for at styrke indsatsen for forebyggelse af mentale helbredsproblemer blandt børn. Det fremgår bl.a. af et nyt femårigt forskningsprojekt (Projekt Familie Trivsel i Almen Praksis) som har til formål at styrke fokus på mental sundhed ved de forebyggende børneundersøgelser og undersøge, om familierne har gavn af en støttende, web-baseret intervention overfor trivselsproblemer (39).

6.5 SUNDHEDSPLEJE MELLEM ET ÅR OG INDSKOLING

Fra barnet er et år til det bliver fem år kan familien ligeledes tilbydes hjemmesøg. I 2017 var det 27% af kommunerne, der tilbød hjemmebesøg efter barnets første fyldte år (3). En rapport fra Sundhedsstyrelsen (2017) viste, at 61 kommuner oplyste, at sundhedsplejen havde et tæt samarbejde med dagtilbud og skole mhp. at styrke den

almene børnesundhed i kommunen (4). Dette samarbejde er formaliseret i Bekendtgørelsen om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge § 17, som fremhæver, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde daginstitutioner for børn og unge, kommunale dagplejer samt skoler, der er beliggende i kommunen, bistand fra den kommunale sundheds-tjeneste (40). Der findes ingen data om omfanget eller indholdet i denne form for opsporing.

6.6 OPSPORING I DAGTILBUD

Det er et kommunalt ansvar at sikre, at dagtilbud understøtter børns trivsel, læring, udvikling og dannelse, og dermed også børnenes mentale sundhed. Derfor er det sandsynligt, at dagtilbud i et vist omfang udfører tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer og risikofaktorer herfor, men det har ikke været muligt at identificere systematisk viden om denne aktivitet i Danmark. Danmarks Evalueringsinstitut EVA har publiceret en omfattende samling af måleredskaber, der kan benyttes til en sådan opsporing (41). Samlingen gennemgår en lang række redskaber til fx måling af læringsmiljø, barnets generelle udvikling, sanse-motorisk, socioemotional og sproglig udvikling. Ifølge dagtilbudsloven skal kommunerne sørge for, at der gennemføres en sprogvurdering af børn i alderen omkring tre år (eventuelt fremrykket til toårsalderen, eventuelt forlænget fra treårsalderen til skolestart). Denne forpligtelse er begrænset til børn med sproglige, adfærdsmæssige eller andre forhold, der giver formodning om, at barnet kan have behov for sprogstimulering. Hvis barnet har behov for sprogstimulering er det en kommunal opgave at tilrettelægge dette. Vurdering af barnets sproglige udvikling er relevant fordi forsinket sprogudvikling er prædiktivt for mistrivsel, forringet socioemotional udvikling, somatiske og mental sygelighed, kognitive vanskeligheder og tidlig skoleophør (42-46).

Nye studier fra Norge har vist, at pædagoger i daginstitutioner er i stand til at udpege børn i aldersgruppen 1-6 år med mentale helbredsproblemer, men at de udpeger for mange. Personalets vurdering bør derfor følges op af mere systematisk testning (47, 48). Vi har ikke kunnet finde dokumentation for, hvilke metoder til opsporing af mentale helbredsproblemer, som anvendes i dagtilbud i Danmark, eller hvor udbredt det er. Derfor rummer denne tekst kun eksempler på opsporingsmetoder (se også kapitel 8.4). En ofte anbefalet opsporingsmetode er Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure Research Edition (SEAM) (49). Den anvendes til at undersøge børns udvikling af empati, selvregulering og samarbejde, særskilt for småbørn I (0-17 måneder), småbørn II (18-35 måneder) og børnehavebørn (36 måneder til skolestart). Det er uklart, hvor mange kommuner, som anvender metoden (se også kapitel 8.4).

Forskere ved Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) (nu VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd) har udviklet en metode til tidlig opsporing af børn i udsat position, et problemområde som har relevans for mentale helbredsproblemer (se **Boks 6.1**). Metoden, som har været afprøvet i en række danske kommuner, er udgivet af Socialstyrelsen (50). Formålet med opsporingsmodellen er at understøtte fagprofessionelle, som arbejder med 0-6-årige børn, i en tidlig erkendelse af, at et barn ikke trives, og dermed også styrke muligheden for en tidlig indsats. Symptomer på mistrivsel, der nævnes er: megen gråd, spiseproblemer, søvnproblemer, forsinket udvikling, tristhed, angstpræget, aggressiv, udadvendt adfærd, nervøs og ukoncentreret, tvangspræget adfærd, klæbende adfærd, og hyppige konflikter med andre børn (50). Opsporingsmodellen bidrager til at styrke de fagprofessionelles kompetencer til at tolke et barns signaler på manglende trivsel, deres

faglige sikkerhed i at handle på deres fornemmelse af, at et barn ikke trives og deres kompetencer til at arbejde med børns vanskeligheder, selvom de kan føle sig usikre på, hvordan de skal håndtere disse. Modellen bidrager også til at styrke de fagprofessionelles kompetencer til at fortælle forældrene om deres bekymringer for barnets trivsel og udvikling på et tidligt tidspunkt i problemudviklingen, og stimulere til at de fagprofessionelle indbyrdes diskuterer deres bekymringer for et barns trivsel, så de i fællesskab sætter ind med tidlig hjælp og støtte.

Der anvendes følgende metoder i modellen:

- Trivselsvurderinger. Mindst to gange om året gennemføres en vurdering af alle børns trivsel ved hjælp af et trivselsskema. I daginstitutionen skal den enkelte pædagog fx sikre, at hun eller han gennemfører en trivselsvurdering af alle de børn, hun eller han er primær kontaktperson for.
- Overgangsmodellen. Hver gang et barn skal skifte institution, skal den fagprofessionelle og forældrene i fællesskab udfylde et overgangsskema om barnets styrker og udfordringer.
- Ekstern faglig sparring. De fagprofessionelle skal løbende have ekstern faglig sparring.
- Dialogmodel for effektiv og målrettet mødeafholdelse.
- Andre vigtige kendetegn ved modellen er principper om aktiv forældredeltagelse, fokus på barnets ressourcer og udviklingsmuligheder og styrkelse af det tværfaglige samarbejde. Det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper med forskellige faglige vidensområder og tilgange er en ressource for både opsporingen og den efterfølgende tidlige indsats.

En evaluering har vist, at den systematisk planlagte og kontinuerlige anvendelse af trivselsvurderinger bidrager til tidlig opsporing af børn i en udsat position og dermed tidlig indsats (51, 52). Evaluate-

ringen omfattede bl.a. observation i 120 daginstitutioner. I 80% af institutionerne havde man etableret sproggrupper og 52% havde etableret motorikgrupper for at støtte børn med vanskeligheder. Daginstitutionerne gennemførte også vurderinger af børnenes skoleparathed med det resultat, at man kunne udskyde skolestarten for børn, som ikke var klar. Undersøgelsen af Mehlbye et al. (2015) konkluderede, at samarbejde på tværs af daginstitutioner, skoler og skolefritidsordning har en positiv betydning for trivsel og læring hos elever med vanskeligheder. Det er uvist, hvor udbredt brugen af trivselsvurderinger er (51).

Opsporing skal ses i sammenhæng med kvaliteten i dagtilbuddene (se også kapitel 5). Jo bedre kvalitet der er i dagtilbuddet desto større er sandsynligheden for, at børnene trives. Kvalitet i dagtilbud er vigtigt for alle, men især i institutioner med mange sårbare og udsatte børn. Desværre viser undersøgelser, at det er vanskeligt for kommunerne at sikre kvalitet i daginstitutioner, når der er mange sårbare og udsatte børn (53), hvilket stiller kommunerne forskelligt (54). Hertil kommer, at udsatte børn inden for kommunerne overvejende samles i de samme institutioner (se også kapitel 5), hvilket gør det udfordrende at skabe den høje kvalitet og at imødegå de børn, der er udfordrede i hverdagen i dagtilbuddene (55). Det er især udfordrende at skabe den høje kvalitet, der skal til for at skabe forbedrede udviklingsmuligheder for børnene, der hvor der er mange børn i udsatte positioner (53, 56, 57). Der er behov for at målrette indsatserne for at udvikle kvalitet, så alle børn får adgang til kvalitetsforhold i deres daginstitutioner. Eftersom PPR-ressourcerne mest anvendes i skolen og i mindre grad i dagtilbud (se også kapitel 5.7) spiller PPR en beskeden rolle i forebyggelse og opsporing i dagtilbud. Sammen med de få underretninger om børn inden skolestart tyder dette på, at der ikke er tilstrækkelig opmærksomhed på

→ BOKS 6.1

Socialstyrelsens opsporingsmodel (50).

Hvert enkelt barns trivsel vurderes i et trivselsskema på baggrund af disse fire dimensioner:

1. **Psykisk og emotionel trivsel:** Virker barnet glad og tilfreds? Viser barnet tillid til sine omgivelser? Har de nære omsorgspersoner en god kontakt med barnet, og drager de den nødvendige omsorg svarende til barnets behov?
2. **Kognitiv trivsel:** Udvikler barnet sig kognitivt ift. dets alder? Er barnets sproglige udvikling alderssvarende? Viser barnet interesse for sine omgivelser? Har barnet tillid til sig selv og egne evner? Søger barnet at mestre nye færdigheder? Søger de voksne omkring barnet at stimulere barnet til at lære nye færdigheder?
3. **Social trivsel:** Søger barnet kontakt med andre, og opnår det kontakt (de lidt større børn)? Indgår barnet i legefællesskaber, og kender det de sociale spilleregler for samvær? Trives barnet i samværet med andre børn og voksne?
4. **Fysisk og sansemotorisk trivsel:** Virker barnet sundt og rask? Får barnet tilfredsstillende søvnbehov? Får barnet den nødvendige kost? Tager det helt lille barn føde til sig, og er det lidt større barn hverken undervægtigt eller overvægtigt? Virker barnet rent og velplejet? Er barnets motorik alderssvarende? Er barnets sansemotoriske udvikling alderssvarende? Udvikler barnet sig fysisk svarende til alderen?

de mindre børns trivsel og udvikling i dagtilbud og indskoling.

6.7 SKOLESUNDHEDSPLEJE

Kommunerne har pligt til at udføre en individuel undersøgelse af børns sundhed ved indskoling. Formålet er at vurdere barnets udvikling, helbred, trivsel og sundhedsmæssige skoleparathed, samt vejlede om sundhedsrelaterede emner i forbindelse med skolestart (2). Ved symptomer på sygdom eller mistanke om sygdom – herunder også psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer - henvises barnet til udredning hos den praktiserende læge (2). I praksis gennemføres disse såkaldte indskolingsundersøgelser af en sundhedsplejerske. Dækningsgraden er ukendt men skønnes at være tæt på 100%.

Når barnet er til indskolingsundersøgelse hos skole-sundhedsplejersken, er der i almindelighed mindst en af barnets forældre til stede. Sundhedsplejersken vurderer ved den lejlighed forældre-barn relationen, idet en problematisk forældre-barn relation er en risikofaktor for mentale helbredsproblemer og en prædikator for diagnosticeret psykisk sygdom senere i skoleårene (58). 2018). En nylig opgørelse af samtlige 7.379 indskolingsbørn i 14 kommuner (58) viste, at forekomsten af problematisk forældre-barn relation var 4,9%. Børn med problematisk forældre-barn relation har signifikant forhøjet risiko for at have ringe almen trivsel og skoletrivsel og problemer i forholdet til jævnaldrende (58).

Sundhedsplejersken inddrager en vurdering af barnets mentale sundhed i indskolingsundersøgelsen. En nylig opgørelse af ca. 44.000 indskolingsunder-

søgelse omfattede børnenes egen vurdering af almene trivsel og skoletrivsel ved anvendelse af en skala med glade og sure ansigter, samt forældrene svare på spørgsmål om barnet har vanskeligheder i forholdet til jævnaldrende. Undersøgelsen viste, at 5,5% af børnene selv vurderede deres almene trivsel som lav, 11,1% vurderede deres skoletrivsel som lav, og 7,6% havde ifølge forældrene problemer i forholdet til jævnaldrende (59). Indskolingsundersøgelsen rummer også en vurdering af barnets sproglige udvikling. En undersøgelse af alle 16.110 børn født i 13 kommuner i skoleårene 2008/09-2013/14 viste, at 7,2% af børnene havde forsinket sprogudvikling, vurderet ud fra om barnet havde problemer med udtale, stammen, ordforråd, om barnet stillede spørgsmål og om barnet var henvist til nærmere udredning mht. sprog. Disse børn havde forhøjet risiko for alvorlige trivselsproblemer ved indskolingen (60).

6.8 PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK RÅDGIVNING

Kommunerne er forpligtet til at tilbyde pædagogisk-psykologisk rådgivning i forbindelse med afgørelser om specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand (jf. folkeskolelovens § 12, stk. 2). I praksis har PPR en bredere og mere varierende funktion i kommunerne for børn og unge mellem 0-18 år (61). PPR har forskellig forvaltningsmæssig placering i kommunerne, og er forvaltningsmæssigt ikke altid knyttet til den afdeling, som fokuserer på mentale helbredsproblemer hos børn, psykologsamtaler og foranstaltninger.

PPR samarbejder med kommunernes dagtilbud og skoler om at skabe læring, udvikling og trivsel for alle børn og unge i inkluderende fællesskaber og læringsmiljøer. PPR samarbejder i almindelighed også med sundhedsplejen og de forvaltninger, som står for social- og familiemæssig indsats. PPR

henviser børn og unge til den regionale børne- og ungdomspsykiatri. PPR varetager desuden sparring med andre faggrupper og rådgivning af forældre. I næsten alle kommuner er PPR bemandede med psykologer og logopæder, ofte tillige pædagoger og pædagogiske konsulenter. PPR har et varieret udbud af indsatser med store forskelle mellem kommunerne, men nogle forebyggende indsatser findes i (næsten) alle kommuner, fx åbne rådgivningstilbud, supervision af fagprofessionelle, samt behandlingslignende indsatser såsom håndtering af angst, psykologsamtaler og foranstaltninger i henhold til servicelovens §11, stk. 31 (61). Der findes en del videnskabelig evaluering af nogle af de værktøjer, som anvendes i PPR til forebyggelse af psykisk sygdom og mentale helbredsproblemer, fx Mind My Mind metoden (62). Disse metoder og viden om deres effekt gennemgås i kapitel 7. Derimod mangler der videnskabelig evaluering af PPR som samlet indsats.

6.9 MONITORERING AF BØRNS TRIVSEL

Der er en stigende indsats for at monitorere børns trivsel. Et eksempel er Den Nationale Trivselsmåling, som på Undervisningsministeriets foranledning gennemføres årligt i alle kommunale folkeskoler siden 2015. Den Nationale Trivselsmåling har fokus på skoletrivsel, ikke mental sundhed. Data præsenteres som trivselsprofiler for skoler, kommuner og hele landet, men ikke enkeltpersoner. Et andet eksempel er BørnUngeLiv, som er et redskab der anvendes i ca. 70 kommuner. BørnUngeLiv benytter spørgeskemaer til at identificere bl.a. mentale helbredsproblemer i førskolealder, indskoling, mellemtrin og udskoling. Mentale helbredsproblemer afdækkes med screenings-spørgeskemaet SDQ. Viden fra spørgeskemaerne giver kommunen overblik over trivsel og sundhed på både stue-/klasse-, skole-/institutions- og

kommuneniveau i form af børne- og ungeprofiler. Oplysningerne fra spørgeskemaerne fra enkeltpersoner kan benyttes til at kvalificere efterfølgende samtaler mellem elever/forældre og sundhedsplejersker. På den måde kan BørnUngLiv bidrage direkte til at sætte ind med indsatser til mental sundhedsfremme (63).

6.10 TVÆRFAGLIG INDSATS

Der er en betydelig interesse i kommunerne for at styrke en tværfaglig tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer, og at iværksætte tidlige, kvalificerede, tværfaglige indsatser med hyppig opfølgning og tæt kontakt med barnet og familien. Sådanne indsatser varetages fx via såkaldte bekymringsfora eller netværksmøder og benævnes "Omlægning til tidlig forebyggende indsats". Indsatsen understøttes af Socialstyrelsen (64, 65). Som nævnt i kapitel 1 har vi fravalgt en nærmere præsentation af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og organisering i kommunerne, som er store selvstændige forskningsområder.

6.11 STATUS FOR VIDEN OM TIDLIG OPSPORING

Der er betydelig politisk og faglig interesse i at styrke den tidlige opsporing af og indsats over for mentale helbredsproblemer (4). Den ovenstående gennemgang viser at der, med undtagelse af indsatsen i den kommunale sundhedspleje, særligt blandt spædbørn, mangler systematisk viden om, hvad der bliver opsporet og hvordan. Herudover viser nylige rapporter om kommunernes opsporende og forebyggende initiativer over for børn, at der er meget store forskelle i den kommunale praksis (3, 4). Der er heller ingen systematisk viden om, hvad der sker med de børn og familier, hvor fagpersoner har identificeret problemer, om der er tilbud til de børn og familier, hvor der opspores

problemer, eller om de fagpersoner som modtager oplysninger om opsporede problemer har den nødvendige viden om afhjælpning af problemerne. Der er således behov for forskning, der belyser de opsporende indsatser, som omtales ovenfor, rettet mod individer og familier. Herudover er der behov for forskning, der belyser arenaer, og den bredere strukturering af det danske skolevæsen, som ikke i tilstrækkelig grad stimulerer børn eller som ligefrem udgør en risiko for deres mentale sundhed, hvilket ligeledes er en opgave i det fremtidige arbejde for at styrke børns mentale sundhed.

Det danske Mind My Mind (MMM) studie har udviklet og evalueret en model for stadiet-baseret identifikation af børn og unge med emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder i PPR (66). Modellen er udviklet med det formål at identificere børn med forskellige sværhedsgrader af psykiske problemer, der kvalificerer dem til støtte og behandling på forskellige niveauer. Modellen blev implementeret i PPR i de fire forsøgskommuner, der deltog i MMM (se kapitel 7.6.2 for beskrivelse af MMM). Det specifikke formål var at modtage hjælpsøgende børn og unge i alderen 6-16 år og inddele dem i tre grupper: 1) En gruppe børn, der havde behov for en lavintensiv intervention (fx hjælp til selvhjælp); 2) en gruppe børn, der havde behov for et psykologisk behandlingsforløb for følelsesmæssige og/eller adfærdsmæssige problemer (målgruppen for MMM); og 3) en gruppe børn, som havde behov for mere specialiseret indsats for mere alvorlig psykisk sygdom (fx henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien). Først blev der udviklet og valideret en SDQ-baseret screeningsalgoritme til at definere gruppe 1, som var de børn der scorede under cut-off for behandlingskrævende følelsesmæssige og/eller adfærdsmæssige problemer. For børn, der lå over cut-off, blev både forældre og barn inviteret til at besvare flere standardiserede spørgeskemaer, bl.a.

om angst og depressive symptomer, inden de kom til første møde med en PPR-psykolog. Baseret på resultaterne fra online-spørgeskemaerne og et kort semistruktureret psykopatologisk interview med barnet og forældrene vurderede psykologen, om barnet havde behov for henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien (gruppe 3). Resultaterne viste, at modellen kunne stratificere børnene i tre grupper med stigende sværhedsgrad af psykiske problemer og tilsvarende indikerede behov for behandling. Den systematiske informationsindsamling og vurdering gjorde det muligt at visitere langt hovedparten af børnene på mindre end en måned. Studiet viste at en transdiagnostisk, stadiobaseret tilgang til stepped care kan implementeres i praksis. Systematikken gjorde det muligt at identificere børn med meget forskellige og ofte multiple og komplekse mentale helbredsproblemer og inddele dem på tre niveauer. Det har stor betydning, idet man herved sparer de hjælpsøgende børn for at afprøve hjælp på de tidlige trin, hvor hjælpen ofte er uspecifik og utilstrækkelig, før de tilbydes en mere intensiv eller specialiserede indsats, der matcher deres behov (66).

6.12 REFERENCER

1. Glascoe FP, Squires JK. Quality developmental screenings are essential to quality surveillance. *Pediatrics*. 2013; 132: e1450.
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
3. Wüst M. Øjeblikbilledet 2017. København: CRUNCH, FALS og SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2017.
4. Willumsen G. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejers ydelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
5. Jørgensen G. Ingen andre har forstået os, har forstået, hvor vigtige vi er. En undersøgelse af sundhedsplejerskers faglige selvforståelser (ph.d.-afhandling). Aarhus: AU; 2015.
6. Pedersen TP, Pant SW, Ammitzbøll J. Sundhedsplejerskers bemærkninger til motorisk udvikling i det første leveår: Temarapport. Børn født i 2017. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
7. Pant SW, Johansen A, Holstein BE. Sundhedsplejerskers indsatser for 0-årige børn. Temarapport og årsrapport om børn født i 2013. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2015.
8. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *Infant Ment Health J*. 2001; 22: 559–75.
9. Guedeney A, Matthey S, Puura K. Social withdrawal behavior in infancy: A history of the concept and review of published studies using the Alarm Distress Baby Scale. *Infant Ment Health J*. 2013; 34: 516–31.
10. Center for Tidlig Indsats og Familieforskning (CIF), Institut for Psykologi, KU. Kurser og efteruddannelse. Available from: <https://psy.ku.dk/cif/kurser-og-efteruddannelse/>.
11. Pedersen IE, Haase TW, Krogh MT, Væver MS. Sundhedsplejersker i ti kommuner hjælper forskerne med at kortlægge og styrke førstegangsførelses ressourcer. *Sundhedsplejersken*. 2019; 7–11.
12. Væver MS. Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn. *Sundhedsplejersken*. 2016; 6–12.
13. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 393.
14. Ammitzbøll J, Holstein BE, Wilms L, Andersen A, Skovgaard AM. A new measure for infant mental health screening: Development and initial validation. *BMC Pediatr*. 2016; 16: 197.
15. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull*. 2010; 57: B4193.
16. Ammitzbøll J, Wilms L, Skovgaard AM. PUF – En metode til at opruste sundhedsplejerskernes indsats over for mental sårbarhed hos små børn. *Sundhedsplejersken*. 2018; 3: 10–4.
17. Ammitzbøll J, Thygesen L, Holstein BE, Andersen A, Skovgaard AM. Predictive validity of a service-setting-based measure to identify infancy mental health problems: A population-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27: 711–23.
18. Ammitzbøll J, Skovgaard AM, Holstein BE, Andersen A, Kreiner S, Nielsen T. Construct validity of a service-setting based measure to identify mental health problems in infancy. *PLoS One*. 2019; 14: e0214112.
19. Skovgaard AM, Ammitzbøll J. PUF-programmet giver sundhedsplejerskerne et forbedret grundlag til at opspore og intervenere overfor mental sårbarhed hos småbørn. *Sundhedsplejersken*. 2019; 8: 1–6.
20. Ammitzbøll J, Skovgaard AM. PUF-programmet. Available from: <https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/puf>.
21. Jakobsen AN, Skovgaard AM, Lichtenberg A, Jørgensen T, CCCC 2000 Study Group. Kan kontakt- og opmærksomhedsforstyrrelser hos småbørn opdages ved sundhedsplejerskernes BOEL-prøve? Copenhagen County Child Cohort 2000. *Ugeskr Laeger*. 2007; 169: 1001–5.
22. Væver MS, Smith-Nielsen J, Lange T. Copenhagen infant mental health project: Study protocol for a randomized controlled trial comparing circle of security –parenting and care as usual as interventions targeting infant mental health risks. *BMC Psychol*. 2016; 4: 57.

23. Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, Seng JS. Mother-infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: The primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Arch Womens Ment Health*. 2013; 16: 29–38.
24. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*. 2002; 70: 291–306.
25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 782–6.
26. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2001; 104: 243–9.
27. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation in a Norwegian community sample. *Nord J Psychiatry*. 2001; 55: 113–7.
28. Edmondson OJH, Psychogiou L, Vlachos H, Netsi E, Ramchandani PG. Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *J Affect Disord*. 2010; 125: 365–8.
29. Massoudi P, Hwang CP, Wickberg B. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *J Affect Disord*. 2013; 149: 67–74.
30. Psouni E, Agebjörn J, Linder H. Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool. *Scand J Psychol*. 2017; 58: 485–96.
31. Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal perinatal depression assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and possible risk factors. *Am J Mens Health*. 2018; 12: 720–9.
32. Dansgaard B. Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
33. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
34. Michelsen SI, Kastanje M, Flachs EM, Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Madsen M, Andersen A-MN. Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2007.
35. Almind G, Faxholm L, Holstein BE, Lyster J, Pedersen J, Rasmussen IB, Teilman H. Som man sår? Småbørnsprofylakse i Danmark. København: Dansk Sygeplejeråd; 1985.
36. Lykke K, Christensen P, Reventlow S. GPs' strategies in exploring the preschool child's wellbeing in the paediatric consultation. *BMC Fam Pract*. 2013; 14: 177.
37. Lykke K, Christensen P, Reventlow S. The consultation as an interpretive dialogue about the child's health needs. *Fam Pract*. 2011; 28: 430–6.
38. Lykke K, Christensen P, Reventlow S. "This is not normal ..." - Signs that make the GP question the child's wellbeing. *Fam Pract*. 2008; 25: 146–53.
39. FamilieTrivsel i almen praksis. Et forskningsprojekt om mental sundhed hos familier og små børn i almen praksis. Available from: <https://www.familietrivsel.dk/familietrivsel-dk>.
40. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge. BEK nr. 1344 af 03/12/2010. Available from: <http://www.socialjura.dk/content-storage/regler/2010/bek-1344-af-312-2010/>.
41. Bjerre LB. Måleredskaber i dagtilbud. Håndbog i vurdering og udvælgelse af måleredskaber. København: Danmarks Evalueringsinstitut, EVA; 2018.
42. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, Rouleau N. Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *Int J Lang Commun Disord*. 2008; 43: 361–89.
43. Gurgel LG, Vidor DCGM, Joly MCRA, Reppold CT. Risk factors for proper oral language development in children: A systematic literature review. *CoDAS*. 2014; 26: 350–6.
44. Hawa VV, Spanoudis G. Toddlers with delayed expressive language: An overview of the characteristics, risk factors and language outcomes. *Res Dev Disabil*. 2014; 35: 400–7.
45. Irwin JR, Carter AS, Briggs-Gowan MJ. The social-emotional development of "late-talking" toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41: 1324–32.
46. Spencer S, Clegg J, Stackhouse J, Rush R. Contribution of spoken language and socio-economic background to adolescents' educational achievement at age 16 years. *Int J Lang Commun Disord*. 2017; 52: 184–96.

47. Stensen K, Lydersen S, Stenseng F, Wallander JL, Tveit H, Drugli MB. Childcare providers' nominations of preschool children at risk for mental health problems: Does it discriminate well compared to the Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)? *Scand J Educ Res*. 2021; 1–15.
48. Stensen K, Lydersen S, Stenseng F, Wallander J, Drugli M. Teacher nominations of preschool children at risk for mental health problems: How false is a false positive nomination and what make teachers concerned? *J Psychopathol Behav Assess*. 2021.
49. Squires JK, Bricker D, Waddell ML, Funk K, Clifford JR, Hoselton RM. *Social-Emotional Assessment/ Evaluation Measure (SEAMTM)*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2014.
50. Mehlbye J. *Guide til tidlig opsporing af børn i en udsat position. Anvendelse af opsporingsmodellen*. Odense: Socialstyrelsen; 2015.
51. Mehlbye J, Rangvid BS, Sørensen KL, Sjørølev K. *Undersøgelse af indsatser for og udvikling hos elever, der har vanskeligheder i skolestarten*. København: KORA; 2015.
52. Rambøll. *Evaluering af projektet opkvalificering af den tidlige indsats i kommunerne. Slutrapport: Opsporingsmodellens implementering og effekter*. København: Socialstyrelsen; 2013.
53. Ringsmose C, Svinth L. *Virkningsfuldt pædagogisk arbejde i dagtilbud*. Aarhus: DPU, AU; 2019.
54. Kloppenborg HS, Wittrup J. *Sårbare børn - hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen?* København: Socialstyrelsen og KORA; 2015.
55. Ringsmose C. *Perspektiver på kvalitet i dagtilbud: Resultater fra et kvalitativt studie i seks kommuner. FULM: Forskningsinformeret udvikling af læringsmiljøer*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2020.
56. Hansen OH, Nordahl T, Nordahl SØ, Hansen LS, Hansen O. *Læringsrapport 2015. Uligheder og variationer - i dagtilbud*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2016.
57. Winther-Lindqvist DA, Ringsmose C, Allerup P. *Kvalitet i det sproglige læringsmiljø i børnehaven. I: Svinth L, Ringsmose C, eds. Læring og udvikling i daginstitutioner*. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2012.
58. Johansen A, Pant SW, Holstein BE. *Forældre-barn relationen: Temarapport og årsrapport. Skoleåret 2016-2017*. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
59. Pant SW, Pedersen TP. *Sundhedsprofil for børn født i 2017 fra Databasen Børns Sundhed*. København: Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.
60. Holstein BE. *Forsinket sprogudvikling ved skolestart belyst med Databasen Børns Sundhed*. Intern rapport. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.
61. Deloitte, Professionshøjskolen UCN, Professionshøjskolen Absalon. *Undersøgelse af kommunernes pædagogisk-psykologiske rådgivning (PPR)*. København: Børne- og Undervisningsministeriet; 2020.
62. Jeppesen P, Wolf RT, Nielsen SM, Christensen R, Plessen KJ, Bilenberg N, Thomsen PH, Thastum M, Neumer S-P, Puggaard LB, Agner Pedersen MM, Pagsberg AK, Silverman WK, Correll CU. *Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: A randomized clinical trial*. *JAMA psychiatry*. 2021; 78: 250–60.
63. BørnUngeLiv. *Hvad er BørnUngeLiv?* Available from: <https://www.boernungeliv.dk/public/om/hvaderboernungeliv.aspx>.
64. Socialstyrelsen. *Om forebyggelse og tidlig indsats*. Available from: <https://socialstyrelsen.dk/boern/forebyggelse-og-tidlig-indsats/om-forebyggelse-og-tidlig-indsats>.
65. Socialstyrelsen. *Strategisk ramme og faglig retning. Koncept for omlægning til en tidligere forebyggende indsats for børn og unge i udsatte positioner*. Odense; Socialstyrelsen; 2018.
66. Wolf RT, Puggaard LB, Pedersen MMA, Pagsberg AK, Silverman WK, Correll CU, Plessen KJ, Neumer S-P, Gyrd-Hansen D, Thastum M, Bilenberg N, Thomsen PH, Jeppesen P. *Systematic identification and stratification of help-seeking school-aged youth with mental health problems: A novel approach to stage-based stepped-care*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. Online ahead of print.



7

**FORÆLDRE RETTEDE
INDSATSER**

DETTE KAPITEL GIVER EN INTRODUKTION TIL – OG ET OVERBLIK OVER – DEN VIDENSKABELIGE LITTERATUR OM SUNDHEDSFREMMENDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER MÅLRETTET FORÆLDRE TIL 0-9-ÅRIGE BØRN MED FOKUS PÅ INDSATSER, DER HAR RELATIV STOR UDBREDELSE I DANMARK.

7.1 SAMMENFATNING

Indsatserne til forældre til 0-2-årige udgår hyppigt fra sundhedsplejen og bygger ofte på tilknytningsteori, mens de fleste af indsatserne til de 3-9-årige i højere grad bygger på social interaktionslæringsteori og oftere retter sig mod barnets adfærd og forældrenes evne til at sætte rammer og regulere barnets adfærd på en sensitiv måde.

Spæd- og småbørn (0-2-årige): Det er vanskeligt at vurdere effekten af sundhedsplejen, som den udbydes i Danmark, fordi der ikke findes sammenlignings- eller kontrolgrupper. Internationale studier af sundhedspleje leveret som selektiv indsats tyder imidlertid på en positiv effekt på børns mentale sundhed i risikofamilier – en gruppe der også nås gennem den universelle indsats, som sundhedsplejen udgør i Danmark. Der er kun få systematiske forskningsoversigter, der har undersøgt effekten af universelt udbudte forældreindsatser, herunder såkaldte forældrekurser, til spæd- og/eller småbørnsforældre med fokus på forældre-barnrelationen og/eller barnets udvikling. Resultaterne er blandede, og der er endnu begrænset viden om effekten af universelle forældreindsatser. Til gengæld tyder forskningen på, at selektive eller indikerede forældreindsatser har potentiale til

at forbedre forældre-barnrelationen og/eller spæd- og småbørns mentale helbred på kort sigt, herunder reduktion af adfærdsproblemer. Det er mere usikkert, hvorvidt effekten holder over tid, og der er behov for flere studier, der undersøger effekten af forældrekurser på længere sigt. Der er i en dansk kontekst gennemført en lang række forældreindsatser. Disse indsatser kan være en del af sundhedsplejen eller selvstændige tilbud. Ca. halvdelen af indsatserne er udviklet i Danmark. De resterende er udviklet i udlandet og implementeret i Danmark. Flere af indsatserne er evalueret, heraf enkelte ved randomiserede kontrollerede studier, og enkelte har dokumenteret effekt. Generelt er der dog endnu utilstrækkelig viden om effekterne.

Førskolebørn (3-5-årige): Når det kommer til forældreindsatser ved førskole- og indskolingsalderen, er det en gennemgående tendens, at forskningsoversigterne beskæftiger sig med et bredt aldersspænd og i mindre grad fokuserer på de enkelte aldersgrupper. Det gør det vanskeligt at vurdere dokumentationen for effekt af universelt udbudte forældreindsatser i netop disse aldersgrupper, men alt i alt må man vurdere dokumentationen som svag. Blandt førskolebørn ses den stærkeste dokumentation for selektive eller indikerede indsatser, der er målrettet tidlige tegn

på risiko såsom manglende sensitivitet hos moderen, en utryk tilknytning, adfærdsproblemer og forsinket sprogudvikling. Oftest er der i indsatser målrettet denne aldersgruppe særligt fokus på at forebygge adfærdsproblemer, mens der har været mindre fokus på forebyggelse af internaliseringsvanskeligheder. Forskningen fremhæver imidlertid, at universelle programmer er vigtige som støtte til børnefamilier og til opsporing af de børn og familier, der har mest brug for støtte. De fleste indsatser for forældre til førskolebørn er udviklet og evalueret i andre lande, og der er kun få danske studier af effekten.

Indskolingsbørn (6-9-årige): Forældreindsatserne i indskolingsalderen gennemføres ofte i nært samspil med skolen og kan i øvrigt udfolde sig som forældretræning og andre indsatser i hjemmet. Der er kun beskeden dokumentation for effekten af universelle forebyggende forældreindsatser i denne aldersgruppe. Der findes mange selektive forebyggende indsatser, og mange af disse indsatser har dokumenteret effekt på angst, depression og søvnproblemer.

7.2 INDLEDNING

Familiekonteksten og de ressourcer samt risikofaktorer, der er til stede i familien, er afgørende for kvaliteten af de interaktioner, som barnet udvikler sig i og med (se også kapitel 3 og 4). Dette gælder uanset, om barnet har mentale helbredsproblemer eller ej, men der er særlige problematikker for forældre til børn med mentale helbredsproblemer (1). Mange forældre finder det fx vanskeligt at opdrage og støtte et barn med forstyrrelser i aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)), og forældrenes kan have stor betydning for udviklingen af ADHD-symptomerne (1). Familien, og særligt forældrene, er derfor en central arena, når vi taler om sundheds-

fremmende og forebyggende indsatser for de 0-9-årige børn. For spæd-, små- og førskolebørnene er der særligt tre udviklingsmæssige opgaver, som barnet skal løfte i interaktion med sit miljø:

1. barnet skal udvikle en tilknytningsrelation til sine primære omsorgspersoner,
2. barnet skal udvikle strategier til følelses- og selvregulering og
3. barnet skal tilegne sig sproglige og andre kognitive kompetencer.

Disse domæner er afgørende for barnets udvikling af selvtillid, tillid til andre, evne til at indgå nydelsesfuldt i sociale relationer, lyst til at lege og lære og skoleparathed. Langt størstedelen af de indsatser, der er målrettet forældre til små- og førskolebørn (1-5 år), hvor der er publiceret effektstudier, retter sig netop mod et eller flere af disse tre områder. Når børnene i 5-7-årsalderen begynder i skolen, så vil indsatserne i større grad begynde at rette sig mod barnet selv og oftere foregå i andre arenaer, fx i skolen med indsats fra pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) m.m. Indsatser målrettet forældre til indskolingsbørn (6-9-årige) knytter sig overvejende til mere klart definerede problematikker (fx adfærdsproblemer, depression, angst og skolefravær) og vil oftere være givet på indikeret grundlag.

I Danmark udgør den kommunale sundhedspleje og praktiserende læge væsentlige aktører i det forebyggende arbejde målrettet spæd- og småbørnsfamilier. Indholdet i disse indsatser er beskrevet i kapitel 6 om opsporing, mens den videnskabelige litteratur om effekten af sundhedsplejen beskrives i dette kapitel. Et andet sundhedsfremmende og forebyggende tilbud med familien som arena er forældrekurser og andre forældreindsatser. Indsatser målrettet forældre til 0-9-årige børn findes i mange former (fx indi-

viduelle og gruppebaserede), med varierende intensitet (fx edukative kurser, længerevarende forløb) med mere eller mindre eksplicite teoretiske forandringsmodeller, og de udbydes både som universelle, selektive og indikerede indsatser. Fælles for alle disse former for indsatser er, at formålet er at støtte forældrene i de udfordringer, som de måtte opleve i forældrerollen. Fokus for de fleste indsatser er således at give forældrene specifikke færdigheder eller strategier, der fremmer en sensitiv og responderende omsorg for barnet for derigennem at fremme en sund udvikling hos barnet (2).

7.3 SUNDHEDSPLEJEN SOM SUNDHEDSFREMMEDE OG FOREBYGGENDE INDSATS

Sundhedsplejen udfylder en vigtig funktion i form af monitorering af barnets sundhed og trivsel samt rådgivning af barnets forældre, men også, som det er beskrevet i kapitel 6, i form af tidlig opsporing af fysiske og mentale helbredsproblemer eller risikofaktorer herfor, som måske ellers først ville være blevet opdaget senere (3).

7.3.1 International videnskabelig litteratur om effekten af sundhedspleje

Det er vanskeligt at redegøre for effekten af sundhedsplejen som universelt udbudt indsat, som plejen praktiseres i Danmark, fordi der som hovedregel ikke er sammenlignings- eller kontrolgrupper til sådanne universelle indsatser. En genvej til effektmåling er såkaldte naturlige eksperimenter, hvor de universelle indsatser af en eller anden grund falder væk i en periode eller i et bestemt område. Et dansk eksempel er her Guldagers studie fra 1992, som sammenlignede familier i områder med fuld dækning af sundhedspleje med familier i områder med meget begrænset dæk-

ning med sundhedspleje. Guldagers studie havde ikke specielt fokus på mental sundhed, men det viste en signifikant forskel mellem de to områder mht. to risikofaktorer for nedsat mental sundhed: I området med meget begrænset dækning af sundhedspleje var der signifikant flere mødre, som ammede deres barn i meget kort tid og signifikant flere forældre, som ikke følte sig sikre i forældrerollen (4). Et andet dansk eksempel er Hirani et al. (2021), der - med udgangspunkt i sundhedsplejerskernes strejke i 2008 - undersøgte effekten af fire af sundhedsplejens besøg i løbet af barnets første leveår (5). Studiet fandt, at mødrene til de børn, der mistede det første hjemmebesøg, havde en øget sandsynlighed for at se en psykolog eller psykiater under strejken og i op til fire år efter strejken. Dette indikerer, at sundhedsplejens første besøg har betydning for mødrenes mentale helbred. Et dansk kvalitativt studie af sundhedspleje har givet ekstra information om, hvordan sundhedsplejen kan bidrage til at fremme mental sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer. Et studie (6) viste, at sundhedsplejersker ved at tilbyde ekstra besøg til sårbare eller udsatte familier åbnede for en bedre tidlig indsat, der understøttede det lille barns trivsel og udvikling.

Der findes internationale studier af effekten af sundhedspleje fra lande, hvor sundhedsplejen ikke har den samme form, udbredelse og tyngde som i Danmark, og mange af de studerede indsatser er udført af sygeplejersker eller personer med en kortere sundhedsuddannelse. Disse oversigter og studier er hovedsageligt baseret på selektivt leveret sundhedspleje, dvs. til spædbørnsfamilier med helbredsmæssige eller sociale udfordringer. Resultaterne tyder på en positiv effekt på børns mentale sundhed i disse familier, og selv om det ikke ud fra disse resultater er muligt at vurdere effekten af universelt leveret sundhedspleje, har resultaterne stadig relevans, da universel sund-

hedspleje let kan kombineres og udvides med en selektiv indsats. En systematisk forskningsoversigt med fokus på internationale studier undersøgte effekten i studier, hvor sundhedspleje blev leveret i hjemmet af sundhedsplejersker. For størstedelen af disse studier gjaldt det, at familierne havde udfordringer relateret til fx tidlig fødsel, helbred eller sociale forhold (7). Forskningsoversigten, som primært inddrog studier af høj kvalitet, fandt ingen negative effekter af sundhedspleje og positive effekter på børnenes mentale udvikling og fysiske vækst. Derudover sås der reduktion af angst, nervøsitet og depressive symptomer blandt mødrene. På tilsvarende vis fandt studier af de tre amerikanske Nurse Family Partnership (NFP) -interventioner positive langtidseffekter af sundhedspleje på børnenes mentale sundhed i hhv. fire-, seks-, ni- og 12-årsalderen (8-11) samt positive effekter på sprog ved to-, fire- og seksårsalderen (9, 10, 12). Disse fund bakkes op af europæiske studier blandt unge mødre med en lav socioøkonomisk baggrund, der også fandt positive effekter af NFP-interventionerne. Et hollandsk studie fandt positiv effekt på internaliserende symptomer (angst og depression) ved toårsalderen, men ingen effekt på udadrettet adfærd (fx ADHD) (13). Et tysk studie fandt positiv effekt på mental udvikling, men kun blandt børn af højriskomødre (14). Et engelsk studie af den britiske version af NFP-interventionen blandt teenagemødre fandt en lille, men positiv effekt på sprogudvikling ved 12- og 18-månedersalderen samt på kognitiv udvikling ved 24-månedersalderen (15). Studiets resultater var dog samlet set blandede, hvilket blev tilskrevet, at kontrolgruppen (som fik sædvanlig indsats) allerede fik et relativt højt niveau af sundhedspleje sammenlignet med de amerikanske studier. Effekten af skolesundhedspleje til indskolingsbørn er ikke undersøgt eller dokumenteret i internationale studier. Herudover konkluderede en forskningsoversigt af 21 kontrollerede interventionsstudier af høj kvalitet fra USA,

at hjemmebesøg til spæd- og småbørn udført af såkaldt paraprofessionelle (personer med kortvarig træning, ikke fuldt uddannede sygeplejersker) i familier med svage ressourcer medførte små, men ofte signifikant positive resultater i form af færre omsorgssvigt og bedre kognitiv udvikling (16). Disse indsatser blev gennemført i områder præget af svære socioøkonomiske kår og tydede på en positiv effekt af sundhedspleje på mental sundhed hos børn i sårbare familier.

7.4 FORÆLDREINDSATSER TIL SPÆD- OG/ELLER SMÅBØRNSFORÆLDRE

At blive forælder er, især ved det første barn, en stor omvæltning, som er forbundet med glæde, men også kan opleves som stressende og udfordrende, især hvis familien samtidig har sociale eller helbredsmæssige udfordringer. Tidlige forebyggende indsatser retter sig derfor mod barnets forældre og fokuserer på at øge forældres viden og forståelse for barnets udvikling, refleksion over egen forældreadfærd samt mod at give forældrene færdigheder, der fremmer en sund tilknytning og udvikling hos barnet. Forældreindsatser er typisk standardiserede og manualbaserede og kan være funderet i forskellige teoretiske tilgange. Der anvendes ofte en række forskellige teknikker såsom videovignetter, diskussion, rollespil og hjemmearbejde. Indsatserne kan have et individuelt såvel som et gruppebaseret format.

7.4.1 International videnskabelig litteratur om effekten af forældreindsatser til spæd- og/eller småbørnsforældre

Universelle forebyggende forældreindsatser:

Der er kun få systematiske forskningsoversigter, der har undersøgt effekten af universelt udbudte forældreindsatser til spæd- og/eller småbørns-

forældre med fokus på forældre-barn-relationen og/eller barnets udvikling. Pontoppidan et al. (17) undersøgte i en forskningsoversigt med fokus på randomiserede kontrollerede studier effekten af strukturerede psykosociale forældreindsatser, der blev igangsat inden barnet fyldte et år. Indsatser, der var igangsat, men ikke afsluttet i graviditeten, var inkluderet i oversigten. En anden forskningsoversigt med fokus på randomiserede eller kvasirandomiserede kontrollerede studier undersøgte gruppebaserede indsatser til forældre til 0-3-årige (18). Samlet set tydede disse to systematiske forskningsoversigter ikke på, at det er muligt at give en entydig vurdering af effekten af universelt udbudte forældreindsatser og indsatser målrettet hhv. barnets udvikling og forældre-barn-relationen. Baseret på resultater fra syv randomiserede kontrollerede studier fra USA, Australien og Finland konkluderede Pontoppidan et al. (2016), at effekten af universelle indsatser til spædbørnsforældre er blandede (17). Fire ud af syv studier undersøgte effekten på barnets udvikling. Halvdelen fandt en positiv effekt på et eller flere mål, mens den anden halvdel ingen effekt fandt af interventionerne. Det samme gjaldt de fire studier, der undersøgte effekten på forældre-barn-relationen med den undtagelse, at et enkelt studie fandt en negativ effekt af interventionen. Studierne, der indgik i forskningsoversigten, blev vurderet at have en moderat til god kvalitet. De inkluderede studier anvendte forskellige måleredskaber, og der kunne derfor ikke gennemføres en metaanalyse, hvilket kunne have bidraget til en mere præcis vurdering af effekten af universelle indsatser til spædbørnsforældre. Der var imidlertid ingen systematiske forskelle i de individuelle studiers effekt afhængigt af længden af interventionerne, opfølgningstidspunkt, studiet størrelse eller hvorvidt indsatserne var igangsat før eller efter fødslen. I en metaanalyse af de universelle og gruppebaserede indsatser (tre studier) fandt Barlow et al. (2016) ingen

signifikant effekt på emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder hos 0-3-årige børn (18). På et metaniveau, hvor man sammenfatter den viden, man har fra eksisterende studier, er der således endnu begrænset viden om effekten af universelle forældreindsatser.

Selektive og indikerede forebyggende indsatser: Flere systematiske forskningsoversigter har vist, at selektive og i nogle tilfælde også indikerede forældreindsatser overordnet set har potentiale til at forbedre forældre-barn-relationen og/eller spæd- og småbørns mentale helbred på kort sigt (18-20). Barlow et al. (2016) undersøgte i en forskningsoversigt af 23 randomiserede kontrollerede studier eller kvasirandomiserede kontrollerede studier effekten af gruppebaserede forældreindsatser udbudt fra en universel, selektiv eller indikativ tilgang til forældre til 0-3-årige (18). Uden at skelne mellem de tre forebyggelsesmæssige tilgange har en metaanalyse (ni studier) vist en positiv effekt på eksternaliserende symptomer samt på forælder-barn-interaktion i form af en reduktion i negativ adfærd (syv studier) og øget positiv adfærd (fire studier). Rayce et al. (2017) gennemgik i en forskningsoversigt af 16 randomiserede kontrollerede studier effekten af strukturerede psykosociale indsatser til forældre til 0-1-årige, der ud fra en overordnet vurdering tilhører en risikogruppe (19). Metaanalysen viste en lille positiv effekt på barnets adfærd (otte studier) ved afslutningen af indsatserne, men ikke når adfærd blev opdelt på hhv. internaliserende og eksternaliserende symptomer og heller ikke, når adfærd blev målt mere end 12 måneder efter indsatsernes afslutning (seks studier). Mht. barnets kognitive udvikling viste en metaanalyse ingen signifikant effekt ved indsatsernes afslutning. Herudover viste metaanalysen (ni studier) en medium effekt på forældre-barn-relationen samt på moderens sensitivitet (fem studier) (19).

Wright et al. (2017) gennemgik i en forskningsoversigt af 14 randomiserede kontrollerede studier effekten af forældreindsatser på tilknytning (20). Forskningsoversigten, som primært inkluderede studier af forældre til spæd- og småbørn med forstyrret tilknytning eller i høj risiko herfor, fandt en medium effekt på tilknytning i form af færre børn med forstyrret tilknytning i interventionsgruppen. Mens resultaterne fra de systematiske forskningsoversigter fandt lovende resultater ved afslutningen af indsatserne, er det mere usikkert, hvorvidt effekten holder på længere sigt. Rayce et al. (2017) (18) fandt ingen effekt af indsatserne på adfærd ved et år eller længere tid efter indsatsens afslutning, mens Barlow et al. (2016) (19) fandt blandede resultater.

Flere nye forskningsoversigter har konkluderet, at der er mangel på studier, som undersøger effekten af forældreindsatser på længere sigt (18, 19, 21). De tre forskningsoversigter inkluderede en relativt bred gruppe af forældre og børn, der med udgangspunkt i de risikofaktorer, der er beskrevet i kapitel 3, var i risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer, ligesom indholdet i selve indsatserne også rummer en variation. Fælles for to af de tre forskningsoversigter var, at de ikke omfattede studier, der fokuserede på mere specifikke målgrupper såsom forældre til børn med fysiske handicaps, for tidligt fødte børn eller forældre med mentale helbredsproblemer eller misbrug (18, 19). Sådanne målrettede indsatser vil oftest have et indhold, der er målrettet den specifikke problemstilling, som familien lever med. Antallet af specifikke problemstillinger og studier af forældreindsatser målrettet disse problemstillinger er mange, og effekten af indsatser vil kunne være forskellig afhængigt af målgruppe og indsats. Et eksempel på sådanne specifikke problemstillinger er effekten af forældreindsatser målrettet mødre med (efterfødsels)depression.

Forældreindsatser målrettet mødre med efterfødselsdepression: (Efterfødsels)depression eller depressive symptomer hos mor udgør en risiko for et barns mentale sundhed og helbred (22-25). Flere systematiske forskningsoversigter har derfor undersøgt effekten af forældreindsatser rettet mod mødre med depression eller depressive symptomer (26-32). En ny systematisk forskningsoversigt gennemgik otte randomiserede kontrollerede studier om strukturerede psykosociale forældreindsatser (dvs. indsatser med fokus på at forbedre mor-barn-interaktion og relation, responsivitet og sensitivitet) målrettet spædbørnsmødre med depressive symptomer (32). De inkluderede studier var kendetegnet ved, at kvinderne var relativt veluddannede. Alle indsatser bestod af hjemmebesøg fortrinsvis foretaget af en professionel i form af en sygeplejerske (tre studier), terapeut (to studier), forebyggelsesspecialist (et studie), mens et enkelt studie anvendte frivillige, der tidligere havde haft en fødselsdepression, og som havde modtaget træning i levering af indsatsen. En metaanalyse af seks studier af effekten på forældre-barnrelationen ved afslutning af indsatserne fandt ingen signifikant effekt i interventionsgruppen. Det var ikke muligt at gennemføre en metaanalyse af den overordnede effekt på barnets udvikling. På individuelt studieniveau fandt kun to ud af de otte studier en positiv effekt på udvikling i interventionsgruppen. Det generelle fravær af effekt på barnets udvikling og mor-barn-relationen er i tråd med, hvad tidligere forskningsoversigter af forskellige typer af indsatser til mødre med depressive symptomer har fundet (26-31). Men der er god dokumentation for, at forebyggende indsatser over for efterfødselsdepression kan have effekt på moderens depressive symptomer (33, 34).

7.4.2 Forældreindsatser til spæd- og småbørnsforældre i Danmark

Ud over den kommunale sundhedspleje tilbød halvdelen af danske kommuner i 2017 forældrekurser til alle førstegangsfødende, mens 31 kommuner kun tilbød sådanne indsatser til sårbare familier (35). For flere af de indsatser, der tilbydes i en dansk kontekst, gælder det dog, at de både udbydes ud fra en universel, selektiv og for enkelte også en indikativ forebyggelsesmæssig tilgang.

Forældreindsatser, der udbydes ud fra en universel forebyggelsesmæssig tilgang, er ofte kendetegnet ved at være gruppebaserede tilbud, hvor der lægges vægt på dialog og netværksdannelse. Blandt de selektive indsatser findes der både eksempler på individrettede og gruppebaserede indsatser og for en kombination af disse to tilgange. Fælles for forældreindsatserne er, at de fokuserer på at styrke forældreskabet samt en god forælder-barn-tilknytning for derigennem at fremme barnets socioemotionelle og sproglige udvikling. Derudover tilbyder enkelte af de selektivt leverede indsatser (Minding the Baby, FAMKO og Familiens hus) også støtte og vejledning med praktiske forhold i hverdagen såsom bolig, økonomi og det at navigere i hospitalsvæsenet.

Enkelte af de forældreindsatser, der er implementeret i en dansk kontekst, er indsatser, der også anvendes i en international kontekst: De Utrolige År (DUÅ) (36), Minding the Baby (37) og Circle of Security Parenting (COS-P), som er en nyere og kortere version af forældreindsatsen Circle of Security. Det betyder, at der eksisterer nogen international forskning af effekten af disse indsatser. Til trods for omfanget af indsatser til danske spæd- og småbørnsfamilier er der imidlertid endnu sparsom viden om effekten af en del af disse indsatser og tilbud i en dansk kontekst. I rapporten

Tidlig indsats til sårbare familier (35), som bl.a. er baseret på en litteraturgennemgang af nordiske studier foretaget af Forskningsenheden for Almen Praksis ved Syddansk Universitet (2017), blev det fremhævet, at dette til dels skyldes, at en del af evalueringerne af forældreindsatser mangler stringens og styrke. Ofte er der ikke foretaget egentlige effektevalueringer, og ofte indgår der ikke en kontrolgruppe i disse studier (35). Hertil kommer, at der aktuelt er igangsat nye indsatser, og at effekten af disse indsatser (i en dansk kontekst) derfor endnu ikke kendes.

I det følgende præsenteres en række af de forældreindsatser, der har været tilbudt eller aktuelt tilbydes til danske spæd- og småbørnsforældre, og som er relativt udbredte. For nogle indsatser gælder det, at de tilbydes ud fra en universel forebyggelsesmæssig tilgang. For andre indsatser gælder, at de også tilbydes ud fra selektiv eller indikeret tilgang. I kapitel 12 findes en oversigt over danske forældreindsatser til spæd- og småbørnsforældre.

Familieiværksætterne (FIV) (38)

FIV er en gruppebaseret indsats til førstegangsfødende. Formålet er at styrke forældreskabet ved at øge førstegangsførelses handlekompetencer og derved fremme familiens sammenhængskraft samt barnets personlige, motoriske og sproglige udvikling. FIV igangsættes i sidste del af graviditeten og varer indtil barnet er 1-1,5 år. Inden for rammerne af en tværfaglig og tværsektoriel tilgang, hvor familierne møder repræsentanter fra både den offentlige, private og frivillige verden, sættes der fokus på fire overordnede temaer: 1) graviditet og fødsel, 2) fra individ til familie, 3) barnets udvikling og trivsel samt 4) netværk og relationer. Forløbet er gruppe- og dialogbaseret, og der er fokus på netværksdannelse mellem de deltagende familier. FIV er implementeret i 15 danske kommuner. FIV

er blevet evalueret i et randomiseret kontrolleret studie blandt 1.751 familier i Århus Kommune. Studiet fandt en lille til moderat positiv effekt på den socioemotionelle udvikling ved 19-månedersalderen blandt børn, hvis forældre højst havde færdiggjort en ungdomsuddannelse. Der var ligeledes en lille til moderat positiv effekt blandt børn af den yngste fjerdedel af forældrene (38).

Klar til Barn (39)

Klar til barn er et gruppebaseret forældrekursus, der har til formål at styrke forældrekompetencer og derved fremme tilknytning til barnet, indsigt i sig selv som kommende forældre samt sikkerhed ift. barnets trivsel, udvikling og sundhed. Kurserne afholdes i grupper af 3-5 forældrepar, igangsættes i 20.-28. gestationsuge og strækker sig over fire mødegange, hvoraf den sidste ligger efter barnets fødsel. Der anvendes en voksenpædagogisk tilgang, hvor forældrene skal opnå ny viden, får styrket deres personlige ressourcer og derigennem skal kunne se nye muligheder for sig selv som mor/far. Dette sker gennem mundtlig og skriftlig formidling, organiserede dialoger, små film, opgaver og netværksdannelse. Klar til Barn er afprøvet i flere danske kommuner og er blevet tilbudt ud fra både en universel og en selektiv forebyggelsesmæssig tilgang. Vi har ikke fundet nogen effekt-
valuering af Klar til Barn på børns mentale sundhed og helbred.

Dit Første Barn (40)

Dit første barn er et gruppebaseret forældrekursus, der er inspireret af og bygger på Servicestyrelsens forældrekursus Klar til Barn. Dit Første Barn er udviklet i et samarbejde mellem Frederiksberg Kommune og virksomheden God barndom og har til formål at styrke forældrenes handlekraft over for barnet, stimulere forælder-barn-tilknytning, øge viden om barnets udvikling og sundhed og forebygge ulykker og sygdom. Målgruppen er alle,

der venter deres første barn (også andre primære voksne). Kurset består af seks mødegange, hvoraf to ligger i graviditeten, og varer til ca. nimbånersalderen. I løbet af disse seks mødegange gennemgås en række temaer om barnets udvikling, forælderrollen og livet i familien. Dette sker gennem faglige oplæg, samtale- og skriveøvelser samt diskussion i gruppen. Dit Første Barn har været implementeret i Frederiksberg Kommune og er blevet evalueret i et randomiseret kontrolleret studie (n=205 mødre og 156 partnere) af forskere fra Aarhus Universitet og VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Studiet fandt efter afslutning en signifikant effekt på stress i forælderrollen, depression og forælder-barn-tilknytning blandt mødre, men ikke blandt fædre. Der blev imidlertid ikke fundet nogen signifikant effekt på barnets socioemotionelle udvikling (41).

Forstå din Baby (42)

Forstå din Baby er en dansk nyudviklet universel indsats, der leveres i familiens hjem som en integreret del af sundhedsplejerskernes hjemmebesøg. Formålet er at styrke forældrenes ressourcer til at forstå og møde deres 0-1-årige barns sociale og følelsesmæssige behov. Forstå din baby er et samtaleværktøj, som sundhedsplejersken bruger i forbindelse med en Alarm Distress BaBy Scale-undersøgelse (ADBB) (se omtalen af ADBB i kapitel 6) til at dele relevant forskningsbaseret viden med forældrene. Effekten af Forstå din Baby er endnu ikke dokumenteret, men Center for Tidlig Indsats og familieforskning ved Københavns Universitet gennemfører aktuelt en evaluering af indsatsen målrettet førstegangsførelse i et kontrolleret crossover design. I dette projekt indgår 200 sundhedsplejersker fra ti partnerskabskommuner (Aalborg, Frederiksberg, Holbæk, Hvidovre, Høje-Taastrup, Køge, Lolland, Middelfart, Nyborg, Næstved), og mindst 1.300 førstegangsførelse modtager indsatsen (43). Der foreligger endnu

ikke resultater om effekt på forældreressourcer og børns mentale sundhed eller helbred.

En god start – sammen (44)

En god start - sammen er et gruppebaseret forældrekursus, der er udviklet af Sundhedsstyrelsen, som tilbydes kommende forældre. Formålet er, at støtte og udvikle forældrenes omsorgsevne og handlekompetence mhp. at etablere en tryk forælder-barn-tilknytning. Forløbet igangsættes i sidste del af graviditeten, består af 6-11 mødegange og afsluttes med et individuelt hjemmebesøg. I nogle kommuner varer forløbet indtil barnet bliver 2,5 år – i andre afsluttes forløbet allerede ved tomånedersalderen og omfatter færre kursusgange. Udsatte familier tilbydes i nogle kommuner ekstra hjemmebesøg af sundhedsplejersken indtil barnets tredje leveår. Kursusgangene berører en række temaer med relevans for barnets udvikling og helbred. Herudover er der fokus på netværksdannelse. En god start – sammen er afprøvet i flere danske kommuner – både ud fra en universel og selektiv forebyggelsesmæssig tilgang. En effektvurdering, der omfattede ti kommuner, fandt ved afslutningen en signifikant positiv effekt på forældretilknytning (44).

De Utrolige År Baby (DUÅ-Baby) (36)

DUÅ-Baby er en del af programserien De Utrolige år (DUÅ), der er udviklet af Webster-Stratton (2008) (45). DUÅ-Baby er en gruppebaseret forældreindsats til forældre til 0-1-årige børn, der har til formål at styrke forælder-barn-tilknytning og give forældre redskaber til at fremme barnets følelsesmæssige, sociale og sproglige udvikling. Metoden er baseret på kognitiv social læringsteori og tilknytningsteori. Forældrene mødes sammen med deres babyer i grupper af 6-8 familier, som ledes af en gruppeleder. Der anvendes ved kurserne inddragende gruppeprocesser, hvor videovignetter bruges til at strukturere indholdet samt

facilitere gruppedrøftelser og rollespil. Desuden er der hjemmeaktiviteter med barnet. DUÅ-Baby er udviklet til udsatte familier men tilbydes også ud fra en universel forebyggelsesmæssig tilgang i Danmark. DUÅ-Baby er afprøvet i flere danske kommuner. Enkelte studier har undersøgt effekten af DUÅ-Baby. Et dansk randomiseret kontrolleret pilotstudie af DUÅ-Baby (n=112) leveret ud fra en universel forebyggelsesmæssig tilgang fandt ingen dokumentation for effekt på forælderreporterede mål relateret til barnets socioemotionelle udvikling, forælder-barn-interaktion og forældrenes mentale trivsel og helbred ved indsatsens afslutning eller ved opfølgningen et år efter (46, 47). Studiernes resultater indikerede desuden, at sårbare forældre med mere behov for støtte havde mindst gavn af kurset, og at det kan være svært for denne gruppe af forældre at deltage i et universelt gruppetilbud. En dansk kvalitativ evaluering af DUÅ-Baby primært leveret som universelt tilbud fandt, at forældre oplever bedre trivsel (48). To små waliske studier (49, 50) har undersøgt effekten af DUÅ-Baby leveret fra en universel tilgang - dog i udsatte områder. Disse studier tydede på, at DUÅ-Baby kan have en positiv effekt på kompetence, sensitivitet og forældres mentale helbred på kort sigt, men forfatterne pointerede, at der er behov for større studier og mere forskning. Kun det ene af de to studier undersøgte effekten på barnets udvikling og fandt ingen effekt.

De Utrolige År Småbørn (DUÅ-Småbørn) (36)

DUÅ-Småbørn tilhører, ligesom DUÅ-Baby, programserien De Utrolige År (45). Også her er der tale om en gruppebaseret forældreindsats, dog her for forældre til 1-3-årige børn. Indsatsens formål er at understøtte forældre i forældrerollen, at udvikle forældrenes kompetencer og at styrke familierne gennem opbygning af positive relationer. Kurserne bygger på kognitiv social læringsteori, og der anvendes inddragende gruppeprocesser og vide-

ovignetter, der bruges til at strukturere indholdet og facilitere gruppedrøftelser og rollespil samt hjemmeaktiviteter med barnet. I DUÅ-Småbørn mødes forældrene to timer ugentligt i 14-22 uger (afhængigt af om kurset har en universel, selektiv eller indikeret tilgang) i grupper af 5-7 familier. DUÅ-Småbørn er udviklet til udsatte familier, men er også anvendt selektivt i Danmark. DUÅ-Småbørn er afprøvet i flere danske kommuner. Vi har ikke kunnet finde kvantitative effektevalueringer af DUÅ-Småbørn, som er gennemført i en dansk kontekst. En dansk kvalitativ evaluering af DUÅ-Småbørn leveret som universel eller selektivt tilbud fandt, at forældrene oplevede en forbedring af barnets adfærd og trivsel, ligesom de selv oplevede en øget forståelse af barnets adfærd, en øget handlekompetence samt en lavere grad af stress (48). Evalueringen skelnede imidlertid ikke mellem, hvorvidt indsatsen blev tilbudt ud fra en universel eller selektiv tilgang. Internationalt har et mindre walisisk studie (n=89) fundet en positiv effekt på barnets udvikling og forældredepression et år efter indsatsen leveret som selektiv forebyggelse (51).

Marte Meo-metoden (52)

Marte Meo er en metode, hvor man benytter videooptagelser af forældre-barn-samspillet (53). Forældrene får med udgangspunkt i udvalgte videoklip konkrete handleanvisninger, som kan forbedre samspillet og støtte udviklingen. Videooptagelse og analyse af samspil i almindelige dagligdagsituationer gør det muligt at få øje på barnets ressourcer og herfra arbejde mod hensigtsmæssig udvikling og samspil. Via Marte Meo-metoden er det bl.a. muligt at støtte op om selvværd, sociale kompetencer, empati, koncentration, vitalitet, sprog og impulsstyring. Det har ikke været muligt at finde oplysninger om udbredelsen af metoden i Danmark. Et kvasiekperimentelt effektstudie af Marte Meo-metoden anvendt i den danske sundhedspleje blandt 278 sårbare mødre fandt en

positiv effekt på mors sensitivitet, mor-barn-interaktion, spædbarnets adfærd i relationen med forælderen samt stress i forældrerollen (52). Samme forfattere fandt desuden, at sundhedsplejersker, der var trænet i Marte Meo-metoden, havde tydeligt bedre observationer af forældre-barn-relationen end andre sundhedsplejersker (54). I en international kontekst har et norsk randomiseret studie (n=158 familier) undersøgt effekten af Marte Meo-metoden (55). Studiet viste ved indsatsens afslutning en positiv effekt på mødrenes følelsesmæssige tilgængelighed i interaktionen med barnet, som var størst blandt mødre med depression. Der var imidlertid ingen effekt seks måneder efter indsatsens afslutning. Her fandt studiet imidlertid en positiv effekt på barnets socioemotionelle udvikling og depressive symptomer hos mødrene.

Minding the Baby (MTB) (37)

Minding the Baby er en mentaliseringsbaseret individrettet indsats, der er målrettet sårbare gravide i svangregruppe 3 og 4, hvor der er en bekymring for det kommende barns trivsel. Indsatsen igangsættes i tredje trimester og afsluttes ved toårsalderen. Indsatsen har til formål at styrke tilknytningen mellem sårbare forældre og deres børn og derigennem forebygge tilknytningsforstyrrelser samt adfærds- og indlæringsproblemer. Allerede i graviditeten tilknyttes den gravide et team, der typisk består af en sundhedsplejerske og en familierapeut, som kommer på skift hos familien ugentligt til barnet er et år og herefter hver anden uge til barnet er to år. Der arbejdes med at forstå barnets signaler og adfærd, og der gives støtte til at reflektere over egen reaktion og øge forældrenes refleksionsevne. Derudover gives der vejledning og støtte vedrørende bolig, egen økonomi og sundhed, hvis der er behov herfor. Minding the Baby afprøves aktuelt i et kvasirandomiseret studie med 240 deltagere i ti danske kommuner. Projektet er et samarbejde mellem Metodecentret,

Yale University og VIVE. Ved implementeringen i Danmark er indsatsen blevet tilpasset danske forhold fx en ældre målgruppe og en større involvering af fædre. I en international kontekst er Minding the Baby evalueret blandt unge mødre (< 26 år) i amerikansk (56, 57) og britisk kontekst (58). De amerikanske studier fandt positiv effekt på mor-barn-interaktion ved firemånedersalderen, tilknytning og mødres mentaliseringsevne ved et år samt eksternaliserende adfærd ved 3-5-årsalderen (56, 57). I en britisk kontekst fandt man i et studie af 148 unge mødre på tilsvarende vis en positiv effekt på adfærdsproblemer, men ingen effekt på mødrenes sensitivitet (58).

Tryghedscirklen – Forældreprogrammet (COS-P) (59)

Tryghedscirklen – Forældreprogrammet er det danske navn for det amerikansk udviklede forældreprogram Circle of Security – Parenting (COS-P, (59)). Det er en forkortet version af det oprindelige Circle of Security program (60). COS-P er tilrettelagt for familier, hvor barnet har udfordringer mht. tilknytning. Det er et korttids-forældreprogram til forældre til 0-5-årige, som baserer sig på tilknytningsteori og -forskningen. Programmet anvendes også til lidt ældre børn på 7-8 år. Formålet med programmet er at støtte forældre i at kunne genkende deres barns følelsesmæssige behov og imødekomme disse for dermed at fremme udviklingen af en sund og tryk relation mellem forælder og barn og at forebygge udviklingen af utryk tilknytning. COS-P forløber enten som en individuel indsats eller i forældregrupper over 8-10 sessioner af 1,5-2 timers varighed. Med udgangspunkt i små standardiserede filmklip støttes deltagerne i at reflektere over deres børns og deres egne følelsesmæssige behov samt over, hvordan de bedst muligt imødekommer deres børns behov. Dette foregår bl.a. ved, at forældrene sammen med uddannede facilitatorer udforsker

deres reaktionsmønstre samt, hvordan deres egen opvækst kan påvirke den måde, de selv er forældre på. COS-P afprøves aktuelt i Københavns Kommune og anvendes desuden i flere andre danske kommuner. Effekten af COS-P er endnu ikke dokumenteret i en dansk kontekst, men Center for Tidlig Indsats og familieforskning ved Københavns Universitet gennemfører aktuelt et stort (n=314) randomiseret kontrolleret studie (Copenhagen Infant Mental Health Project) af indsatsen, som den er implementeret i Københavns Kommune (43). Ligeledes afprøves COS-P aktuelt i Danmark som indsats startende allerede i graviditeten i projektet Godt på vej sammen (61). Flere internationale studier har evalueret COS-P i kvalitative designs og kvasirandomiserede kontrollerede studier. Fundene viser ikke en entydig effekt af COS-P på centrale udfald såsom forældresensitivitet og barnets tilknytning, og studierne designs er meget forskellige (se fx Cassidy et al. 2010; Cassidy et al. 2011; Dehghani et al. 2014; Cassidy et al. 2017 (62-65)). Et mindre svensk randomiseret kontrolleret studie fandt ved afslutningen af indsatsen signifikant mindre stress i forælderrollen blandt de forældre, der havde deltaget i COS-P (66). Der er behov for flere større randomiserede studier af COS-P for at dokumentere en effekt. Yeholkski et al. (2016) har publiceret en metaanalyse af ti kontrollerede studier af effekten af COS, dvs. den mere omfattende Circle of Security interventionsmodel (67). De fandt signifikant effekt af indsatsen på barnets tilknytningssikkerhed, på kvaliteten af forældrenes pasning af barnet og på forældrenes sikkerhed i forælderrollen.

FAMKO (Odense Kommune) (68)

FAMKO er en indsats til sårbare gravide kvinder og deres børn, som er tilknyttet Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital. Indsatsen er udviklet i et samarbejde mellem Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital og

Odense Kommune. Indsatsen er målrettet gravide, småbørn og familier, der har brug for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og barnets første leveår, og varer indtil barnets skolestart. Allerede i graviditeten tilknyttes deltagerne en FAMKO-person, som er sundhedsplejerske eller familiebehandler. Denne person yder individuel støtte til familien afhængigt af familiens behov. FAMKO-personen hjælper med at navigere i de mange kontakter, der kan være med hospital og kommune, og med at skabe sammenhæng mellem tilbud, fx ved at deltage hos jordemoder, uddannelsesvejleder eller misbrugsbehandler. Kvinden tilbydes desuden at deltage i et tilknytningsforløb – enten Tryghedscirklen (COS-P) eller Tidlig Tilknytning, som er et individuelt samtaleforløb på op til 50 timer. FAMKO-personen hjælper også med at guide ift. fx e-Boks, økonomi, bolig og andre praktiske forhold. Indsatsen er mest intensiv i løbet af graviditeten og barnets første leveår. FAMKO-indsatsen evalueres i et stort randomiseret kontrolleret forsøg med 320 deltagere, der gennemføres af VIVE og Odense Universitetshospital. Evalueringen forventes at forløbe i perioden 2018-2023 (69).

Familiens Hus (70)

Familiens Hus er en indsats målrettet unge mødre og gravide under 26 år. Indsatsen er udviklet af Mødrehjælpen, Høje Taastrup og Esbjerg Kommune i samarbejde med Socialstyrelsen og har til formålet at styrke de unge kvinders mulighed for at tage en uddannelse eller komme i beskæftigelse, at øge deres forældrekompetencer samt at styrke deres netværk. Familiens Hus drives som et partnerskab mellem en kommune og en frivillig organisation (aktuelt Mødrehjælpen) og tager afsæt i forskning, der viser positive resultater af en tværfaglig, forebyggende og intensiv indsats til småbørnsfamilier og gravide (71). Ved at samle kommunale fagprofessionelle såsom

socialrådgivere, sundhedsplejersker, jordemødre, uddannelses- og erhvervsvejledere og psykologer i det samme hus er hensigten at sikre en helhedsorienteret støtte, der er målrettet den enkelte mors samlede livssituation. Herudover er et væsentligt princip inddragelse af det lokale civilsamfund og at lade aktiviteter drevet af frivillige foreninger og borgere indgå som et supplement til den fagprofessionelle indsats. Indsatsen i Familiens Hus er manualbaseret, og der er 22 manualer målrettet alle medarbejdere. Familiens Hus omfatter tre overordnede typer af tilbud til de unge mødre: 1) almene åbne tilbud (fx sundhedspleje og anden åben rådgivning af fx socialrådgivere eller uddannelsesvejledere), 2) frivillige aktiviteter, hvoraf nogle er åbne for alle unge mødre, mens andre er målrettet unge mødre eller gravide, der har særligt behov for støtte (fx hverdagsskole m.m.) og 3) en række specialiserede forløb (fx familiegruppe, fødselsforberedelse eller karriere-café), hvor deltagelse kræver screening og en afklaringsamtale. Familiens Hus er implementeret i Esbjerg og Høje Taastrup i samarbejde med Mødrehjælpen. Vi har ikke fundet nogen evaluering af indsatsens effekt på børnenes udvikling og mentale helbred eller mor-barn-relationen. En evaluering gennemført af Rockwool Fonden fandt ingen effekt af indsatsen på forebyggende foranstaltninger rettet mod børnene eller på risikoen for anbringelse af børn uden for hjemmet (72).

The Newborn Behavioral Observations (NBO) (73, 74)

NBO er en systematisk undersøgelse af det 0-2-måned gamle barns adfærd og signaler. Undersøgelsen udføres af sundsplejersken i samarbejde med forældrene i forbindelse med et almindeligt hjemmebesøg. Undersøgelsen skaber en helhedsforståelse af barnet og viser dets styrker og sårbarheder, især spædbarnets sprog og adfærdsmæssige evner. Med udgangspunkt i disse

observationer kan sundhedsplejersken medvirke til at skabe stærkere relationer mellem forældre og barn på et meget tidligt stadie i barnets liv. NBO er evalueret i et omfattende randomiseret kontrolleret studie med over 2.500 børn i tre danske kommuner (74) som en universel forebyggende indsats. Ved opfølgning i tre- og nimbånedersalderen sås svage men ikke-signifikante forbedringer i mødrenes trykthed og humør, barnets socioemotionelle adfærd og forældre-barn-relationen. Der var signifikant effekt på mødrenes viden om forælderrollen. Konklusionerne fra det danske studie flugter med en Cochrane-forskningsoversigt, som ikke fandt signifikante effekter og konkluderede, at der var meget svag dokumentation for effekten af NBO (75).

7.5 FORÆLDREINDSATSER I FØRSKOLEALDEREN (3-6 ÅR)

Indsatserne til forældre til 0-2-årige har primært fokus på at øge forældrenes sensitivitet, evne til at se og møde deres barns behov og fremme en tryk tilknytning, og de fleste bygger på tilknytningsteori. Indsatserne for de 3-6-årige retter sig i højere grad mod barnets adfærd og forældrenes evne til – på en sensitiv måde – at sætte rammer og regulere barnets adfærd, og langt de fleste af de eksisterende indsatser bygger på social indlæringssteori. Der er et stort udbud af indsatser til forældre, som har til formål at forebygge mentale helbredsproblemer hos børnene, herunder forebygge at problemer forværrer.

7.5.1 International videnskabelig litteratur om forældreindsatser til førskolebørn

Der er kun få systematiske forskningsoversigter om effekten af universelt udbudte indsatser til forældre til førskolebørn med fokus på forældre-barn-relationen og/eller barnets udvikling.

I en forskningsoversigt af Salari og Enebrink (2018) blev det præciseret, at traditionelt set tilbydes forældreprogrammer meget oftere til børn, der allerede er identificeret med forstyrrende og eksternaliserende adfærd, altså som selektive og indikerede indsatser (76). Formålet med forskningsoversigten var at undersøge dokumentationen for universelle indsatser ud fra et forebyggende og folkesundhedsfremmende perspektiv. Forskningsoversigten identificerede 34 randomiserede eller kvasirandomiserede kontrollerede studier af universelt tilbudte forældreindsatser til børn i alderen 0-16 år. Ud af disse 34 studier fokuserede ni studier mere præcist på gruppen af børn i førskolealderen (2/3-6 år). De fleste af de forældrerettede førskoleindsatser baserede sig ligesom indsatserne for hele aldersgruppen på social indlæringssteori (fx Triple P og De utrolige år) og havde fokus på eksternaliserende adfærd, men varierede i øvrigt meget i design og resultatmål. To ud af de ni studier fokuserede på førskolebørns internaliserende adfærd som resultatmål. To af studierne rapporterede signifikant reduktion i både internaliserende og eksternaliserende problemer, fire af studierne rapporterede signifikant reduktion i adfærdsproblemer, og tre studier fandt ingen signifikant reduktion i adfærdsproblemer. Dette kan indikere, at universelle indsatser til forældre med børn i førskolealderen kan have en beskeden forebyggende effekt, men der savnes opfølgende studier over længere tid. Salari og Enebrink (2018) konkluderede, at der fra år 2010 sås en markant stigning i antallet af studier af universelle forældreindsatser, hvilket peger på den stigende interesse for et folkesundhedsperspektiv ved at fremme forælderressourcer (76). Forfatterne konkluderede også, at universelle programmer for hele aldersgruppen (0-16 år) så ud til at have en positiv om end lille effekt på børnenes generelle mentale sundhed, dette forstået som subjektivt oplevet velvære, self-efficacy og oplevelsen af

kompetence samt fravær af mentale helbredsproblemer. Generelt må det dog påpeges, at det er en svaghed ved Salari og Enebrinks (2018) oversigt, at de ikke rapporterede effektstørrelser, og dermed kan denne oversigt ikke anvendes til en egentlig vurdering af effekt (76). Desuden omhandlede de inkluderede studier et så bredt aldersspektrum af børn, og variationen i studierne design og resultatmål var meget stor, så det er vanskeligt at drage meget specifikke konklusioner. Men på baggrund af oversigten kan det konstateres som en gennemgående tendens i forskningen, at når studierne ikke undersøger spædbørn, så involverer de oftere et større aldersspektrum og ofte ikke med de samme afgrænsninger, hvilket problematiserer resultaternes specificitet ift. alder. Salari og Enebrink (2018) (76) fremhævede følgende metodemæssige begrænsninger ved de inkluderede studier: At mange af studierne havde få deltagere, og at der blev anvendt målemetoder, som var udviklet til kliniske populationer og dermed ikke var præcise nok til at fange forandringer i den generelle befolkning. De fremhævede, at der er brug for store longitudinelle studier af universelle forældreindsatser, så vi kan få mere viden om, hvad der virker for hvem, hvordan og hvornår. Desuden fremhævede de, at effekten af universelle forældreprogrammer i højere grad skal måles på generelle risikofaktorer for mentale helbredsproblemer, såsom fx barnets evne til selv- og følelsesregulering.

Asmussen et al. (2016) har foretaget en grundig gennemgang og vurdering af 75 indsatser, der er gennemført i Storbritannien, og hvis formål var gennem tidlig indsats at styrke 0-5-årige børns udvikling (77). Langt de fleste (58 ud af 75) af programmerne havde ikke dokumenteret effekt, men der var dokumenteret effekt for 17 af de indsatser, der benyttes i Storbritannien, defineret som dokumenteret effekt ved mindst ét randomiseret kontrolleret studie af høj kvalitet. Kun tre

indsatser havde stærk dokumentation defineret som dokumenteret effekt i mindst to randomiserede kontrollerede studier af høj kvalitet. Så man alene på programmer, som også blev anvendt i Danmark, gav Asmussen et al. (2016) (77) den højeste rating, dvs. stærk dokumentation for effekt, til De Utrolige År – Førskole (DUÅ-Førskole) (se kapitel 7.5.2 for dokumenteret effekt på adfærdsproblemer). Andre af de forebyggende indsatser, som blev benyttet i Danmark, blev omtalt som havende en vis dokumentation for effekt, herunder the New Forest Parenting Programme (omtales i kapitel 7.5.2) og Triple P (omtales i kapitel 7.5.2). Asmussen et al. (2016) (77) viste, at de bedste indsatser målrettet adfærd kunne forhindre en forværing af problemer og fremme forælder-barn-forholdet, især blandt børn der var to år eller ældre. Der var mindre dokumentation af, at sådanne indsatser kunne forebygge, at adfærdsproblemer opstod. Rapportens overordnede konklusion var, at der bruges mange kræfter på forebyggende indsatser, uden at der er dokumentation for deres effekt, og at den stærkeste dokumentation for effekt sås for indsatser, der var målrettet tidlige tegn på risiko: manglende sensitivitet hos moderen, en utryk tilknytning, adfærdsproblemer og forsinket sprogudvikling. Det blev også fremhævet, at universelle programmer er vigtige som en generel støtte til børnefamilier og til at identificere de børn og familier, der har mest brug for støtte. For flere detaljer henviser vi til rapporten (77).

De selektive, og i nogle tilfælde indikerede, indsatser i førskolealderen har oftest særligt fokus på at forebygge det, som ofte noget upræcist benævnes adfærdsproblemer. Adfærdsproblemer hos børn opdeles hhv. i internaliserende (angst, depression) og eksternaliserende problemer (udadreagerende, forstyrrende, aggressiv adfærd). Når vi taler om adfærdsproblemer, menes der oftest de eksternaliserende. Det er også

dem, der traditionelt har været mest fokus på i interventionsstudier. Børn med eksternaliserende adfærdsproblemer er lettere at opdage end børn med internaliseringsproblemer, fordi de i højere grad er forstyrrende for deres omgivelser. Der ses imidlertid i øjeblikket en stigende forekomst af diagnosticeret angst og depression hos børn og unge (78), og der er således også potentiale i at opdage disse børn tidligere. Whalen et al. (2017) beskrev i en forskningsoversigt, hvordan vores viden om internaliserende problemer i førskolealderen stadig er begrænset, og hvordan en tidlig identifikation af disse problemer også kan skyldes barnets vanskeligheder ved at sætte ord på sine følelser i denne alder (79). Det er ikke lykkedes os at identificere forskningsoversigter om effektstudier af forældreindsatser, der er målrettet førskolebørn med internaliserende vanskeligheder.

Som også beskrevet i kapitel 4 kan det at slå, skrike og bide være en del af barnets normaludvikling i de første leveår. Aggression, vredesudbrud og ulydighed er en del af barnets selvstændiggørelse og reflekterer, at barnet endnu ikke effektivt kan regulere sig selv og bruge sproget effektivt. I løbet af førskolealderen udvikler barnet mere avancerede strategier til at håndtere sine negative følelser og frustration og hæmme sine impulser. En mindre gruppe børn (5-15%) vil dog udvise vedvarende udadreagerende adfærd, når de starter i skolen (77). Et svensk studie (80) fandt, at en universelt tilbudt forælderrettet intervention (Triple P), hvor forældre efter information i daginstitutionen kunne tilmelde sig selv, ikke havde nogen signifikant positiv effekt på børnenes eksternaliserende adfærd. Der er dokumentation for effekt af en række selektive og indikerede indsatser målrettet forældre til børn i førskolealderen, hvor fokus netop er på at fremme forældreoven over for børn, der viser tegn på begyndende adfærdsvanskeligheder. En metaanalyse har vist, at korttidsinterventioner (<

16 sessioner) målrettet forældresensitivitet var de mest effektive, og at interventioner, der fokuserer på sensitivitet, var mere effektive, når de blev tilbudt som selektive eller indikerede indsatser til risikogrupper (81). I oversigten af Asmussen et al. (2016) (77) blev ti programmer fremhævet, som havde dokumentation for effekt fra et eller flere randomiserede kontrollerede studier. Der var dokumentation for effekt af DUÅ-Forældreprogrammet i adskillige randomiserede kontrollerede studier mht. at reducere barnets eksternaliserende adfærd, øge barnets sociale adfærd, fremme barnets læsefærdigheder, øge positiv og mindske negativ forældreadfærd, øge forældrenes udvisning af varme følelser og deres oplevelse af effektivitet (self-efficacy), samt reducere forældrestress og depressive symptomer. Der blev listet yderligere ni programmer, der havde dokumentation for effekt i et eller flere randomiserede kontrollerede studier. For en detaljeret gennemgang af alle de ti identificerede programmer henvises til Asmussen et al. (2016) (77).

Furlong et al. (2013) havde i en systematisk forskningsoversigt og metaanalyse af 13 randomiserede eller kvasirandomiserede kontrollerede studier undersøgt effekten af gruppebaseret adfærds- og kognitiv adfærdsbaseret træning til forældre til 3-12-årige børn med adfærdsproblemer (82). Metaanalysen viste en signifikant og moderat positiv effekt på adfærdsproblemer. Herudover sås en lille positiv effekt på forældrenes mentale sundhed samt en moderat positiv effekt på forældreoven, især med tydelig reduktion af barsk opdragelsesstil. KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (nu VIVE), har publiceret en forskningsoversigt, som gennemgik resultater om effekten af DUÅ-Forældreprogrammet (83). De konkluderede, som de ovenfor nævnte forskningsoversigter, at DUÅ-Forældreprogrammet kunne resultere i reduceret

problemadfærd hos børn, reduktion i negativ forældrepraksis, og at programmet var omkostningseffektivt.

7.5.2 Forældreindsatser til førskolebørn i Danmark

I det følgende beskrives nogle af de forældreindsatser, der ifølge Socialstyrelsens Vidensportal anvendes i Danmark blandt førskolebørn (84). For flere af de indsatser, der beskrives i dette kapitel, gælder, at de anvendes til børn i en bred aldersgruppe. Et eksempel er COS-P, som allerede er beskrevet under indsatser til spæd- og småbørnsforældre (se kapitel 7.4.2), og som derfor ikke er beskrevet yderligere i dette afsnit, men som også anvendes til forældre med børn i førskolealderen. For størstedelen af de forældreindsatser, der beskrives i dette afsnit, gælder det på tilsvarende vis, at de også strækker sig ind i skolealderen. To af de indsatser, som indgår i den tidligere nævnte britiske forskningsoversigt af Asmussen et al. (2016) (77), anvendes også i Danmark: De Utrolige År – Basic – Førskole (DUÅ-Førskole) og en del af Triple P, der retter sig mod børn med funktionsnedsættelse. Det er karakteristisk, at de forældreindsatser, der anvendes til forældre med førskolebørn i Danmark, retter sig mod barnets adfærd og forældrenes evne til – på en sensitiv måde – at sætte rammer og regulere barnets adfærd, og indsatserne har ofte fokus på at forebygge adfærdsproblemer. I kapitel 12 findes en oversigt over danske forældreindsatser i førskolealderen.

De Utrolige År – Basic – Førskole (DUÅ-Førskole) (45)

DUÅ-Førskole er en gruppebaseret indsats, der ligesom DUÅ-Baby og DUÅ-Småbørn er en del af programserien De Utrolige år (45). Målgruppen for DUÅ-Førskole er forældre med 3-8-årige børn med adfærdsproblemer. Indsatsens formål er, at

forældrene lærer strategier, der fremmer positiv interaktion med deres barn og hæmmer uønsket adfærd hos barnet. Forældre deltog i 18-20 gruppesessioner, som leveres af to uddannede facilitatorer. Indsatsens teoretiske grundlag og metode er beskrevet under indsatser til spæd- og småbørnsforældre (se kapitel 7.4.2). Indsatsen anvendes i Danmark i 12 kommuner. En evaluering af DUÅ-Førskole gennemført af Rambøll for Socialstyrelsen viste, at kommunerne generelt tilbød programmet til forældre med børn, som havde alvorlige adfærdsvanskeligheder (85). Dansk effekt-evaluering af DUÅ-Førskole målrettet forældre til børn med ADHD fandt reduktioner i problemadfærd og forbedrede sociale kompetencer og følelsesregulering målt fra før til efter behandlingen (n=33 familier). Effekter var opretholdt eller forbedret seks måneder efter indsatsens ophør (86). Et norsk og to svenske randomiserede kontrollerede studier fandt en signifikant positiv effekt af DUÅ-Førskole sammenlignet med ventelistekontrolgrupper (87-89). Indsatsen udbydes i Danmark således primært ud fra en indikeret tilgang. Ifølge manualen kan DUÅ-Førskole også tilbydes andre risikogrupper, ligesom indsatsen kan tilbydes ud fra en universel tilgang. En evalueringsrapport om anvendelse af DUÅ-Førskole i fire kommuner viste forbedring af forældrekompetencer hos udsatte minoritetsetniske forældre (90).

Der er mange internationale studier af effekten af DUÅ-Førskole for småbørnsforældre. Menting et al. (2013) (91) gennemførte en metaanalyse af 50 kontrollerede studier og konkluderede, at programmet var effektivt mht. at reducere forstyrrende adfærd og fremme social adfærd. I tillæg synes der at være stærk dokumentation for, at programmet havde størst effekt i de familier, hvor barnets adfærdsproblemer er mest alvorlige (91). DUÅ-Førskole blev i tidligere nævnte forskningsoversigt af Asmussen et al. (2016)

identificeret som det bedst dokumenterede effektive forældreprogram (baseret på 14 randomiserede kontrollerede studier) til forældre til børn i aldersgruppen 3-6 år med dokumentation for en både selektiv og indikeret indsats (77, 91). DUÅ-Førskole har desuden vist sig at være effektivt i mange lande og i mange forskellige praktiske tilrettelæggelser af selve indsatsen (92). Der er dog mere tvivl om varigheden af effekten på adfærdsproblemer, og om hvorvidt effekten også breder sig til andre typer af mentale helbredsproblemer. I forskningsoversigten af Asmussen et al. (2016) blev der nævnt studier, som viste effekter i ti år eller mere (77), mens et nyt studie fra Holland (93) viste, at der efter forældrenes mening fortsat var effekt på barnets adfærdsproblemer 2,5 år efter indsatsen, mens der ikke sås afsmittende effekt på andre mentale helbredsproblemer.

Triple P – Positive Parenting Program (94)

Triple P er titlen på en større programserie (94), hvor der findes programmer med varierende intensitet: Niveau 1, der indeholder et meget enkelt online undervisningsprogram til Niveau 5, hvor der er tale om intensive interventioner fx i sager, der involverer omsorgssvigt (95). Forældreindsatsen har til formål at forebygge adfærdsmæssige, følelsesmæssige og udviklingsmæssige problemer hos børn og ydes som selektiv eller indikeret indsats til forældre med børn på 0-12 år. Fokus er på at udvikle forældreveden ved at give forældrene redskaber til at håndtere og styre barnets adfærd, udvikling og følelser. Dette gøres gennem fem principper for positivt forældreskab: 1) øge forældrenes selvtilid, færdigheder og viden om opdragelse, 2) gøre forældrene mere positive i deres daglige interaktion med barnet, 3) gøre forældrene mindre deprimerede, stressede og bekymrede, 4) mindske interne forældrekonflikter og 5) mindske stress og konflikter ift. arbejde og familie (94, 96). Programmet er manualbaseret

og leveres af en programuddannet psykolog til grupper af op til 12 forældre over otte sessioner samt nogle telefonsessioner. Kurset benytter også rollespil, diskussioner af videoer med eksempler på gode forældrestrategier. Socialstyrelsen har oplyst, at Triple P udbydes i 12 kommuner. Ifølge Socialstyrelsens hjemmeside afprøves Stepping Stones Triple P (97), en variant af Triple P målrettet forældre med børn med funktionsnedsættelser, i øjeblikket i Danmark i fem kommuner (Aalborg, Herning, Kalundborg, København og Hillerød). Det har ikke været muligt at identificere publicerede resultater fra danske studier.

Internationalt set er effekten af Triple P undersøgt i en lang række studier. En forskningsoversigt med mere end 100 studier konkluderede, at der var tydelige og positive effekter på børnenes adfærd og emotionelle problemer, forældrepraksis og forældrenes tilfredshed (94), og at effekterne varede ved i mange år. Dette gjaldt også den variant af programmet, som anvendes i Danmark. Den største effekt sås ved brug af de højere programniveauer (niveau fire og fem) og blandt de børn, der havde de mest udtalte problemer, især børn med erkendte udviklingsproblemer (98). En forskningsoversigt af Tellegren & Sanders (2013), som ligeledes fokuserede på børn med erkendte udviklingsproblemer, konkluderede som de ovennævnte studier, at Triple P havde positive men beskedne effekter på børn og forældre (99). Triple P blev i forskningsoversigten af Asmussen et al. (2016) vurderet til have veldokumenteret effekt (77). Det bør dog nævnes, at der har været en videnskabelig diskussion af dokumentationen af effekten af Triple P.

International Child Development Program (ICDP) (100)

ICDP er et forebyggende og omsorgsvejledende program, der er udviklet af Hundeide (2001)

og evalueret i Norge (101). Det har til formål at forhindre omsorgssvigt og misbrug af børn. Målgruppen er forældre og øvrige omsorgspersoner til børn i alderen 0-18 år samt personale i bl.a. børnehaver, skoler og asylcentre, dvs. det er en universel forebyggende indsats. Programmet er opbygget således, at det kan gøre omsorgspersoner mere lydhøre over for børns behov og forbedre omsorgspersonernes evne til at møde børn på deres egne præmisser (102). Ifølge Socialstyrelsen er ICDP implementeret i mange danske kommuner. Der findes dog ingen samlet oversigt over, hvor og til hvilken målgruppe metoden anvendes. Det har ikke været muligt at identificere danske studier af ICDP's effekt.

Der er kun beskeden forskning om ICDP's effekt. Et studie i Norge (103) viste positive effekter i form af, at forældre oplevede at få øget forældrekompetence, øget tro på egne forældreevner og mindre ensomhed. Der sås beskeden reduktion i mentale problemer hos børnene. Effekterne viste sig i den generelle befolkning samt i specielle målgrupper, fx asylansøgere og indvandrere.

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting (VIPP) (104)

Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) er en version af den hollandsk udviklede VIPP-metode (105), som er baseret på tilknytningsforskning og teorier om social læring. VIPP-SD kan anvendes til forældre med børn i alderen 1-6 år. Via video-feedback hjælpes forældrene til at opbygge indsigt i barnets reaktioner mhp. at fremme positiv forældreadfærd, herunder forældrenes evne til at udøve det, der på engelsk kaldes sensitiv disciplin, dvs. sætte rammer for dagligdags aktiviteter med barnet, samt at reducere adfærdspromatikker hos barnet. Videoptagelser af små sekvenser af samspil mellem forælder og barn i hjemmet be-

nyttedes til feedback i efterfølgende sessioner, hvor terapeuten ser videoklip sammen med forælderen. Et VIPP-SD-forløb består af syv sessioner, som foregår hjemme hos familien. I et interventionsforløb deltager én forælder og et barn. Første session varer ca. én time, mens de resterende seks sessioner varer 1,5-2 timer. VIPP-SD kan anvendes af mange forskellige fagprofessioner inden for det socialfaglige område (pædagoger, psykologer, sundhedsplejersker, familiebehandlere mv.).

Effekten af VIPP-SD er blevet testet i forskellige risikopopulationer, fx forældre til førskolebørn med eksternaliserende adfærd (106), forældre med lav sensitivitet (107), usikre forældre (108) og forældre med etnisk minoritetsbaggrund (109). VIPP-SD er afprøvet i 15 lande uden for Holland og prøvet i 12 randomiserede kontrollerede studier (forældre og omsorgspersoner (n=1.196) og en kombineret effektstørrelse er anslået til $d = 0,5$ [95% konfidensinterval (CI): 0,3-0,6]. VIPP-SD er også blevet undersøgt mht. langtidseffekter af op til syv års opfølgning i randomiserede kontrollerede studier. Flere undersøgelser fandt et fald i eksternaliserende adfærd (adfærdsproblemer og problemer med aggression) fx 12 måneder efter behandling (108) og 40 måneder efter behandling (110), og færre internaliserende adfærdspromatikker (dvs. depression, angst) blev fundet syv år efter behandling i en delgruppe (111).

VIPP-SD beskrives ikke på Socialstyrelsens hjemmeside, men afprøves aktuelt i Danmark som en selektiv indsats til forældre til børn, som er identificeret til at være i risiko for mentale helbredsproblemer i børnehvealderen, hvor VIPP-SD skal leveres af pædagoger med en særlig træning til forældre til 2-6-årige børn (112). Afprøvningen af VIPP-SD forventes afsluttet i 2022. I Danmark indgår VIPP-SD desuden i VIPP-PUF-interventionen, som er udviklet af forskerne bag VIPP

og danske forskere og sundhedsplejersker bag PUF-programmet (113). VIPP-PUF leveres som en selektiv indsats i småbørnssundhedsplejen målrettet forældre til børn, som ved sundhedsplejerskens PUF-undersøgelse ved 9-10 måneder udviser tegn på komplekse mentale helbredsproblemer. VIPP-PUF indsatsen leveres af sundhedsplejersker, som er trænet i PUF-programmet og i VIPP-SD (114). Gennemførlighed i sundhedsplejen undersøges aktuelt i et pilotprojekt, der afsluttes juni 2021, og effekten af VIPP-PUF indsatsen undersøges i et kontrolleret studie i 16 danske kommuner, som afsluttes i 2024.

Parent Management Training – Oregon (PMTO) (115-117)

PMTO er målrettet forældre til børn, som viser tegn på adfærdsvanskeligheder. Teoretisk bygger PMTO på social læringsteori, og programmet har elementer fra adfærdsterapi. Metoden tager udgangspunkt i barnets situation og bygger på en aktiv involvering af forældrene. PMTO er målrettet forældre i individuelle familier med børn i alderen ca. 3-17 år, der udviser udadreagerende problemadfærd, fx ADHD, hyperaktivitet eller lignende problemstillinger. Via hjælp til et mere positivt samspil mellem forældre og børn er målet at reducere barnets uhensigtsmæssige adfærd, bl.a. ved: 1) at give forældrene træning i kommunikation med barnet gennem positiv involvering og opmuntring af barnet, 2) at inddrage skole og institution i behandlingsforløbet efter behov og 3) problemløsning i familien og træning i grænsesætning over for barnet. PMTO har været anvendt i Danmark i mange år og anvendes ifølge Socialstyrelsen i mere end 30 kommuner (118). En dansk evaluering udarbejdet af VIVE, som har undersøgt effekten af PMTO sammenlignet med anden almindelig, individuel familiebehandling af familier med børn i alderen 4-12 år (119) fandt, at børnenes adfærd i form af internaliserende og eksternaliserende symptomer blev forbedret signifikant i

behandlingsperioden. Det samme var imidlertid tilfældet for den gruppe af familier, der modtog sædvanlig indsats, og der sås ingen signifikant forskel mellem de to grupper, der begge fik en aktiv behandling. Internationalt er der fundet positive effekter af PMTO, hvor bl.a. et norsk og amerikansk studie har fundet en væsentlig reduktion i barnets udadrettede adfærd. Et islandsk og svensk studie fandt effekt på hhv. forælderapporert social kompetence (115) og forældrevurderede adfærdproblemer og forældreevne (117). Alt i alt er der således god dokumentation for effekt af PMTO mht. at forbedre forældres mestring og reducere barnets adfærdproblemer og ADHD.

Kærlighed i Kaos (KiK) (120)

KiK er et danskudviklet forældretræningsprogram, der er målrettet forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. ADHD-foreningen står bag det gruppebaserede forældretræningsprogram til forældre til børn i alderen 3-9 år. ADHD-foreningen har siden 2016 afholdt programmet i en række danske kommuner (Aalborg, Roskilde, København, Slagelse, Brønderslev, Skanderborg, Randers, Holstebro, Haderslev, Odense, Solrød, Varde, Bornholm, Bagsværd og Ringe (121)) med deltagelse af i alt over 500 forældre. Hensigten er at styrke og udvikle forældrenes kompetencer mht. de særlige udfordringer, der kan være, når et barn har ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder og derigennem øge hele familiens trivsel og give barnet bedre mulighed for en positiv udvikling. Programmet er et gruppebaseret kursusforløb, hvor forældre mødes en gang om ugen i 12 uger under ledelse af to frivillige forældretrænere med professionel baggrund inden for det pædagogiske, sociale eller sundhedsfaglige felt. Med fokus på viden om ADHD-symptomer, positiv kommunikation og håndtering af konflikter skal undervisningen understøtte forældrenes

forståelse af, hvordan ADHD påvirker barnets adfærd og give dem de nødvendige redskaber til at håndtere adfærden på en hensigtsmæssig måde.

SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (nu VIVE) gennemførte en effektmåling af KiK i perioden 2013-2015 baseret på bl.a. vurderinger fra de deltagende forældre. Forældrene oplevede mere overskud i hverdagen, færre bekymringer og større tro på egne evner som forældre. For børnene var der positiv effekt i form af mindre eksternaliserende og internaliserende adfærd, målt med måleinstrumentet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Undersøgelsen inkluderede også forældre, som havde modtaget forældretræningsprogrammet PTMO samt en mentor-støttekontaktpersonsindsats. Konklusionen var, at KiK og PTMO var lovende mht. de omtalte effekter på eksternaliserende og internaliserende adfærd, følelsesmæssige problemer og hyperaktivitet/uopmærksomhed (122).

New Forest Parenting Program (NFPP) (123)

NFPP er udviklet i England og er en indsats til forældre til børn i alderen 3-11 år med moderat til svær ADHD. Det er således ikke en forebyggende indsats i traditionel forstand, men en indikeret indsats. Center for Kompetenceudvikling ved Region Midt har siden 2019 udbudt en uddannelse til NFPP-terapeut (124). Der findes ingen samlet oversigt over, hvor og til hvilken målgruppe metoden anvendes i Danmark. Programmet består af otte sessioner på 1-2 timer i familiens eget hjem ledet af en certificeret professionel, fx en psykolog, sygeplejerske, sundhedsplejerske eller lignende. Sessionerne har fokus på 1) psykoedukation af forældrene, 2) at styrke relationen mellem barnet og forældrene og 3) at lære forældrene at træne barnets mestring af adfærd og opmærksomhed. Forældrenes læring opnås med en kombination af instruktion, eksempler, hjemmearbejde, opgaver,

diskussion og feedback på øvelser sammen med barnet.

NFPP har været afprøvet i et klinisk randomiseret kontrolleret studie på tre afdelinger i dansk børnepsykiatri med 164 børn i alderen 3-7 år og deres forældre. Resultaterne viste, at behandlingen var mere effektiv end den gængse behandling på afdelingerne, at den reducerede børnenes ADHD-symptomer, øgede forældrenes kompetencer samt mindskede stress i familien. Effekterne var vedligeholdet 36 uger efter behandling. ADHD-symptomer hos forældrene påvirkede ikke effekten af behandlingen. NFPP er desuden velafprøvet i flere internationale randomiserede kontrollerede studier, som har dokumenteret programmets effekt blandt børn i 2,5-6,5-årsalderen i England (125, 126).

7.6 FORÆLDREINDSATSER I INDSKO-LINGSALDEREN

Forældreindsatser for de mindre skolebørn kan foregå i skolen i nært samarbejde med forældrene, og de kan udfolde sig som forældretræning eller som andre indsatser i hjemmet. Nogle af indsatserne er universelle, fx indsatser der fokuserer på skolens miljø og politikker for trivsel. Andre indsatser omfatter træning af sociale færdigheder og kognitiv adfærdsterapi. Indsatser for skolebørn kan have forskellige formål, hvor de hyppigste synes at være 1) almen fremme af mental sundhed, 2) reduktion af emotionelle problemer som angst og depression, 3) styrkelse af børns kompetencer, fx resiliens og sociale og emotionelle kompetencer, 4) forebyggelse af aggression og anden problematisk adfærd, 5) reduktion af progression af psykiske problemer samt 6) reduktion af mobning, som er en alvorlig risikofaktor for mentale helbredsproblemer (127, 128). Atter andre indsatser retter sig imod børn i risikogrupper eller børn med psykiske

symptomer, dvs. indsatser i grænselandet mellem selektiv og indikeret forebyggelse. I kapitel 12 findes en oversigt over danske forældreindsatser i indskolingsalderen.

7.6.1 International videnskabelig litteratur om effekten af forældreindsatser i indskolingsalderen

Der findes flere internationale forskningsoversigter over emnet, men ingen af dem begrænser sig til forældreindsatser for indskolingsbørn, dvs. at vi må leve med, at oversigterne rummer andre indsatser end de forældrebaserede indsatser og/eller andre aldersgrupper end børn i indskolingsalderen.

Waddell et al. (2007) gennemgik 15 randomiserede kontrollerede studier af indsatser til forebyggelse af adfærdsproblemer, angst og depression blandt 0-18-årige; ni af de 15 studier omhandlede 0-9-årige børn (129). Det var en meget blandet samling af indsatser; nogle forældrebaserede, andre skolebaserede. Som hovedregel havde disse indsatser den ønskede effekt, men ofte en meget beskedne effekt. De studier, som havde størst effekt, havde komponenter af forældretræning og handlede om børn under ti år. Ahlen et al. (2015) gennemførte en metaanalyse af 30 randomiserede kontrollerede studier af effekten af universelle indsatser til forebyggelse af angst og depression blandt børn (130). Også denne analyse omfattede indsatser af mange forskellige slags; mange skolebaserede til yngre skolebørn og mange forældrebaserede til førskolebørn. De fleste af studierne, som havde opfølgningstider på 3-48 måneder, fandt signifikante men beskedne effekter i form af mindre angst og depression efter den forebyggende indsats. Analyserne viste, at effekterne var uafhængige af barnets alder, dvs. at de forældrebaserede programmer til førskolebørn havde samme effekt som de skolebaserede

programmer til skolebørn. Merry et al. (2011) har publiceret en forskningsoversigt af 63 randomiserede kontrollerede studier af psykologiske og undervisningsbaserede indsatser til at forebygge depressive symptomer eller forebygge udbrud af depression i de efterfølgende 2-3 år blandt børn i aldersgruppen 5-19 år (131). Mange af studierne var skolebaserede, men oversigten rummede også forældrebaserede indsatser, og indsatserne var i øvrigt tilrettelagt på mange forskellige måder. Det blev konkluderet, at der trods alle disse forskelligheder så ud til at være signifikant reduktion i antallet af depressive symptomer og episoder inden for det første år efter deltagelse i psykologiske indsatser, hvoraf mange involverede en forældreindsats, men resultaterne skelnede ikke mellem programmer, der var baseret på forældrekurser og indsatser i skolen. Effekten var især tydelig for selektive forebyggende indsatser baseret på forældretræning, mens der kun var beskedne dokumentation for effekten af universelle indsatser på børns adfærdsproblemer og forældrenes forældreevner (82, 127). Disse konklusioner må tages med det forbehold, at de bygger på studier, som rummer et bredere aldersinterval end det, vi ellers fokuserer på i denne rapport.

De Utrolige År – Forældreprogram (DUÅ-Forældreprogram) (91)

Der er en omfattende international forskning om DUÅ-Forældreprogrammet, hvis formål er at styrke forældre-barn-relationen og styrke børnenes sociale, emotionelle og skolemæssige kompetencer. Gennem gruppesessioner lærer forældrene, hvordan de skal holde øje med deres børn efter skole, sætte regler for TV og computerbrug og støtte børnenes lektielæsning.

En forskningsoversigt af 14 randomiserede studier viste, at indsatsen gav tydelige forbedringer i forældrenes opdragelsespraksis og reduktion

af ADHD-symptomer hos børnene. Men der var ingen forbedring af børnenes emotionelle symptomer eller forældrenes mentale sundhed. Der var ingen negative virkninger af indsatsen (132). En forskningsoversigt af Menting et al. (2013) (91) gennemgik 50 kontrollerede studier af programmet og fandt ligesom Leiten et al. (2018) (132) tydelige positive effekter af programmet på børns udadrettede adfærd. Et særligt træk ved denne forskningsoversigt var, at den inddelte studierne efter alvoren af børnenes udadrettede adfærd og fandt størst effekt, hvor problemerne var størst. Programmet er også fundet at have dokumenteret gavnlige effekter på norske børns adfærdsproblemer (87) og skolepræstationer (133) samt på forældrenes mentale sundhed og forældrekompetencer i det mindste på kort sigt, mens langtidseffekterne indtil videre ikke er dokumenterede (82).

7.6.2 Forældreindsatser i indskolingsalderen i Danmark

I det følgende beskrives en række eksempler på indsatser til forældre med mindre skolebørn, som anvendes i en dansk kontekst. Der er stor variation i indsatsen, som kan være kurser for forældre, individuel træning af forældre eller gruppebaseret træning af forældre og børn, og der er variationer mht. hvor manualstyrede indsatserne er. Flere af de forældreindsatser, der anvendes blandt de mindre skolebørn, anvendes ligeledes blandt førskolebørnene, og de er derfor beskrevet i kapitel 7.5. Dette gælder indsatserne Triple P, PMTO, KiK og ICDP. COS-P anvendes også blandt spæd- og småbørnsforældre og er derfor beskrevet i kapitel 7.4. PALS-programmet gennemgås i kapitel 9. Nogle af indsatserne er evalueret forskningsmæssigt, andre rapporterer at en forskningsmæssig evaluering er på vej, men alt i alt er den videnskabelige dokumentation for disse metoders effekt svag.

Keeping Foster Parents Trained and Supported (KEEP) (134)

KEEP er et gruppebaseret amerikansk forebyggende kursusforløb for plejefamilier, som fokuserer på at styrke plejeforældres kompetencer til at forebygge og håndtere plejebarnets problemadfærd hensigtsmæssigt. KEEP er udviklet til at give plejeforældre konkrete værktøjer, der kan bidrage til at fastholde børnene i plejefamilien og skabe et sikkert og trygt udviklingsmiljø. KEEP er siden 2015 blevet afprøvet i Danmark for første gang i fem kommuner og to organisationer, hvor der er blevet uddannet gruppeledere til at facilitere gruppeforløbene (n=84 plejefamilier) (135). Projektet dokumenteres og evalueres løbende, og en opgørelse af Price et al. (2015) dokumenterede, at KEEP-interventionen havde en positiv effekt på børns adfærdsproblemer og forældrestress (også hvis der var flere børn i plejefamilien), men kun hvis interventionen blev gennemført af professionelle (136). Slutevalueringen fandt i overensstemmelse hermed, at plejeforældrene oplevede børnenes udfordringer som mindre stressende efter at have deltaget i et KEEP-forløb sammenlignet med før deltagelsen i forløbet (137).

Mind My Mind (MMM) (78)

MMM er et transdiagnostisk og modulært tilbud om tidlig psykologisk hjælp til børn og unge i aldersgruppen 6-16 år med tegn på angst, depression og adfærdsforstyrrelser, som Psykiatrifonden har været med til at udvikle og afprøve i fire danske kommuner (138). Indsatsen gennemføres i kommunalt regi af psykologer i PPR. MMM-træningen følger velkendte kognitive og adfærdsterapeutiske metoder og gennemføres som et individuelt forløb, hvor forældrene indgår som støtte for barnet. Indsatsen består af 9-13 sessioner over 13-18 uger, hvor deltagerne træner metoder til at mestre angst, depressive symptomer og/eller adfærdsvanskeligheder. MMM er ikke i klassisk for-

stand en forældreindsats, fordi de fleste deltagere får klassisk kognitiv adfærdsterapi i skolen, men da forældretræning er et af tre mulige forløb, har vi valgt at placere omtalen i dette kapitel. Forældre til børn og unge med adfærdsvanskeligheder træner metoder til at mindske konflikter og øge det positive samvær med deres barn. Et stort dansk randomiseret kontrolleret studie (n=396, deltagerne blev sammenlignet med forældre, der modtog sædvanlig indsats) har vist, at belastningen af følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer hos 6-16-årige børn og unge faldt signifikant mere i MMM-gruppen end i kontrolgruppen ved målinger efter 18 og 26 uger (78). Der var især store effektstørrelser for forældrevurderet angst, depressive symptomer, daglig funktion, samt emotionelle og adfærdsmæssige problemer. Psykiatrifonden arbejder for at udbrede programmet til alle landets kommuner.

Cool Kids (139)

Cool Kids er et gruppebaseret behandlingsprogram for børn og unge med angst og deres forældre (139). Programmet findes i flere varianter, hvoraf to omtales her: 1) Cool Little Kids er et forebyggelsesprogram til forældre til førskolebørn og børn i nulte klasse. Formålet er at give forældrene effektive redskaber til at hjælpe og støtte børn med angst og depressive symptomer. Metoden er et gruppeforløb med seks sessioner af to timers kognitiv adfærdsterapi. Der er kun beskeden international forskning om denne del af Cool Kids-programmet. Cool Little Kids programmet afprøves for tiden i Region Midtjylland. 2) Cool Kids gruppeforløbet til 6-17-årige og deres forældre, altså en gruppe børn som er ældre end fokus for denne rapport om 0-9-årige. Gruppeforløbet skal ruste forældre og børn til at håndtere barnets angst, og metoden bygger på kognitiv adfærdsterapi. Børnene får redskaber til at tackle de områder af hverdagen, som deres angst

spænder ben for, og de øver sig i at gennemføre de svære situationer. I forløbet tilegner forældre og barn sig viden om angst og om barnets udfordringer, samtidig med at de lærer fx at udvikle en trinvis plan for, hvordan de kan håndtere barnets angst i konkrete situationer via forskellige redskaber. Forløbet tager udgangspunkt i en manual med fastlagte temaer for hvert møde. Forløbet består som udgangspunkt af ti gruppemøder af to timers varighed og med et opfølgende møde efter tre måneder. Forløbet er manualbaseret, og hvert møde er grundigt beskrevet i manualen. Hvert møde indledes med, at gruppelederen introducerer dagens tema, hvorefter deltagerne laver gruppeøvelser og diskussioner, individuelt arbejde eller rollespil. På møderne deles forældre og børn ofte op og laver øvelser og aktiviteter hver for sig. Mødet afsluttes med en opsamling. Imellem møderne skal forældrene lave øvelser hjemme sammen med barnet eller den unge, og på møderne giver gruppelederen løbende feedback på forældrenes strategier og adfærd ift. barnet eller den unge.

En undersøgelse fra Angstklinikken ved Aarhus Universitet (140) har vist, at Cool Kids-programmet hjælper rigtig mange børn og unge af med deres angst. Undersøgelsen viste, at omkring 75% af børnene efter afsluttet behandling var fri af deres sværeste angstdiagnose, og 58% var fri af alle angstdiagnoser. Undersøgelsen viste også andre positive effekter af behandlingen: Børnene oplevede at kunne flere ting efter behandlingen, at de fik mere selvtillid, og at de følte sig mindre triste. En opfølgning viste, at effekten af behandlingen holdt selv et år efter afsluttet behandling (141), men effekten vil muligvis være noget mindre, når programmet implementeres i samfundet sammenlignet med de gode resultater fra afprøvingerne i universitetsregi (140). Ovenstående positive effekter af Cool Kids er i overensstem-

melse med andre tidligere internationale randomiserede kontrollerede forsøg (142-144). Den seneste opgørelse over programmets udbredelse er fra 2015. Her blev det opgjort, at 28 ud af 53 adspurgte kommuner havde implementeret Cool Kids i meget varierende omfang og kvalitet (145).

En dansk version af Cool Kids, FÅ STYR PÅ angsten, som lige nu implementeres i en række kommuner, er udviklet af Center for Angst ved Københavns Universitet. FÅ STYR PÅ angsten er et forældrebasert selvhjælpsprogram til børn i 1. til 6. klasse, der er baseret på kognitive adfærdsterapeutiske principper. Ved at deltage i programmet lærer forældre, hvad de har brug for at vide, for at kunne behandle deres barns moderate angst i hjemmet. Forældrene lærer bl.a. hvordan, de skal bruge de medfølgende manualer til sig selv og barnet. Manualerne giver detaljerede beskrivelser af, hvad man skal gøre for at få styr på angsten. Det gennemføres over ti uger og er manualbaseret.

De Utrolige År – Forældreprogram (DUÅ-Forældreprogram) (91)

DUÅ-Forældreprogrammet er som nævnt i kapitel 7.5.2 en metode, der er rettet mod forældre til 6-12-årige børn, som har til formål at styrke forældre-barn-relationen og børnenes sociale og emotionelle kompetencer. Et studie af 36 danske børn med en gennemsnitsalder på 6,4 år viste positive effekter på børnenes adfærdsproblemer (86). Et studie af 64 3-8-årige danske børn viste positive effekter i ADHD-symptomer rapporteret af mødrene til børnene, og effekten var den samme, når man kombinerede forældretræning med lærertræning (146).

Lavintensiv indsats (147)

Center for Angst ved Institut for Psykologi på Københavns Universitet tilbyder behandling af

børn med angst, obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD), skolevægring og depression (148). Centret bidrager til selektivt forebyggende indsatser ved hjælp af efteruddannelses- og supervisionsforløb til psykologer og andre faggrupper. Centret har afprøvet en ny lavintensiv form for kognitiv adfærdsterapi i form af et gruppebaseret program til forældre til 7-12-årige børn med angst. Programmet omfatter 90 minutters terapeutisk indsats pr. familie. En foreløbig evaluering baseret på før- og eftermålinger med en revideret udgave af Child Anxiety and Depression Scale viste en signifikant reduktion i forældrenes rapportering af angstsymptomer hos børnene og i børnenes egen rapportering. Forfatterne til evalueringen har vurderet, at en sådan lavintensiv indsats kan være et nyttigt bidrag til indsatsen mod angst, men at der er behov for yderligere effektstudier.

7.7 REFERENCER

1. Svendsen GT. Forældrenes betydning for et barn med ADHD og opmærksomhedsforstyrrelser. Socialstyrelsen; 2021. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/Opmærksomhedsforstyrrelser/forældrenes-betydning-for-et-barn-med-adhd-og-opmærksomhedsforstyrrelser>.
2. Kazdin AE, Weisz JR. Introduction. Context background, and goals. I: Weisz JR, Kazdin AE, eds. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. New York: Guilford Press; 2010: 3–9.
3. Bellman M, Vijeratnam S. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: A tale of babies and bathwater. *Arch Dis Child*. 2012; 97: 73–7.
4. Guldager E. Sundhedsplejen på vægten. København: Munksgaard; 1992: 39–109.
5. Hirani J, Pontoppidan M, Wüst M, Rayce S. Trivsel og hverdagsliv i danske småbørnsfamilier under covid-19-nedlukningen foråret 2020. København: VIVE; 2021.
6. Petersen KE, Kraglund K, Ladefoged L. Betydningen af sundhedsplejens ekstra tilrettelagte indsatser for små børn og deres forældre. København: Danmarks institut for Pædagogik og Uddannelse, AU; 2017.
7. Ciliska D, Mastrilli P, Ploeg J, Hayward S, Brunton G, Underwood J. The effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions to clients in the prenatal and postnatal period: A systematic review. *Prim Health Care Res Dev*. 2001; 2: 41–54.
8. Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, Isacks K, Sheff K, Henderson Jr CR. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: Age 4 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004; 114: 1560–8.
9. Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW, Henderson Jr CR, Hanks C, Bondy J, Holmberg JR. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004; 114: 1550–9.
10. Olds DL, Holmberg JR, Donelan-McCall N, Luckey DW, Knudtson MD, Robinson J. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses on children: Follow-up of a randomized trial at ages 6 and 9 years. *JAMA Pediatr*. 2014; 168: 114–21.
11. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcolego KJ, Luckey DW, Knudtson MD, Henderson Jr CR, Holmberg JR. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: Follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010; 164: 412–8.
12. Olds DL, Robinson J, O'Brien R, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CRJ, Ng RK, Sheff KL, Korfmacher J, Hiatt S, Talmi A. Home visiting by paraprofessionals and by nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2002; 110: 486–96.
13. Mejdoubi J, van den Heijkant SCCM, van Leerdam FJM, Heymans MW, Crijnen A, Hirsing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: A randomized controlled trial. *PLoS One*. 2015; 10: e0120182.
14. Sierau S, Dähne V, Brand T, Kurtz V, von Klitzing K, Jungmann T. Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: A randomized controlled trial. *Prev Sci*. 2016; 17: 40–51.
15. Robling M, Bekkers M-J, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, Martin BC, Gregory JW, Hood K, Kemp A, Kenkre J, Montgomery AA, Moody G, Owen-Jones E, Pickett K, Richardson G, Roberts ZES, Ronaldson S, Sanders J, Stamuli E, Torgerson D. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2016; 387: 146–55.
16. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: A systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13: 17.
17. Pontoppidan M, Klest SK, Patras J, Rayce SB. Effects of universally offered parenting interventions for parents with infants: A systematic review. *BMJ Open*. 2016; 6: e011706.
18. Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 2016: CD003680.
19. Rayce SB, Rasmussen IS, Klest SK, Patras J, Pontoppidan M. Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017; 7: e015707.

20. Wright B, Hackney L, Hughes E, Barry M, Glaser D, Prior V, Allgar V, Marshall D, Barrow J, Kirby N, Garside M, Kaushal P, Perry A, McMillan D. Decreasing rates of disorganised attachment in infants and young children, who are at risk of developing, or who already have disorganised attachment. A systematic review and meta-analysis of early parenting interventions. *PLoS One*. 2017; 12: e0180858.
21. Barlow J, Bennett C, Midgley N, Larkin SK, Wei Y. Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; 1: CD010534.
22. Beck CT. The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 1998; 12: 12–20.
23. Field T. Infants of depressed mothers. *Infant Behav Dev*. 1995; 18: 1–13.
24. Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Bousquet A, Manzano J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. *J Affect Disord*. 2002; 70: 291–306.
25. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41: 737–46.
26. Nylan KJ, Moran TE, Franklin CL, O'hara MW. Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Ment Health J*. 2006; 27: 327–43.
27. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007; 191: 378–86.
28. Kersten-Alvarez LE, Hosman CMH, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KTM, Hoefnagels C. Which preventive interventions effectively enhance depressed mothers' sensitivity? A meta-analysis. *Infant Ment Health J*. 2011; 32: 362–76.
29. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: A meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24: 237–45.
30. Tsvivos Z-L, Calam R, Sanders MR, Wittkowski A. Interventions for postnatal depression assessing the mother-infant relationship and child developmental outcomes: A systematic review. *Int J Womens Health*. 2015; 7: 429–47.
31. Letourneau NL, Dennis C-L, Cosic N, Linder J. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depress Anxiety*. 2017; 34: 928–66.
32. Rayce SB, Rasmussen IS, Væver MS, Pontoppidan M. Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*. 2020; 6: e9.
33. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marín O, Serrano-Drozdzowskyj E, Freedman R, Carpenter W. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*. 2018; 5: 591–604.
34. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis C-L, Ren S, Ragonesi M, Barkham M, Churchill D, Henshaw C, Newstead J, Slade P, Spiby H, Stewart-Brown S. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess*. 2016; 20: 1–414.
35. Willumsen G. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
36. White C, Webster-Stratton C. The Incredible Years Baby and Toddler Parent Programmes: Promoting attachment and infants' brain development. *Int J Birth Parent Educ*. 2014; 2: 31–5.
37. Slade A, Sadler L, De Dios-Kenn C, Webb D, Currier-Ezepchick J, Mayes L. Minding the baby: A reflective parenting program. *Psychoanal Study Child*. 2005; 60: 74–100.
38. Simonsen M, Trillingsgaard T. Familieiværksætterne: En indledende analyse. Aarhus: AU; 2019.
39. Andersen J, Guldager E, Samberg V, Gundelach S. Klar til barn. København: Servicestyrelsen; 2011.
40. Wüst M, Kristiansen I, Trillingsgaard T, Fentz H. Dit første barn. Evaluering af et universelt forældrekursus udbudt til førstegangsførelde i Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje Notat 1: Baseline. København: VIVE; 2018.
41. Hansen AT, Wüst M, Andersen LH, Fentz HN, Simonsen, Marianne Trillingsgaard T. Dit Første Barn. Evaluering af et universelt forældrekursus udbudt til førstegangsførelde i Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje. København: VIVE; 2020.

42. Egsmose Pedersen I, Haase T, Krogh M, Væver MS. Sundhedsplejersker i ti kommuner hjælper forskerne med at kortlægge og styrke førstegangsførelsesressourcer. *Sundhedsplejersken*. 2019; 7–11.
43. Væver MS, Smith-Nielsen J, Lange T. Copenhagen infant mental health project: Study protocol for a randomized controlled trial comparing circle of security –parenting and care as usual as interventions targeting infant mental health risks. *BMC Psychol*. 2016; 4: 57.
44. Rambøll. Børns trivsel i familier med overvægt eller andre sundhedsrisici. Tværgående evaluering. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.
45. Webster-Stratton C. *The Incredible Years parents, babies and toddler series: Leader guide manual*. First edition. Seattle: Incredible Years; 2008.
46. Pontoppidan M, Klest SK, Sandoy TM. The Incredible Years Parents and Babies Program: A pilot randomized controlled trial. *PLoS One*. 2016; 11: e0167592.
47. Pontoppidan M, Sandoy TM, Klest SK. One-year follow-up of The Incredible Years Parents and Babies Program: A pilot randomized controlled trial. *Scand J child Adolesc psychiatry Psychol*. 2020; 8: 123–34.
48. Jacobsen R, Pedersen H, Brinck S, Iversen K, Kii I A, Andersen S, Hindsholm K, Storegaard RL, Kloppenborg HS. Slutevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats – Livslang Effekt". København: Oxford Research & VIVE; 2018.
49. Evans S, Davies S, Williams M, Hutchings J. Short-term benefits from the Incredible Years Parents and Babies Programme in Powys. *Community Pract J*. 2015; 88: 46–8.
50. Jones CH, Erjavec M, Viktor S, Hutchings J. Outcomes of a comparison study into a group-based infant parenting programme. *J Child Fam Stud*. 2016 ;25: 3309–21.
51. Hutchings J, Griffith N, Bywater T, Williams ME. Evaluating the Incredible Years Toddler Parenting Programme with parents of toddlers in disadvantaged (Flying Start) areas of Wales. *Child Care Health Dev*. 2017; 43: 104–13.
52. Kristensen IH, Simonsen M, Trillingsgaard T, Kronborg H. Video feedback promotes relations between infants and vulnerable first-time mothers: A quasi-experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 17: 379.
53. Vik K, Rohde R. Tiny moments of great importance: The Marte Meo method applied in the context of early mother-infant interaction and postnatal depression. Utilizing Daniel Stern's theory of "schemas of being with" in understanding empirical findings and developing a stri. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014; 19: 77–89.
54. Kristensen IH, Trillingsgaard T, Simonsen M, Kronborg H. Are health visitors' observations of early parent-infant interactions reliable? A cross-sectional design. *Infant Ment Health J*. 2017; 38: 276–88.
55. Høivik MS, Lydersen S, Drugli MB, Onsøien R, Hansen MB, Nielsen TSB. Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: A randomized controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015; 9: 3.
56. Ordway MR, Sadler LS, Dixon J, Close N, Mayes L, Slade A. Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. *J Pediatr Nurs*. 2014; 29: 3–13.
57. Sadler LS, Slade A, Close N, Webb DL, Simpson T, Fennie K, Mayes LC. Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant Ment Health J*. 2013; 34: 391–405.
58. Longhi E, Murray L, Wellsted D, Hunter R, Mackenzie K, Taylor-Colls S, Fonagy P, Fearon R. Minding the Baby (MTB) home-visiting programme for vulnerable young mothers: Results of a randomised controlled trial in the UK. London: NSPCC; 2019.
59. Cooper G, Hoffman KT, Powell B. *Circle of Security: COS-P Facilitator DVD Manual 5.0*. Spokane, WA: Marycliff Institute; 2009.
60. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The Circle of Security intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74: 1017–26.
61. Aarestrup AK, Væver MS, Petersen J, Røhder K, Schiøtz M. An early intervention to promote maternal sensitivity in the perinatal period for women with psychosocial vulnerabilities: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychol*. 2020; 8: 41.
62. Cassidy J, Ziv Y, Stupica B, Sherman LJ, Butler H, Karfgin A, Cooper G, Hoffman KT, Powell B. Enhancing attachment security in the infants of women in a jail-diversion program. *Attach Hum Dev*. 2010; 12: 333–53.
63. Cassidy J, Woodhouse SS, Sherman LJ, Stupica B, Lejuez CW. Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Dev Psychopathol*. 2011; 23: 131–48.
64. Dehghani A, Malekpour M, Abedi A, Amiri S. The efficacy of circle of security on attachment and well-being in preschool children. *Manag Sci Lett*. 2014; 4: 607–12.

65. Cassidy J, Brett BE, Gross JT, Stern JA, Martin DR, Mohr JJ, Woodhouse SS. Circle of security-parenting: A randomized controlled trial in head start. *Dev Psychopathol.* 2017; 29: 651–73.
66. Neander K, Mothander PR. Trygghetscirkeln för ett reflekterande föräldraskap. Stockholm: Psykologiska Institutionen, Stockholms Universitet; 2015.
67. Yahlkoski A, Hurl K, Theule J. Efficacy of the Circle of Security Intervention: A Meta-Analysis. *J Infant, Child, Adolesc Psychother.* 2016; 15: 95–103.
68. Odense Kommune. FAMKO Odense. Available from: <https://www.odense.dk/famko>.
69. Pontoppidan M, Friis-Hansen M. FAMKO Vest evaluering. VIVE; Undersøgelse i gang; 2018-2023. Available from: <https://www.vive.dk/da/undersogelser/famko-vest-evaluering-2548/70>.
70. Jacobsen AL, Garval S. Familiens Hus. Socialstyrelsen, 2020. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/unge-foraeldre/indsatser/familiens-hus>.
71. Sivertsen M. Hvordan virker indsatsen mod negativ social arv. København: Socialforskningsinstituttet; 2007.
72. Fallesen P, Andersen S. Opfølgende evaluering af indsatser rettet mod udsatte unge mødres beskæftigelse og uddannelsesaktivitet i fire danske kommuner. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed; 2017.
73. Vinther M. NBO Metoden – Et vindue ind til spædbarnets før sproglige verden. *Sundhedsplejersken.* 2015; 37: 28–31.
74. Kristensen IH, Juul S, Kronborg H. What are the effects of supporting early parenting by newborn behavioral observations (NBO)? A cluster randomised trial. *BMC Psychol.* 2020; 8: 107.
75. Barlow J, Herath NI, Bartram Torrance C, Bennett C, Wei Y. The Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS) and Newborn Behavioral Observations (NBO) system for supporting caregivers and improving outcomes in caregivers and their infants. *Cochrane database Syst Rev.* 2018; 3: CD011754.
76. Salari R, Enebrink P. Role of universal parenting programs in prevention. I: Sanders MR, Morawska A, eds. *Handbook of Parenting and Child Development Across the Lifespan.* Cham: Springer International Publishing; 2018: 713–43.
77. Asmussen K, Feinstein L, Martin J, Chowdry H. *Foundations for life: What works to support parent child interaction in the early years.* London: Early Intervention Foundation; 2016.
78. Jeppesen P, Wolf RT, Nielsen SM, Christensen R, Plessen KJ, Bilenberg N, Thomsen PH, Thastum M, Neumer S-P, Puggaard LB, Agner Pedersen MM, Pagsberg AK, Silverman WK, Correll CU. Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry.* 2021; 78: 250–60.
79. Whalen DJ, Sylvester CM, Luby JL. Depression and anxiety in preschoolers: A review of the past 7 years. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017; 26: 503–22.
80. Sampaio F, Sarkadi A, Salari R, Zethraeus N, Feldman I. Cost and effects of a universal parenting programme delivered to parents of preschoolers. *Eur J Public Health.* 2015; 25: 1035–42.
81. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull.* 2003; 129: 195–215.
82. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-Based Child Health A Cochrane Rev J.* 2013; 8: 318–692.
83. Møller MØ, Iversen K. Systematisk review af effektviden om ”De Utrolige År”(DUÅ): Et forskningsnotat om DUÅ børne-, forældre-og lærerprogrammer. København: KORA; 2016.
84. Socialstyrelsen. Forebyggelse og tidlig indsats. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/Tidlig-indsats>.
85. Benediktson A, Willumsen A. De Utrolige År - Forældreprogrammet Basic Førskole. Odense: Socialstyrelsen; 2020. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/udadreagerende-adfaerd/indsatser/de-utrolige-ar-foraeldreprogrammet-basic-forskole>.
86. Trillingsgaard T, Trillingsgaard A, Webster-Stratton C. Assessing the effectiveness of the “Incredible Years Parent Training” to parents of young children with ADHD symptoms - a preliminary report. *Scand J Psychol.* 2014; 55: 538–45.
87. Larsson B, Fossum S, Clifford G, Drugli MB, Handegård BH, Mørch W-T. Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 18: 42–52.

88. Axberg U, Broberg AG. Evaluation of "the Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden. *Scand J Psychol.* 2012; 53: 224–32.
89. Stattin H, Enebrink P, Özdemir M, Giannotta F. A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83: 1069–84.
90. COWI. Evaluering af helhedsorienteret indsats til udsatte etniske minoritetsforældre gennem afprøvning af forældreprogrammet De Utrolige År: DUÅ Førskole, slutevaluering. København: Udlændinge- og Integrationsministeriet; 2019.
91. Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33: 901–13.
92. Gardner F, Leijten P. Incredible Years parenting interventions: Current effectiveness research and future directions. *Curr Opin Psychol.* 2017; 15: 99–104.
93. Overbeek G, van Aar J, de Castro BO, Matthys W, Weeland J, Chhangur RR, Leijten P. Longer-term outcomes of the Incredible Years Parenting Intervention. *Prev Sci.* 2021; 22: 419–31.
94. Sanders MR, Kirby JN, Tellegen CL, Day JJ. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34: 337–57.
95. Triple P International. The system explained. Available from: <https://www.triplep.net/glo-en/the-triple-p-system-at-work/the-system-explained/>.
96. Hovgaard EN, Jacobsen AL. Triple P – Positive Parenting Program (niveau 4 & 5). Socialstyrelsen; 2020. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/Omsorgssvigt/indsatser/triple-p-2013-positive-parenting-program-niveau-4-5>.
97. Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J, Sanders MR. Stepping Stones Triple P: An RCT of a parenting program with parents of a child diagnosed with an autism spectrum disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2009; 37: 469–80.
98. Ruane Ai, Carr A. Systematic review and meta-analysis of Stepping Stones Triple P for parents of children with disabilities. *Fam Process.* 2019; 58: 232–46.
99. Tellegen CL, Sanders MR. Stepping Stones Triple P-Positive Parenting Program for children with disability: A systematic review and meta-analysis. *Res Dev Disabil.* 2013; 34: 1556–71.
100. Sherr L, Skar A-MS, Clucas C, von Tetzchner S, Hundeide K. Evaluation of the International Child Development Programme (ICDP) as a community-wide parenting programme. *Eur J Dev Psychol.* 2014; 11: 1–17.
101. Hundeide K. Ledet samspill fra spedbarn til skolealder. Håndbok til ICDP's sensitiviseringsprogram [Guided interaction from infancy to school age. Handbook to ICDP's sensitivity programme]. Oslo, Norway: Vett og Viten; 2001.
102. Hovgaard EN, Jacobsen AL. ICDP: International Child Development Program. Socialstyrelsen; 2019. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/Omsorgssvigt/indsatser/icdp-2013-international-child-development-program>.
103. Skar A-MS, von Tetzchner S, Clucas C, Sherr L. The long-term effectiveness of the International Child Development Programme (ICDP) implemented as a community-wide parenting programme. *Eur J Dev Psychol.* 2015; 12: 54–68.
104. Juffer F, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn M. Promoting Positive Parenting. An attachment-based intervention. Amsterdam: Routledge; 2008.
105. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ. Working with Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPPSD): A case study. *J Clin Psychol.* 2018; 74: 1346–57.
106. Van Zeijl J, Mesman J, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Stolk MN, Koot HM, Alink LRA. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74: 994–1005.
107. Kalinauskienė L, Cekuoliene D, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Kusakovskaja I. Supporting insensitive mothers: The Vilnius randomized control trial of video-feedback intervention to promote maternal sensitivity and infant attachment security. *Child Care Health Dev.* 2009; 35: 613–23.
108. Bakermans-Kranenburg MJ, Bredels-van Baardewijk P, Juffer F, Velderman M, Ijzendoorn MH. Insecure mothers with temperamentally reactive infants: A chance for intervention. I: Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Ijzendoorn MH, eds. Promoting Positive Parenting: An Attachment-Based Intervention Monographs in parenting series. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2008: 75–90.

109. Yagmur S, Mesman J, Malda M, Bakermans-Kranenburg MJ, Ekmekci H. Video-feedback intervention increases sensitive parenting in ethnic minority mothers: A randomized control trial. *Attach Hum Dev*. 2014; 16: 371–86.
110. Klein Velderman M, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Van IJzendoorn MH, Mangelsdorf SC, Zevalkink J. Preventing preschool externalizing behavior problems through video-feedback intervention in infancy. *Infant Ment Health J*. 2006; 27: 466–93.
111. Stams G-J, Juffer F, Van IJzendoorn M, Hoksbergen R. Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age 7: Two follow-up studies. *Br J Dev Psychol*. 2001; 19: 159.
112. Center for Tidlig Indsats og Familieforskning (CIF), Institut for Psykologi, KU. Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPPSD). Available from: <https://psyku.dk/cif/forskning/video-feedback-intervention-to-promote-positive-parenting-and-sensitive-discipline/>.
113. Skovgaard AM, Ammitzbøll J. PUF-programmet giver sundhedsplejerskerne et forbedret grundlag til at opspore og intervenere overfor mental sårbarhed hos småbørn. *Sundhedsplejersken*. 2019; 8: 1–6.
114. Skovgaard AM, Ammitzbøll J, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Små Børns Sundhed. 2021. Available from: https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/projekter/smaa_børns_sundhed.
115. Sigmarsdóttir M, Thorlacius Ö, Guðmundsdóttir EV, DeGarmo DS. Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Child outcomes in a nationwide randomized controlled trial. *Fam Process*. 2015; 54: 498–517.
116. Lindberg MR, Molberg MR, Scavenius C. Effekten af familiebehandling i Danmark - et felteksperiment med PMTO og anden familiebehandling. København: VIVE; 2019.
117. Helander M, Lochman J, Högström J, Ljótsson B, Hellner C, Enebrink P. The effect of adding Coping Power Program-Sweden to Parent Management Training-effects and moderators in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2018; 103: 43–52.
118. Svendsen GT, Pedersen GL. PMTO: Parent Management Training, Oregon. Socialstyrelsen; 2020. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/udadreagerende-adfaerd/indsatser/pmto-parent-management-training-oregon>.
119. Scavenius C, Chacko A, Lindberg MR, Granski M, Vardanian MM, Pontoppidan M, Hansen H, Eiberg M. Parent management training Oregon model and family-based services as usual for behavioral problems in youth: A national randomized controlled trial in Denmark. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2020; 51: 839–52.
120. ADHD-foreningen. Kærlighed i Kaos. Available from: <https://adhd.dk/kaerlighed-i-kaos/>.
121. ADHD-foreningen. Afholdelse af Kærlighed i Kaos. Available from: <https://adhd.dk/kaerlighed-i-kaos-dansk-udviklet/afholdelse-af-kaerlighed-i-kaos/>.
122. Scavenius C, Andersen LK, Frøsløv-Thomsen K, Henze-Pedersen S, Lindberg MR. Evaluering af tre projekter i Socialstyrelsens Forældreprogram. Implementering, udvikling og omkostninger ved Kærlighed i Kaos, Parent Management Training Oregon og Mentor-støttekontaktpersonsindsats. København: VIVE; 2018.
123. Lange A-M, Daley D, Frydenberg M, Houmann T, Kristensen LJ, Rask CU, Sonuga-Barke E, Søndergaard-Baden S, Udupi A, Thomsen PH. Parent training for preschool ADHD in routine, specialist care: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 57: 593–602.
124. Region Midtjylland. New Forest Parenting Programme: Uddannelse til NFPP-terapeut. Aarhus: Region Midtjylland; 2018. Available from: <https://rm.plan2learn.dk/ExtendedDescription.aspx?CourseId=58471&BackUrl=%2fKursusValg.aspx%3fid%3d58471>.
125. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40: 402–8.
126. Thompson MJ, Laver-Bradbury C, Ayres M, Le Poidevin E, Mead S, Dodds C, Psychogiou L, Bitsakou P, Daley D, Weeks A, Brotman LM, Abikoff H, Thompson P, Sonuga-Barke EJS. A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18: 605–16.
127. D'Arcy C, Meng X. Prevention of common mental disorders: Conceptual framework and effective interventions. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27: 294–301.
128. Johnstone KM, Kemps E, Chen J. A meta-analysis of universal school-based prevention Programs for anxiety and depression in children. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2018; 21: 466–81.

129. Waddell C, Hua JM, Garland OM, Peters RD, McEwan K. Preventing mental disorders in children: A systematic review to inform policy-making. *Can J Public Health*. 2007; 98: 166–73.
130. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: A meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *J Prim Prev*. 2015; 36: 387–403.
131. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane database Syst Rev*. 2011:CD003380.
132. Leijten P, Gardner F, Landau S, Harris V, Mann J, Hutchings J, Beecham J, Bonin E-M, Scott S. Research review: Harnessing the power of individual participant data in a meta-analysis of the benefits and harms of the Incredible Years parenting program. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018; 59: 99–109.
133. Reinke WM, Herman KC, Dong N. The Incredible Years Teacher Classroom Management Program: Outcomes from a group randomized trial. *Prev Sci*. 2018; 19: 1043–54.
134. Price J, Chamberlain P, Landsverk J, Reid J. KEEP foster-parent training intervention: Model description and effectiveness. *Child Fam Soc Work*. 2009; 14: 233–42.
135. Oxford Research. Evaluering af Keeping Foster Parents Trained and Supported (KEEP). Frederiksberg: Socialstyrelsen; 2016.
136. Price JM, Roesch S, Walsh NE, Landsverk J. Effects of the KEEP Foster Parent Intervention on child and sibling behavior problems and parental stress during a randomized implementation trial. *Prev Sci*. 2015; 16: 685–95.
137. Oxford Research, CEBR (CBS), PwC. Evaluering af afprøvningen af metoden "Keeping foster parents trained and supported (KEEP)." Frederiksberg: Socialstyrelsen; 2017.
138. Psykiatrifonden. Mind My Mind. Available from: <https://www.psykiatrifonden.dk/boern-unge/mind-my-mind.aspx>.
139. Hudson JL, Newall C, Rapee RM, Lyneham HJ, Schniering CC, Wuthrich VM, Schneider S, Seeley-Wait E, Edwards S, Gar NS. The impact of brief parental anxiety management on child anxiety treatment outcomes: A controlled trial. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014; 43: 370–80.
140. Jónsson H, Thastum M, Arendt K, Juul-Sørensen M. Group cognitive behavioural treatment of youth anxiety in community based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy. *J Anxiety Disord*. 2015; 35: 9–18.
141. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: A randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 133: 109–21.
142. Rapee RM. Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Aust J Psychol*. 2000; 52: 125–9.
143. Rapee RM, Abbott MJ, Lyneham HJ. Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006; 74: 436–44.
144. Hudson JL, Rapee RM, Deveney C, Schniering CA, Lyneham HJ, Bovopoulos N. Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 48: 533–44.
145. Hansen LG. Cool Kids/Chilled - angstprogram for børn og unge. Socialstyrelsen; 2020. Available from: <https://vidensportal.dk/temaer/Born-med-angst/indsatser/cool-kids>.
146. Rimestad ML, Trillingsgaard T, O'Toole MS, Hougaard E. Combining parent and teacher training for early ADHD: A randomized study of effectiveness. *J Child Fam Stud*. 2018; 27: 1567–78.
147. Esbjørn BH, Breinholst S, Christiansen BM, Bukh L, Walczak M. Increasing access to low-intensity interventions for childhood anxiety: A pilot study of a guided self-help program for Scandinavian parents. *Scand J Psychol*. 2019; 60: 323–8.
148. Institut for Psykologi, KU. Center for Angst. Available from: <https://psy.ku.dk/cfa>.



8

INDSATSER I DAGTILBUD

DETTE KAPITEL UNDERSØGER DAGTILBUDDENES BETYDNING FOR BØRNS TRIVSEL, UDVIKLING OG FOREBYGGELSE AF TRIVSELS- OG UDVIKLINGSVANSKELIGHEDER. DER TAGES UDGANGSPUNKT I DANSK FORSKNING OM KVALITETEN I DAGTILBUD EFTERFULGT AF EN GENNEMGANG AF FORSKNINGSBASEREDE INDSATSER OG RESULTATER.

8.1 SAMMENFATNING

Indsatser for at løfte kvaliteterne i dagtilbud viser blandede resultater, men der kan påvises positive resultater. Følgelig er der potentiale for forbedring af kvaliteten i daginstitutionerne. Kvalitet i dagtilbud er defineret ved de effekter, dagtilbuddet har ift. børnenes kognitive, sociale og emotionelle udvikling og trivsel. Især virker potentialet for at forbedre forholdene for børn fra de hjem, der har de svageste læringsmiljøer, til at være meget væsentlig, idet denne gruppe er særligt udsat og har størst udbytte af kvalitetsforhold i dagtilbud. Studier viser, at det er muligt at forbedre disse børns udbytte af at være i dagtilbud. Det skal også påpeges, at der endnu ikke er danske studier, som har undersøgt indsatser i dagtilbud for de mindste børn under tre år. Dette er et vigtigt forskningsområde i lyset af betydningen af den tidlige barndom for barnets langsigtede udvikling. Der er behov for at forske mere specifikt i betydningen af danske dagtilbud i et forebyggelsesperspektiv og i børns muligheder for at udvikle de kompetencer, der er nødvendige for at klare sig godt i et samlet udviklingsforløb, samt i hvordan kvalitetsforhold i dagtilbud udvider eller begrænser mulighederne. Der er behov for viden om, hvordan organisering, ledelse og samarbejde i dagtilbud fører til kvalitet,

så dagtilbuddene bidrager positivt til børnenes udvikling. Det gælder særligt betydningen af kvaliteten af dagtilbud for de yngste børn og for børn i udsatte positioner.

8.2 DAGTILBUDDENES KVALITET OG BØRNS VILKÅR FOR TRIVSEL, LÆRING OG UDVIKLING

Der mangler systematisk indsigt i kvaliteten af dagtilbud herhjemme, og der mangler initiativer til at styrke kvaliteten i områder med mange udsatte børn. Der er en række undersøgelser, som peger i retning af, at der er brug for at arbejde med at styrke kvaliteten i dagtilbuddene, og at der kan arbejdes med at opspore daginstitutioner med lav kvalitet og målrettet arbejdet med at løfte kvaliteten her, så der skabes forbedrede muligheder for trivsel og udvikling hos børnene.

Hansen et al. (2016) (1) har vist, at der er meget stor variation fra dagtilbud til dagtilbud, og at børns vilkår for trivsel, læring og udvikling varierer fra dagtilbud til dagtilbud. Undersøgelsen viste, at det især er udfordrende at skabe den høje kvalitet, der skal til for at skabe forbedrede udviklingsmuligheder for børnene i områder og dagtilbud, hvor der er mange børn fra udsatte familier (2).

Forvaltningerne har et ønske om at udvikle en samlet høj kvalitet, hvor der er mest behov, og hvor udsathed er størst. Winther-Lindqvist et al. (2012) (3) har vist, at børnenes sproglige udvikling hænger sammen med familiebaggrunden snarere end med kvaliteten af daginstitutionen, og at daginstitutionerne ikke gør den ønskede forskel for børnenes udvikling, og at der må fokuseres særligt på daginstitutioner med mange børn i udsatte positioner, da kvaliteten her er særligt afgørende.

I en kortlægning i Program for Læringsledelse - Dagtilbud (PFL-Dagtilbud) (4) blev det i seks kommuner undersøgt, hvad der ligger bag, når dagtilbud placerer sig forskelligt i kvalitetskortlægninger. Undersøgelsen viste, at de deltagende daginstitutioner, der lå lavest, havde mange børn i udsatte positioner, og omvendt havde daginstitutioner, der lå højt i scoringerne, mange børn fra en ressourceteknisk familiebaggrund. Daginstitutionernes kvaliteter samvarierede med børnenes socioøkonomiske baggrunde. Det kunne ifølge pædagogerne være vanskeligt at få hverdagen til at fungere og at få gennemført det, man satte sig for, ligesom det kunne være vanskeligt at imødekomme de forskellige børns behov, når der var mange udsatte børn samlet (4). Undersøgelsen pegede på, at lederens involvering og ledelse af den pædagogiske faglighed var betydningsfuldt for variationer i kvalitet. Der var sammenhæng mellem læringsmiljøets kvalitet, og hvordan lederne involverede sig og udviklede fagligheden sammen med de pædagogiske medarbejdere. I daginstitutioner, der udviklede høj kvalitet, var lederen tæt på den pædagogiske faglighed, involverede sig i faglige målsætninger, rammesatte, fulgte op og gav feedback. Omvendt, så indtog lederne i de daginstitutioner, der scorede lavt, en mere distanceret tilgang til den faglige ledelse, og det faglige pædagogiske arbejde var i højere grad overladt til pædagogerne. Undersøgelsen

viste også, at daginstitutionerne havde forskellige tilgange til forældresamarbejdet. Nogle daginstitutioner havde en høj grad af forældreinvolvering og understøttede forældrenes samspil med deres børn aktivt og differentieret i relation til forældrenes forskellige baggrunde (4).

Danmarks Evalueringsinstitut (EVA) (2020) (5) gennemførte for nylig en repræsentativ undersøgelse af kvaliteten i de danske børnehaver. Undersøgelsen blev gennemført ved brug af det internationale redskab Early Childhood Environment Rating Scale (ECERS-3), der er et observationsredskab, der kortlægger daginstitutionernes kvalitet. ECERS-3 er udviklet i USA og anvendes i en række lande og projekter. Man har bl.a. anvendt ECERS-3 i vurderingerne af daginstitutionernes kvalitet i det store engelske EPPSE-studie (6). Undersøgelsen blev gennemført mellem kl. 9 og 12 i et udsnit af kommunale daginstitutioner for 3-5-årige, og der blev gennemført 165 observationer i 88 daginstitutioner i 56 kommuner (5). I observationerne var der 5,8 børn pr. personale, hvor 56% af personalet havde en pædagoguddannelse. Kvalitetsniveauerne i undersøgelsen havde følgende værdier: utilstrækkelig kvalitet – tilstrækkelig kvalitet – god kvalitet – fremragende kvalitet. Danske børnehaver opnåede i gennemsnit vurderingen tilstrækkelig kvalitet (75%). 19% havde god kvalitet og 6% utilstrækkelig kvalitet. Ingen børnehaver imødekom kravene til fremragende kvalitet. Det var interaktionskvaliteter og organisationsstruktur, der blev vurderet som gode. Sprog og læsefærdigheder, læringsaktiviteter, plads og indretning samt rutiner for personlig pleje blev vurderet som tilstrækkelige. Resultaterne er kritiske i lyset af betydningen af kvalitetsforhold for at skabe gode udviklingsmuligheder for udsatte børn.

Undersøgelsen og anvendelsen af ECERS-3 har affødt en del kritik, fordi det er udviklet i en ame-

rikansk sammenhæng, hvor der er andre mål for kvalitetsarbejdet i dagtilbud end i Danmark. Fx har amerikanske dagtilbud andre krav til sikkerhedsforanstaltninger end danske, så her lå scoringerne for de danske daginstitutioner lavt. Kritikken drejer sig også om kulturelle forskelle, og om at anvendelse af redskaber til vurdering af kvalitet skal være kultursensitive og bygge på de nedfældede formål, der er for daginstitutionerne i lovgivninger og vejledninger knyttet til danske forhold. Der er også blevet rejst kritik af nogle af spørgsmålenes relevans. Eksempelvis spørges der i ECERS-3 til, om der er klodser, og om der er en hule, hvilket kan synes mindre relevant. Nogle af de forhold, der er blevet efterspurgt som konklusion på rapporten, er relevante også for danske børns læring og udvikling. Fx blev det efterspurgt, at personalet var inddragende, sensitive og responsive over for børnenes følelser og udtryk. Der blev også peget på, at kontakten mellem personalet og børnene var begrænset - særligt under børnenes frie lege og i tiden på legepladsen. Det blev beskrevet, at personalet i mindre grad var opsøgende over for børnene, og at opmærksomheden var på børnegruppen snarere end på det enkelte barn. Det blev kritiseret, at personalet ikke læste med børnene eller inddrog bøger i aktiviteter med børnene, samt at der generelt manglede bøger i institutionerne. Legematerialer og plads svarede ikke til, at børnene havde rig mulighed for fri leg, og der var ikke tilstrækkelig bredde i udbuddet af materialer, så alle børn blev udfordret. Udearealerne var især utilstrækkelige. Der blev peget på, at personalet overvejende var gode til at organisere dagen, så børnene ikke ventede, men at der var udfordringer forbundet med at understøtte og følge op, så alle børn var engagerede i meningsfulde aktiviteter og lege. Det var også relevant, at der blev rettet kritik mod plads og indretning, hvor der ikke var lagt særlig vægt på at skabe rum til lege og aktiviteter samt at sikre rumadskillelse, så de forskellige aktiviteter og lege

ikke var forstyrrende for hinanden. Pladsen i hver sjette børnehave var for trang ift. børnegruppen, og der manglede generelt mulighed for at børnene kunne trække sig og lege uforstyrret.

Ligeledes blev sikkerhedskrav i danske daginstitutioner generelt kritiseret, idet personalet ikke i tilstrækkelig grad cirkulerede og var tæt på børnene ved udendørslege. Forhold som sikkerheds- og hygiejnekrav er som nævnt anderledes i Danmark end i USA, hvor redskabet er udviklet. I studiet (5) observerede man to tilfældigt udvalgte stuer. Observationerne viste, at der nogle steder var væsentlige forskelle mellem stuerne. Det tyder på, at der ikke er ledelsesmæssig opmærksomhed på at skabe mere ens kvalitet mellem grupperne. Forskellen på kvaliteten mellem stuerne i børnehaverne var størst for temaerne interaktion (44%) og organisationsstruktur (49%). Fx var kvaliteten af interaktioner tilstrækkelig på én stue og god på den anden stue i 23% af børnehaverne (5). Stor forskel mellem stuer og matrikler blev også vist i Tidlig Indsats Programmet (7), hvor man kortlagde 70 institutioner med måleredskabet Kvalitet i Daginstitutioner (KIDS) (8, 9).

8.3 INDSATSER I DAGTILBUD I DANMARK

I det følgende beskrives udvalgte specifikke indsatser, som er rettet mod at løfte kvaliteten i daginstitutioner i Danmark. Søgningen efter indsatser blev foretaget på den Skandinaviske Dagtilbudsdatabase (10), og der er desuden inddraget studier, der har fokus på systematisk at evaluere effekten af indsatser for at forbedre praksis i dagtilbud. I kapitel 12 findes en oversigt over danske indsatser i dagtilbud.

Handlekompetencer i Pædagogisk Arbejde (HPA) (11)

HPA-projektet (11), som er nævnt tidligere i kapitel 5, har ud over kortlægningerne også inkluderet et sammenlignende effektstudie, der er rettet mod udsatte børn i dagtilbud; 60 institutioner og 2.500 børn fordelt på to kommuner indgik i undersøgelsen. Resultaterne viste, at de fokuserede indsatser havde effekt for både sociale, emotionelle og læringskompetencer. Undersøgelsen viste også, at der var forhold i institutionernes organisering og kultur, der havde betydning for mulighederne for at understøtte mønsterbrydende pædagogik. Det havde betydning, at man havde et godt samarbejde med forvaltningen, og at der var overskud i institutionen i form af personalestabilitet og relevante ledelsesmæssige prioriteringer. Ligeledes var de effektivt mønsterbrydende institutioner karakteriseret ved at være "på vej", så HPA-arbejdsformen ikke faldt dem vanskelig at implementere. HPA-projektets arbejdsform var rettet mod pædagogernes handlekompetencer og deres praksis. Handlekompetence var defineret med udgangspunkt i fem almene hovedelementer (11): kundskaber (viden), færdigheder, kontrol over relevante ydre betingelser, identiteter og handleberedskab. De institutioner, der ikke var mønsterbrydende, var karakteriserede ved dårligt samarbejde med forvaltning, ledelseskift og nedprioritering af opgaven. Andre karaktertræk var: ressourcemæssige problemstillinger, personaleflugt, fyringer, sygdom mv., samt vanskeligheder ved at implementere krav om læring og læreplaner.

Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud (VIDA) (12)

VIDA (12) var et interventionsprogram rettet mod at skabe forandringsprocesser i dagtilbud gennem pædagogisk kompetenceudvikling. Interventionen forløb over tre år fra 2010 til 2013 og inddrog 120 dagtilbud og 7.000 børn, hvoraf halvdelen var en

del af indsatsen, mens den anden halvdel var en kontrolgruppe. VIDA blev afprøvet i fire kommuner som en selektiv indsats målrettet socialt udsatte børn. Projektets formål var at styrke børnenes trivsel og læring gennem en inkluderende pædagogisk praksis. Målet var således at sikre, at også udsatte børn i dagtilbud var inkluderet i børnefællesskabet og i læringsprocesser på lige fod med andre børn. Der blev påvist positive effekter af programmet på børnenes socioemotionelle udvikling og trivsel, dvs. deres forståelse for sig selv i samspil med de andre børn, herunder deres evne til at skabe og indgå i relationer samt føle og udvise empati og udvikle kammeratskaber. Programmet viste en særskilt positiv effekt for børn med anden etnisk baggrund end dansk, hvor kammeratskabsproblemer blev mindsket. Der var også en positiv effekt for børn af lavindkomstfamilier gennem VIDA+, der var et program for involvering af forældrene. Her blev børnenes kammeratskabsproblemer reduceret signifikant, ligesom der blev påvist en reduktion i børnenes adfærdsproblemer. VIDA viste ikke særlige effekter på børns kognitive læring, heller ikke blandt de mest udsatte børn.

Fremtidens Dagtilbud (13)

Fremtidens dagtilbud (13) er et udviklingsprogram og effektstudie, som blev udviklet og afprøvet i dagtilbud i 14 danske kommuner i perioden 2014-2016. Der indgik ca. 15.000 0-6-årige børn fordelt på 400 dagplejere i 65 legestuegrupper samt 140 daginstitutioner, herunder vuggestuer, børnehaver og integrerede institutioner. Der var ikke et entydigt mønster i fundene. Der var en række effektmål, hvor der ikke var signifikante effekter og kun få signifikante effekter på børnenes kompetencer herunder små og spredte positive signifikante effekter for børnenes tidlige matematiske kompetencer, der blev målt for de ældste børn. Der var endvidere små og spredte effekter på børnenes sproglige kompetencer

primært for den yngste aldersgruppe og for rim og opmærksomhed på skrift for den ældste børnegruppe. For socioemotionelle kompetencer var der ligeledes små og spredte effekter for den yngste børnegruppe. For hovedparten af de undersøgte baggrundskarakteristika var der ingen signifikante forskelle mellem effekterne for forskellige grupper af børn. De fleste af resultaterne pegede i retning af, at børn fra de hjem, der havde det svageste læringsmiljø, fik det største udbytte af indsatsen. Disse spredte, men signifikante effekter indikerer, at indsatsen i et vist omfang har understøttet deltagelse i læringsmiljøet for børn med potentielt svagere forudsætninger.

SPELL og Fart på Sproget (14)

SPELL og Fart på Sproget (14) er to randomiserede kontrollerede studier, der har undersøgt de kortsigtede effekter af sprogindsatserne SPELL (sprogtilegnelse via struktureret, legebaseret læsning) og Fart på sproget (sprogtilegnelse via målrettede og systematiske legeaktiviteter). Sprogindsatserne forløb over en periode på 20 uger to gange om ugen og var målrettet alle børn i alderen 3-6 år. I alt deltog 5.350 børn fra 134 dagtilbud i studiet af SPELL, mens 5.436 børn fra 145 dagtilbud deltog i studiet af Fart på sproget. Datamaterialet bestod af før- og eftermålinger af børnenes sproglige kompetencer. Overordnet viste effektstudierne af de to sprogindsatser, at børnene i indsatsgrupperne tilegnede sig signifikant bedre før-skriftlige kompetencer (fx lydlig opmærksomhed og bogstavkendskab) i løbet af indsatsperioden end børnene i kontrolgruppen. For ordforrådet var der kun mindre og ikke-signifikante effekter af SPELL. Resultaterne pegede på, at alle børn fik positivt udbytte af sprogindsatserne uanset forældrenes baggrund. Resultaterne fra undersøgelsen af SPELL viste desuden, at det at give pædagogerne ekstra kompetenceudvikling eller at lade forældrene udføre sproglige aktiviteter

hjemme ikke gav børnene yderligere udbytte af sprogindsatsen. Ligeledes fandt undersøgelsen af Fart på sproget, at gruppestørrelse ikke havde nogen indflydelse på børnenes udbytte af indsatsen. Dette indikerer, at før-skriftlige kompetencer kan understøttes ved sprogaktiviteter i såvel små som store børnegrupper.

Vi lærer sammen (VLS) (15, 16)

VLS er en videreudvikling af SPELL med fokus på at styrke læringsmiljøet for de yngste børns sproglige udvikling (ordforråd og sprogbrug), matematiske opmærksomhed (former, størrelser, mønstre og mængder) samt udvikling af eksekutive funktioner (hukommelse, opmærksomhed, selvregulering). Programmet er udviklet på baggrund af studier med vuggestuebørn og omfatter nu også børnehaven. Bl.a. er der i projektet gennemført et randomiseret kontrolleret studie (15) i 87 dagtilbud med 1.116 vuggestuebørn. Studiet viste, at man kunne fremme vuggestuebørnenes skoleparathed gennem interaktioner med fokus på sprog og matematik. Et andet randomiseret kontrolleret studie med 5.031 vuggestue- og dagplejebørn har vist, at børn, der deltog i VLS, opnåede op til 44% ekstra læring inden for forskellige sprogsmål sammenlignet med børn i en kontrolgruppe. Sprogmålene var: abstrakt ordforråd (fx mønstre, former og størrelser), talforståelse, receptivt ordforråd (de ord, barnet forstår) og produktivt ordforråd (de ord, barnet siger). De positive effekter gjaldt alle børn uanset køn, alder, oprindelse og sociale forhold (16). Ovennævnte undersøgelser har vist, at børnehavebørn rykker sig allermest, når de arbejder med sproglige VLS-aktiviteter i små grupper. Og både i vuggestue og børnehave gjaldt, at effekten på børnenes sprog var tre gange så stor, når de arbejdede med sproglige VLS-aktiviteter i små grupper, som når de arbejder med sproglige VLS-aktiviteter i en stor gruppe eller i en fokussituation. Effekten af sproglige smågrup-

pe-aktiviteter aftog dog hurtigt, og efter tre aktiviteter i små grupper om ugen, var barnets udbytte af at deltage i én ekstra aktivitet minimal. Sproglige VLS-aktiviteter i små grupper havde også en positiv effekt på børnehavebørnenes før-skriftlige kompetencer og matematiske opmærksomhed. I vuggestuer øgede børnene deres sproglige kompetencer betydeligt, hvad enten de arbejdede med sproglige VLS-aktiviteter i små eller store grupper eller arbejdede med VLS-aktiviteter, der havde fokus på at styrke deres eksekutive funktioner (16).

Tidlig Indsats Programmet (17)

Tidlig Indsats Programmet i Københavns Kommune (7, 17) blev udrullet i de 70 institutioner, der havde flest, udsatte børn fra 2017-2018. Institutionerne blev kortlagt med måleredskabet KIDS (8, 9). Redskabet blev anvendt som før- og eftervurdering samt til monitorering af indsatserne. Indsatsen viste positiv udvikling på de tre parametre (relationer, fysiske omgivelser, lege og aktiviteter), der blev undersøgt og arbejdet med i projektperioden (17). Generelt sås der en lavere vurdering hos de eksterne evaluatore (dvs. pædagogiske konsulenter) end hos de interne (dvs. ledere og pædagoger). I de institutioner, der havde udviklet sig mest under indsatsen, var der størst enighed mellem de interne og eksterne vurderinger af kvaliteten i institutionerne. Socioøkonomi for de ti institutioner, der samlet havde udviklet sig mest, var en lille smule lavere end for dem, der havde udviklet sig mindst. Dette viste altså, at der var gode muligheder for at løfte kvaliteten i institutioner, hvor børnene havde en lavere socioøkonomisk baggrund. Yderligere interviewede man i Tidlig Indsats Programmet ledere og pædagoger i fire institutioner for at få indsigt i, hvad der kendetegnede de institutioner, der havde mest udvikling. På tværs af institutionerne viste der sig nogle temaer, der peger på, hvad der har kendetegnet de processer, som foregik i institutionerne

i forbindelse med arbejdet med at skabe kvalitet i læringsmiljøet: 1) Faglig dialog og refleksion over praksis: Kortlægningerne gav anledning til faglige dialoger med udgangspunkt i observationer og skabte et godt udgangspunkt for at udvikle praksis. 2) Fokus på børneperspektiv: Observationerne og dialogerne betød, at personalet tænkte mere i et børneperspektiv, fordi de satte fokus på, hvad deres handlinger betød for børnene. På den måde var de kriteriebaserede observationer med til at skabe bevidsthed, refleksion og dialog. 3) Fokus var på det faglige og ikke på det personlige: Der blev skabt en god og tillidsbaseret feedbackkultur, hvor man kunne hjælpe og støtte hinanden.

Program for læringsledelse (PFL) – Dagtilbud (18):

PFL – Dagtilbud (18) er et kommuneomfattet forsknings- og udviklingsprojekt. Målet var at fremme børns generelle trivsel, læring og udvikling, og herunder at medvirke til at mindske betydningen af børns sociale baggrunde. I udviklingsprogrammet blev der gennem fire år arbejdet i professionelle læringsfællesskaber med udvikling af faglig kvalitet i seks kommuner fra 2015-2019. Fremgangsmåden var forsknings- og datainformeret udvikling. Læringsmiljøet blev kortlagt med spørgeskemadata i år 2015, 2017 og 2019, der både evaluerede indsatserne og identificerede udviklingsområder. Undersøgelsen vedrørte 0-6-årige børn i dagtilbud. I alt 4.944 (svarprocent 94,8%) børnehavebørn i alderen 4-6 år, 5.105 kontaktpædagoger (svarprocent 97,9%), 2.240 pædagogiske personaler (svarprocent 94,1%), 234 ledelsespersoner (svarprocent 97,1%) samt 2.385 forældre (svarprocent 69,1%) til børn i alderen 0-6 år deltog i kortlægningen. Med afsæt i data fra kortlægningen identificerede ledelsen i det enkelte dagtilbud områder for forbedring af det pædagogiske læringsmiljø. I arbejdet med disse områder blev der arbejdet med praksisnære kompetenceforløb,

der involverede hele personalet, og som inddrog viden fra forskning samt havde fokus på at gå fra analyse og refleksion til handling og forbedring i praksis. Programmet opnåede fremgang på 24 ud af 25 vurderingsområder i den periode, hvor PFL – Dagtilbud blev gennemført

Der sås en fremgang blandt alle informantgrupper: børn, kontaktpædagoger, forældre, personale og ledelse. Programmet var ikke rettet mod ét specifikt område, fx sprogudvikling, leg eller relationer mellem børn og voksne, hvilket kunne have givet sig udslag i større fremgang på specifikt definerede områder. Programmet lagde vægt på en systemomfattende indsats og bred kompetenceudvikling af de ansatte baseret på analyser og kortlægningsresultater og med inddragelse af viden fra forskning. Resultaterne viste, at læringsmiljøerne i dagtilbuddene samlet set havde udviklet sig i en positiv retning, og at den pædagogiske praksis efter studiet i højere grad var i overensstemmelse med programmets mål og de formelle retningslinjer. Børnene blev udfordret og oplevede både trivsel, læring og udvikling i større grad efter deltagelse i programmet. Resultaterne viste også, at der fortsat var behov for fokus på at mindske betydningen af børnenes baggrund (18).

Chancelighed gennem Legende, Lærende Samspil (LLS) (19)

LLS blev gennemført i den kommune i Danmark, hvor der er flest børn med udsatte familiebaggrunde (19). Forsknings- og udviklingsarbejdet havde form af ti mødegange, hvor 2-3 forskere og ca. 28 praktikere (pædagoger og medhjælpere) fra halvdelen af kommunens 14 dagtilbud for 3-6-årige sammen udviklede og eksperimenterede med at udvikle kvalitet i praksis med særligt fokus på udsatte børns udvikling. Udviklingsforløbet var et møde mellem forskningsmæssige kendetegn for kvalitet og den pædagogiske praksis for udsatte

børn. Mellem laboratoriedagene havde praktikerne arbejdet konkret med deres samspil med ca. 80 udvalgte børn, som praktikerne selv oplevede som værende i risiko for marginalisering og udsathed. Det var en udfordring, at få viden og forskning til at få betydning for praksis. Den kvantitative evaluering viste ingen forbedring i børnenes sproglige udvikling eller på de socioemotionelle områder (19). Den kvalitative evaluering havde følgende resultater: 1) praksisrefleksioner og længerevarende forløb var med til at understrege betydningen af det pædagogiske arbejde særligt for børn fra udsat baggrund og var med til at gøre praktikerne mere sikre i deres faglighed og mere åbne over for børnenes perspektiver; 2) organisatorisk udvikling og støtte i organisationen og især i ledelsen var en forudsætning; 3) involvering af alle snarere end blot enkelte medarbejdere gjorde flere ansvarlige for forandringer af praksis; 4) ledelsesinvolvering såvel som involvering af hele medarbejdergruppen var en forudsætning; 5) fokus på at udvikle læringsmiljøerne blev fremhævet som noget af det mest givende i forløbet. For at støtte udviklingen for børnene fremhævede pædagogerne desuden, at det havde betydning, at der havde været trukket på konkrete eksempler fra hverdagene, og at der var blevet delt på tværs af dagtilbud og grupper. De pædagogiske medarbejdere ville gerne i dialog om deres praksis både med forskerne, med fagpersoner og med andre pædagogiske medarbejdere i lignende situation. Det tydede på, at en højere grad af faglig sparring og deling af erfaringer i netværk kan føre til praksisindsigter og udvikling. Det har betydning, at praksis løftes ind i et kollektivt rum for udforskning.

8.4 REFERENCER

1. Hansen OH, Nordahl T, Nordahl SØ, Hansen LS, Hansen O. Læringsrapport 2015. Uligheder og variationer - i dagtilbud. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2016.
2. Ringsmose C, Svinth L. Virkningsfuldt pædagogisk arbejde i dagtilbud. Aarhus: DPU, AU; 2019.
3. Winther-Lindqvist DA, Ringsmose C, Allerup P. Kvalitet i det sproglige læringsmiljø i børnehaven. I: Ringsmose C, eds. Læring og udvikling i daginstitutioner. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2012.
4. Ringsmose C. Perspektiver på kvalitet i dagtilbud: Resultater fra et kvalitativt studie i seks kommuner. FULM: Forskningsinformeret udvikling af læringsmiljøer. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2020.
5. Danmarks Evalueringsinstitut (EVA). Læringsmiljøkvalitet - National undersøgelse. København: EVA; 2020.
6. Sylva K, Melhuish E, Sammons P, Siraj-Blatchford I, Taggart B. The effective provision of pre-school education (EPPE) project: Findings from pre-school to end of key stage1. London: Institute of Education, University of London and Sure Start; 2004.
7. Københavns Kommune. Kvalitetsrapport for dagtilbud 0-6 år. København; 2019.
8. Ringsmose C, Kragh-Müller G. KIDS: Kvalitetsudvikling i daginstitutioner. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2014.
9. Ringsmose C, Kragh-Müller G. KIDS: Kvalitetsudvikling i daginstitutioner. 2. udgave. Dansk Psykologisk Forlag; 2020.
10. NB-ECEC. Om forskningsdatabasen NB-ECEC. Available from: <https://www.nb-ecec.org/om-forskningsdatabasen>.
11. Jensen B, Holm A, Allerup P, Kragh A. Effekter af indsatser for socialt udsatte børn i daginstitutioner. HPA- projektet. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag; 2009.
12. Jensen B, Jensen P, Rasmussen AW. Vidensbaseret indsats over for udsatte børn i dagtilbud – modelprogram. VIDA-forskningsrapport 1. Effekter af VIDA I. VI-DA-forskningsserien 2013: 04. København: IUP, AU; 2013.
13. Nielsen H, Jensen P, Bleses D, Ostensen J, Dybdal L, Breining S. Forskningsbaseret evalueringsrapport om fremtidens dagtilbud. Undersøgelse af indsatsens implementering og effekter. København: Rambøll Management Consulting; 2017.
14. Bleses D, Højten A, Kjær Andersen M, L D, Sehested K. Rapport om effekten af sprogindsatserne SPELL og Fart på Sproget i danske dagtilbud. Aarhus: AU; 2015.
15. Bleses D, Jensen P, Slot P, Justice L. Low-cost teacher-implemented intervention improves toddlers' language and math skills. *Early Child Res Q.* 2020; 53: 64–76.
16. Trygfondens Børneforskningscenter. Hovedresultater fra Forskningsprojektet VLS+. Aarhus: Institut for Økonomi, AU; 2020.
17. Københavns Kommune, Børne- og Ungdomsforvaltningen. Tidlig indsats 0-6 år afrapportering på kvalitetsløft hos institutioner 2017-2018. København: Center for Policy; 2019.
18. Nordahl T, Hansen LS, Ringsmose C, Drugli MB. Systematisk arbejde over tid betaler sig: Resultater fra program for læringsledelse - dagtilbud. FULM: Forskningsinformeret udvikling af læringsmiljøer. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2020.
19. Dietrichson J, Ringsmose C, Christoffersen M, Svinth L. Participatory professional development and preschool quality: Evidence from a mixed-methods study. *Nord Stud Educ.* 2021; 41: 80–110.



9

**SKOLEBASEREDE
INDSATSER**

KAPITLET BESKRIVER INDSATSER I SKOLEN TIL FREMME AF MENTAL SUNDHED OG FOREBYGGELSE AF MENTALE HELBREDSPROBLEMER. KAPITLET BESKRIVER KUN SPECIFIKKE SUNDHEDSFREMMEDE OG FOREBYGGENDE INDSATSER, MEN BESKRIVER IKKE REFORMER AF MERE GENEREL KARAKTER SÅSOM REFORMEN AF DAGTILBUD FRA 2017 (STÆRKE DAGTILBUD), FOLKESKOLEREFORMEN FRA 2013 OG LOVEN OM INKLUSION I FOLKESKOLEN FRA 2012. KAPITLETS INDHOLD ER ISÆR GENNEMGANG AF INTERNATIONAL OG DANSK FORSKNING SUPPLERET MED ENKELTE EKSEMPLER PÅ SKOLEBASEREDE PROGRAMMER, DER BRUGES I DANMARK.

9.1 SAMMENFATNING

Der er en betydelig aktivitet inden for dette område, internationalt og nationalt. Der er mange skolebaserede metoder til fremme af mental sundhed og forebyggelse af mentale helbredsproblemer hos børn, både universelle, selektive og indikerede forebyggelsesmetoder. Mange af metoderne er ikke videnskabeligt evaluerede, og mange af de videnskabelige evalueringer er ikke metodemæssigt tilfredsstillende. Der mangler kort sagt konklusiv viden.

De publicerede forskningsoversigter og metaanalyser er i det store og hele enige om, 1) at indsatserne kan have effekt, 2) at effektstørrelserne er små, men 3) at det alligevel betaler sig at arbejde

med dem, fordi de er omkostningseffektive og tilsyneladende uden negative bivirkninger. 4) Som hovedregel er effekterne størst for indikerede forebyggende indsatser og indsatser, som kombinerer flere typer af indsatser, og 5) der er en begyndende forståelse for, hvad der kendetegner indsatser med god effekt.

Der er rapporteret effekter i form af færre depressive symptomer, lavere risiko for fremtidig depression, muligvis mindre forekomst af angst, bedre sociale færdigheder, bedre resiliens og færre adfærdsvanskeligheder. Der er ofte god effekt af indsatser mod mobning og indsatser til at skabe større social kapital i institutioner og skoler. Det universelle forebyggelsesprogram Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS) og det selektive

forebyggelsesprogram De Utrolige År (DUÅ) – Lærerprogrammet har dokumenteret effekt på alvorlige adfærdsproblemer. Man ved mindre om implementeringen af de mange sundhedsfremmende og forebyggende metoder.

9.2 OVERBLIK OVER DEN VIDENSKABELIGE LITTERATUR

Dette kapitel handler om skolebaserede sundhedsfremmende og forebyggende indsatser for børn i aldersgruppen 6-9 år. Det er svært at finde forskning, som lige netop dækker skolekonteksten og aldersintervallet for dette kapitel, de 6-9-årige. Megen forskning handler om yngre eller ældre børn. Vi fokuserer på forskning, som helt eller delvis dækker aldersintervallet 6-9 år, især videnskabelige arbejder som opsamler erfaringer fra mange studier.

Vi fokuserer på afgrænsede indsatser, der har til formål at styrke børns mentale sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer. De bredere reformer, fx folkeskolereformen fra 2013 og loven om inklusion i folkeskolen fra 2012, omtales ikke. Den brede trivselsfremmende indsats i skolen, fx styrkelse af fællesskab, tillid, samarbejde samt trykke og støttende sociale relationer mellem eleverne eller mellem elever og lærere, omtales heller ikke, selv om sådanne indsatser ser ud til at have betydelig effekt på elevernes almene mentale sundhed (1-3). Skolernes brug af lærere og pædagoger til at arbejde med børns trivsel i skolen (AKT-personale, som står for Adfærd, Kontakt og Trivsel) omtales kort i forbindelse med nyere evalueringer af effekten på elevernes mentale sundhed. Indsatser til at styrke børns sprog og kognitive udvikling omtales i kapitel 4.

Skolebaserede indsatser for de mindre skolebørn kan være universelle eller mere målrettede

(selektive og indikerede), og de er meget forskellige. Blandt de hyppigste indsatser er: 1) at skabe et skolemiljø og politikker til fremme af mental sundhed, 2) træning af sociale færdigheder, 3) kognitiv adfærdsterapi, 4) reduktion af emotionelle problemer som angst og depression, 5) styrkelse af børns kompetencer, fx resiliens og sociale og emotionelle kompetencer, 6) forebyggelse af aggression og anden problematisk adfærd, 7) reduktion af progression af psykiske problemer samt 8) reduktion af mobning (4-8).

Der findes mange programmer og indsatser til reduktion af mentale helbredsproblemer og fremme af mental sundhed blandt børn i indskolingsalderen, og mange af dem har dokumenteret effekt. Disse indsatser er beskrevet i et utal af videnskabelige artikler og en række forskningsoversigter, som fremhæver de generelle træk, der ser ud til at være knyttet til succesrige indsatser (5, 7-19). De publicerede forskningsoversigter og metaanalyser er i det store og hele enige om, 1) at indsatserne kan have effekt, 2) at effektstørrelserne er små, men 3) at det alligevel betaler sig at arbejde med dem, fordi de er omkostningseffektive og tilsyneladende uden negative bivirkninger. Som hovedregel er effekterne størst for indikative forebyggende indsatser og indsatser, som kombinerer flere typer af indsats.

De skolebaserede indsatser virker bedst, hvis der anvendes en helskoleindsats, hvis man fokuserer på positiv mental sundhed fremfor sygdom, satser på at styrke elevernes sociale og emotionelle kompetencer, inkluderer alle elever i skolen og holder indsatsen i gang i lang tid (3, 5, 19, 20, 7, 8, 10-13, 16, 17). Der er rapporteret effekter i form af færre depressive symptomer, lavere risiko for fremtidig depression, muligvis mindre forekomst af angst, bedre sociale færdigheder, bedre resiliens og færre adfærdsvanskeligheder. Der er ofte god effekt af indsatser mod mobning og indsatser til at

skabe større social kapital i institutioner og skoler. Selv om der findes effektive metoder til fremme af mental sundhed og forebyggelse af mentale problemer blandt børn og unge, er det ofte et problem at skalere dem op fra eksperimentelle indsatser til samfunds niveau, herunder at sikre en ordentlig implementering (21).

9.2.1 Almen fremme af mental sundhed

Der er en del indsatser, som har til formål at styrke børns socioemotionelle kompetencer. Taylor et al. (2017) har gennemført en metaanalyse af 82 universelle skolebaserede indsatser, hvoraf mange var rettet mod store børnehavebørn og små skoleelever (22). Analysen viste, at det er veldokumenteret, at sådanne indsatser har effekt på børnenes kompetencer og velbefindende, når man måler effekten 6-18 måneder efter selve interventionens afslutning. Durlak et al. (2011) har gennemført en endnu mere omfattende metaanalyse af over 200 universelle indsatser til at styrke 2-15-årige børns socioemotionelle kompetencer (7). Også denne analyse fandt tydelige målbare effekter på børnenes sociale kompetence, færre adfærdsproblemer og at børnene sammenlignet med kontrolgrupper klarede sig bedre i skolen. Forskergruppen bemærkede, at det ikke var så let at implementere sådanne programmer, at mangelfuld implementering svækkede effekten, men at det trods alt var lykkedes for mange skoler at gennemføre indsatsen succesfuldt. Der findes også en del studier af mere målrettede eller selektive indsatser til at styrke yngre skoleelevers sociale og emotionelle kompetencer. Cheney et al. (2014) har gennemgået otte sådanne indsatser fra Storbritannien, hvor man havde anvendt gruppebaserede indsatser i skolen (23). De konkluderede, at såkaldte trivselsgrupper (nurture groups) havde en hurtig gunstig virkning på elevernes velbefindende, men at det var vanskeligt at konkludere noget om, hvorvidt virkningerne

holdt sig i det lange løb. Trivselsgrupper bestod af 6-12 elever, som fik støtte af forældre og personale i skolen, samtidig med at de forblev en del af deres almindelige klasse. De tilgængelige studier giver ikke viden om langsigtede virkninger.

De ovennævnte metaanalyser og forskningsoversigter giver en forholdsvis positiv melding om, at det er muligt at styrke børns socioemotionelle kompetencer og velbefindende, men andre studier maner til forsigtighed. O'Connor et al. (2018) har studeret effekten af en række universelle, skolebaserede indsatser til at styrke børns mestring af problemer samt sociale og emotionelle velbefindende (18). Resultaterne var lovende, skrev de, men man kunne ikke udtale sig endeligt om effekten, fordi kvaliteten af de tilgængelige effektstudier ikke var tilstrækkelig god. Samme forsigtige konklusion kom fra en gennemgang af O'Reilly et al. (2018) af ti studier af effekten af mere generel mental sundhedsfremme (9).

Når det drejer sig om almen mental sundhedsfremme for børn, så er Weare & Nind (2011) en vigtig kilde, fordi den er så omfattende (11). Weare & Nind gennemgik 52 systematiske forskningsoversigter og metaanalyser af almen mental sundhedsfremme i skoler. På dette grundlag konkluderede de, at der var en række målbare effekter af sådanne indsatser på både elever og forældres sociale og emotionelle velbefindende. Der var naturligvis store variationer i effekt, kvaliteten af de bedømte studier var ofte tvivlsom, og effekterne var sædvanligvis beskedne. Weare & Ninds arbejde er bemærkelsesværdigt, fordi de også afdækkede kendetegn ved de indsatser, der havde den største effekt. De var kendetegnet af følgende: 1) de kombinerede universel og selektiv indsats, 2) de startede med de yngste elever og fortsatte med de ældre, 3) de fulgte nøje de planer, der var lagt, 4) de strakte sig over en lang interventionsperiode, og 5) de kombi-

nerede mange metoder og involverede alle parter. Sidstnævnte kaldes helskoleindsats og dækker over, at man indarbejder den mentale sundhedsfremme i mange af skolens fag, styrker lærernes færdigheder mht. at arbejde med mental sundhedsfremme, samarbejder med forældre, i nogle tilfælde underviser forældre og samarbejder med andre instanser uden for skolen. Flere andre forskningsoversigter fremhæver ligeledes de træk, som ser ud til at være knyttet til succesrige indsatser (3, 5, 7-19).

De publicerede forskningsoversigter og metaanalyser er i det store og hele enige om, 1) at indsatserne kan have effekt, 2) at effektstørrelserne er små, men 3) at det alligevel betaler sig at arbejde med dem, fordi de er omkostningseffektive og tilsyneladende uden negative bivirkninger. Som hovedregel er effekterne større for selektive og indikerede end for universelle forebyggende indsatser, og programmer, som kombinerer flere typer af indsats, har ofte størst effekt.

En litteraturgennemgang fra Aarhus Universitet (17) af 126 videnskabelige artikler fremhævede nogle fællestræk ved indsatser til almen forebyggelse af mentale helbredsproblemer, der havde god effekt. Forskergruppen havde afgrænset sin litteraturgennemgang til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser, der havde fokus på mental sundhed i bred forstand men ikke på psykiatiske diagnoser. Sammenfattende pegede forskergruppen på, at indsatser af denne type virkede bedst, hvis følgende var opfyldt (17):

- › Indsatsen imødekommer børns og forældres individuelle behov, skaber motivation hos målgruppen og målrettes til de børn, der har flest vanskeligheder i hverdagen.
- › Der er bedst effekt ved indsatser, der implementeres i de yngre klasser og er tilpasset aldersgruppen.

- › Teoretisk baserede indsatser virker bedre end indsatser uden et klart teoretisk grundlag.
- › Omfattende indsatser med flere virkemidler virker bedst, især hvis de involverer alle på skolen: elever, lærere, andet personale samt forældrene. Jo mere intensiv og langvarig en indsats er, og jo mere deltagelse den omfatter, desto bedre effekt.
- › Der er specielt god effekt af indsatser, hvor formålet er at påvirke og fremme et positivt skolemiljø.
- › Indsatser virker bedst, hvis de leveres af fagpersonale med relevant erfaring og viden, og hvis implementeringen er tro mod programmet og anvender udførlige manualer.
- › Indsatsen er tilpasset den enkelte skoles eller families behov og kultur, dvs. en indsats, som fungerer godt ét sted, fungerer ikke nødvendigvis godt et andet sted.
- › Indsatser virker som hovedregel bedst over for børn med psykiske vanskeligheder, især børn der udviser flere tegn på psykiske vanskeligheder.
- › Anvendelse af individuelle samtaler og jævnlig kontakt med barnet ser ud til at forstærke effekten.
- › Undervisning af målgruppen og personalet (psykoedukation) kan ligeledes forstærke effekten.

9.2.2 Forebyggelse af specifikke mentale helbredsproblemer

Der er udgivet et stort antal artikler om forebyggelse af angst og depression blandt børn. Johnstone et al. (2018) gennemførte en metaanalyse af effekten af universelle skolebaserede indsatser mod angst og depression blandt børn under 14 år, herunder en del studier som dækkede aldersgruppen 6-9 år (8). Konklusionen var ret tydelig: Indsatser til forebyggelse af depressive

symptomer havde effekt både på kort og lidt længere sigt, mens indsatser til forebyggelse af angst sædvanligvis ikke havde tydelig effekt. Indsatser, der forsøgte at forebygge både angst og depression, havde heller ingen særlig effekt. De fremhævede dog den metode, som hedder FRIENDS (se senere) som særligt effektiv og med effekt på både angst- og depressionssymptomer. Ahlen et al. (2015) har ligeledes gennemført en metaanalyse af effekten af universel forebyggelse af angst og depressionssymptomer blandt børn (24). Deres analyse af data fra 30 randomiserede kontrollerede studier viste, at sådanne forebyggende indsatser havde signifikant effekt på både angst og depressive symptomer, når man målte det lige efter indsatsen var færdig, men efter nogle måneder var der kun effekt på depressive symptomer, ikke angst. Ligesom flere af de ovennævnte metaanalyser konkluderede også Ahlen et al. (2015), at effekterne var beskedne (24).

Hetrick et al. (2016) var endnu mere specifikke i deres studie, som alene omhandler effekten af kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi på depressive symptomer blandt børn og unge (25). De fleste af de studier, de gennemgik, handlede om lidt større børn, men aldersgruppen 6-9 år var også repræsenteret, og disse indsatser var skolebaserede. De konkluderede, at der var signifikant effekt i form af færre depressive symptomer op til 12 måneder efter indsatsens afslutning, men at effekten var beskedne og næppe holdt sig ud over et års tid. Effekten var størst for selektivt forebyggende indsatser, men meget beskedne for universelt leverede indsatser. De andre metaanalyser og forskningsoversigter, vi omtaler ovenfor, konkluderede, at man trods de små effekter alligevel kunne anbefale indsatser til mental sundhedsfremme og forebyggelse af depression, mens Hetrick et al. (2016) mente, at evidensen var for svag til, at man kunne anbefale indsatser til forebyggelse

af depressive symptomer blandt børn. Endnu et oversigtsarbejde (26) om effekten af forebyggelse af depressive symptomer blandt børn konkluderede, at psykologiske forebyggelsesprogrammer var målbart effektive for børn med erkendte psykiske problemer, men ikke når de blev anvendt til universel forebyggelse. Et oversigtsarbejde af Calear & Christensen (2010), som vurderede effekten af kognitiv adfærdsterapi på depressive symptomer, havde en lignende konklusion; at effekten var lav for universel forebyggende indsats, men noget højere hvis indsatsen blev rettet mod børn med depressive symptomer (27).

Der er stærk dokumentation for, at kognitiv adfærdsterapi som behandlingsmetode har effekt på angst blandt børn. Forskningsoversigterne inddrager brede aldersgrupper, og det er svært at finde resultater for aldersgruppen 0-9 år (28, 29). En undtagelse er et studie af Ruocco et al. (2016), som viste god effekt af en tidlig behandlingsindsats af angst blandt 5-7-årige (30). De nævnte studier handler om indikerede indsatser, altså behandling af angst, og selv om nogle af disse behandlinger udføres som gruppeterapi i skoleregi, så falder de uden for vores definition af skolebaserede forebyggende indsatser. Der ser ud til at være nogen uenighed om effekten af forebyggende indsats mod angst blandt børn. De ovenfor omtalte studier af Johnstone et al. (2018) (8) og Ahlen et al. (2015) (24) rapporterede, at der ikke så ud til at være effekt af universelle forebyggende indsatser mod angst, mens en forskningsoversigt af Neil & Christensen (2009) kom til det modsatte resultat, at skolebaserede indsatser mod angst så ud til at virke, uanset om de blev gennemført som universelle, selektive eller indikerede indsatser (31). En metaanalyse af Smits et al. (2008) rapporterede god effekt af kognitiv adfærdsterapi på angst, især hvis indsatsen var indikeret (32), men også selektivt forebyggende indsats havde effekt (8, 24-27, 31).

Nu vender vi os til forebyggelse af adfærdsproblemer og fremme af skoleparathed. Et studie af Webster-Stratton et al. (2008) har vurderet, om den metode, som på dansk hedder De utrolige år – DUÅ – Lærerprogrammet, har effekt på disse forhold (33). Studiet blev gennemført blandt de små elever i skoler fra fattige lokalområder. Her trænede man lærere til at gennemføre programmet, også med involvering af forældrene. Lærerne praktiserede en form for positiv klasseledelse og søgte derigennem at fremme elevernes sociale kompetence, emotionelle selvregulering og at reducere adfærdsproblemer. Det lykkedes at få lærerne i interventionsskolerne til at ændre praksis med mere positiv klasseledelse, og eleverne udviste større social kompetence, bedre emotionel selvregulering og færre adfærdsproblemer end kontrolskolerne (se flere oplysninger i kapitel 9.4.2).

Effekten af universelle skolebaserede indsatser til fremme af elevernes resiliens er beskrevet af Dray et al. (2017) (34) i en omfattende forskningsoversigt af 57 randomiserede kontrollerede studier, hvoraf mange omhandler aldersgruppen 5-10 år. De fandt, at universelle indsatser til at styrke de 5-10-årige børns resiliens mindskede angst og stress, mest på kort sigt og noget usikkert også nogle måneder efter indsatsen (34).

9.2.3 Indsatsen mod mobning

Mobning er yderst skadelig for skoleelevers mentale sundhed, uanset om man lægger vægten på mobning som en oplevelse hos det enkelte barn (35) eller på de processer i klassen, som skaber grobund for mobning (36). Mobning i skolen har dokumenterede skadevirkninger på det mentale helbred senere i barndommen og langt ind i voksenlivet (37-42). Ikke kun ofrene har øget risiko for mentale helbredsproblemer, det gælder også aggressorerne og ikke mindst børn, som både

mobber andre, og selv er ofre.

Der er mange typer af indsats mod mobning, og der er ganske god dokumentation for, at nogle af dem virker (4, 43, 44). Lee et al. (2015) publicerede en metaanalyse af skolebaserede antimobbeindsatser og fandt, at de alt i alt havde en beskedent moderat effekt (45). Især indsatser, som benyttede træning i emotionel kontrol, rådgivning fra jævnaldrende samt en tydelig skolepolitik mod mobning, havde god effekt. En stor del af denne forskning drejer sig om Olweus' antimobbeprogram. Limber et al. (2018) omtalte et forsøg med dette program igennem to år i 210 skoler i USA (46). Der var tydelige effekter i den forstand, at langt færre elever oplevede sig mobbet, langt færre elever oplyste at mobbe andre, og eleverne fik mere empati med mobbeofre. Farrell et al. (2018) har vist, at anvendelse af Olweus' antimobbeprogram i amerikanske skoler medførte reduktion i aggression, i det mindste inden for skolen, men muligvis ikke uden for (47).

9.3 FOREBYGGENDE INDSATSER I DANMARK

9.3.1 Eksempler på universelle indsatser

Det er vanskeligt at præsentere en fuldstændig liste over indsatser i Danmark, fordi ikke alle indsatser er publicerede og evaluerede. Denne præsentation omfatter et udpluk af indsatser, som har en vis udbredelse og er evalueret. Vi henviser i øvrigt til de gode oversigter over sådanne indsatser, som findes i publikationen af Niclasen et al. (2016) (17) på Sundhedsstyrelsens hjemmeside samt på hjemmesiderne for Socialstyrelsen, Psykiatrifonden, Maryfonden, Børns Vilkår og projektoversigten Pædagogik på kanten ved Aarhus Universitet. Så vidt muligt omfatter præsentationerne også bemærkninger om effekten af disse indsatser,

men dette princip kan ikke altid overholdes, især ikke for nye og eksperimentelle indsatser. En af de nyeste universelle indsatser er, at det siden 2017 har det været obligatorisk for alle grundskoler og ungdomsuddannelser at have en antimobbe-strategi (48). I kapitel 12 findes en oversigt over danske universelle og selektive forældreindsatser i indskolingsalderen.

Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS) (49)

Målgruppen i PALS er alle elever i grundskolen samt personale og forældre. Målet er at opbygge en proaktiv skolekultur og imødekomme skolens daglige udfordringer. PALS tilbyder en række metoder til at nå dette mål, som dels består af alment forebyggende metoder for alle elever, dels foregribende støtte for elever, der er i risiko for at udvikle adfærdsproblemer, og dels indgribende støtte- og behandlingsindsatser for elever med alvorlige adfærdsproblemer (49). Flere skoler i Danmark har arbejdet med PALS siden 2008. PALS opbygger fællesskab i folkeskolen gennem forebyggende skoleindsatser for alle elever. Der er en del dokumentation for effekten af PALS i undersøgelser fra hhv. USA og Norge. En dansk evalueringsrapport (50) viste positive effekter på skole- og klassemiljø i løbet af en treårig PALS-intervention vurderet af personalet. Et opfølgingsstudie fra VIVE viste endvidere, at de deltagende skoler oplevede at have opnået en tydelig forbedring af stemningen og adfærden i deres organisationer. Et studie fra Norge (51) viste tydelig effekt af programmet på elevernes evne til problemløsning og læringsklimaet i klassen, men der var kun effekt i de skoler, som implementerede programmet ordentligt. COWI har for Sundhedsstyrelsen (2017) gennemført en effekt- og procesevaluering af et forsøg med PALS på skoler i fire kommuner (52). Forsøget rummede også børn i aldersgruppen under ti år. Undersøgelsen

fandt, at skolerne, især de involverede lærere og sundhedsplejersker, oplevede at have styrket deres kompetence til at opspore elever i mistrivsel blandt de indadreagerende børn.

Zippys venner (53, 54)

Dette universelle skolebaserede program har til formål at fremme mental sundhed og forebygge emotionelle vanskeligheder. Metoden er et 24-timers kursus for eleverne med deltagelse af klasselæreren og sundhedsplejersken, som selv har fået træning i programmet. De træner eleverne i at mestre daglige udfordringer samt at styrke elevernes evne til at genkende og tale om følelser, at håndtere konflikter, at fremme elevernes empati og støtte til kammerater. Indsatsen er kun sporadisk evalueret. Et randomiseret kontrolleret studie fra Irland (54) har vurderet effekten på 7-8-årige elever fra skoler i fattige områder, bl.a. ved hjælp af spørgeskemaet Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Indsatsen medførte en signifikant positiv forbedring i elevernes erkendelse af egne følelser, motivation og sociale kompetencer. Disse positive effekter kunne stadig spores 12 måneder efter indsatsen. Der var også skuffende resultater, idet programmet ikke havde nogen betydning for elevernes emotionelle problemer og adfærdsproblemer. De skoler, der var mest tro mod programmet i implementeringsfasen, opnåede de bedste resultater. Et andet randomiseret kontrolleret studie fra Norge (53) gennemførte Zippys venner blandt 7-8-årige elever. Forfatterne vurderede elevernes mestringskompetence, og de benyttede SDQ-spørgeskemaet til vurdering af mental sundhed. Studiet viste, at programmet medførte tydelige forbedringer i elevernes mestringskompetence blandt piger fra lavere socioøkonomiske lag samt, at drenge viste forbedringer i mental sundhed. Det har ikke været muligt at finde oplysninger om udbredelsen af programmet i Danmark.

Optur (3)

Optur er en skolebaseret, universel intervention, som har til formål at fremme mental sundhed og reducere sociale forskelle i psykisk trivsel blandt skolebørn i 0.-9. klasse. Optur blev udviklet, afprøvet og evalueret i den danske folkeskole i 2009-2011 i et samarbejde mellem Psykiatrifonden og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Projektet bygger på internationale erfaringer fra skolebaserede indsatser og har været et udviklingsprojekt over to skoleår, hvor tre skoler var involveret (3). Optur har en helskoletilgang, som indtænker fremme af elevernes mentale sundhed på alle niveauer i skolen. Indholdet omfatter: 1) undervisning og aktiviteter for eleverne, 2) styrkelse af lærernes kompetence til at arbejde med mental sundhed gennem kurser og undervisningsmateriale, 3) involvering af mange målgrupper, herunder forældre, sundhedstjeneste, pædagoger, socialrådgivere og pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) samt 4) initiativer i skolens hverdag, fx forbedring af skolens fysiske og sociale miljø, koordinering af skolens mange indsatser for at øge trivslen og en særlig indsats for elever, som mistrives. Optur blev evalueret med en procesevaluering samt en før- og eftermåling af elevernes sociale og emotionelle kompetencer. Resultaterne viste, at Optur havde potentiale til at fremme sociale og emotionelle kompetencer samt at reducere sociale forskelle i kompetencer blandt skolebørn (3). Optur er en forløber for Psykiatrifondens program Reach Out, som til forskel fra Optur ikke dækker aldersgruppen under ti år.

Fri for mobberi

Fri for mobberi er en nyere universel indsats, der er udviklet til indskolingen af Maryfonden og Red Barnet. Programmet er udviklet til fagfolk. Det består af pædagogiske materialer, der er samlet i en kuffert. Det findes i tre varianter til børn på hhv. 0-3 år, 3-6 år og 6-9 år, samt et digitalt materiale.

Forud for indsatsen deltager mindst to fagpersoner fra hver institution/skole i et obligatorisk grundkursus i Fri for mobberi. Der er udført en del følgeforskning. En forskergruppe på Roskilde Universitet har beskrevet, hvorledes børnene blev markant bedre til at tackle drillerier de steder, hvor man arbejdede intensivt og struktureret med Fri for mobberi. Rapporterne kan hentes på programmets hjemmeside (55). Andre – overvejende kvalitative evalueringer – har beskrevet, hvorledes programmet kunne styrke fællesskabet mellem børnene, som blev mere inkluderende, omsorgsfulde og opmærksomme på sociale spilleregler. En kvantitativ evaluering blandt børnehavebørn (56) viste, at deltagelse i programmet styrkede børnenes empati og positive relationer til andre børn. Metoden benyttes i et stort antal børnehaver og skoler i Danmark, men vi har ikke kunnet finde det præcise antal.

9.3.2 Eksempler på selektive indsatser

De Utrolige År (DUÅ) – Lærerprogrammet (57, 58)

DUÅ er en serie evidensbaserede programmer, der har til formål at styrke tilknytningen og det positive samspil mellem børn og forældre samt mellem børn og pædagoger/lærere. Programmet DUÅ - Førskole omtales nærmere i kapitel 7. En anden del af programmet retter sig mod lærerne. En forskningsoversigt og metaanalyse af Nye et al. (2018) (57) vurderede effekten af DUÅ - Lærerprogrammet: Der var tydelig effekt på lærerne, som mindskede brug af negativ klasseledelse, og der var også en forbedring hos eleverne i form af mindre vold og anden problematisk opførsel. Dette var med til at skabe et bedre skolemiljø for alle eleverne. Der var ingen effekt på elevernes prosociale adfærd. En forskningsoversigt fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA) (59) kom til

samme resultat, at DUÅ - Lærerprogrammer opnåede en reduktion af adfærdsproblemer hos eleverne, mere selvkontrol af aggression og vrede samt reduceret hyperaktivitet hos børn med forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)). Lærerne blev bedre til klasseledelse. Det har ikke været muligt at finde oplysninger om udbredelsen af programmet i Danmark.

FRIENDS (også FRIENDS for Life) (60)

FRIENDS er en metode til at forebygge angst blandt 8-11-årige børn. Metoden er et kursus (fem gange 2,5 time) for lærere og andre professionelle, der arbejder med børn. Lærerne trænes i at anvende kognitiv adfærdsterapi over for børnene, som opøver deres sociale færdigheder. Træningen af børnene kan foregå i forskellige kontekster, fx skole eller klinik, og metoden kan anvendes til universel og selektiv forebyggelse. Flere internationale randomiserede kontrollerede studier har vist, at metoden reducerede angst blandt børnene, mest hvis træningen blev ledet af personer med en sundhedsfaglig baggrund (8, 61, 62). Fx har Skryabina et al. (2016) gennemført en intervention over for alle 9-10-årige elever i 40 skoler i England, dvs. en universel forebyggende indsats (62). De afprøvede to formater, ét hvor programmet blev gennemført af sundhedsfagligt personale og ét, der blev gennemført af skolens eget personale. Efter 12 måneder sås et tydeligt reduceret niveau af angst blandt de elever, der havde deltaget i FRIENDS med sundhedsfagligt personale, men ikke med skolens eget personale. Programmet udbydes i Danmark, men det har ikke været muligt at finde oplysninger om omfanget.

9.4 REFERENCER

1. Knoop H, Holstein BE, Viskum H, Lindskov J. Elevernes fællesskab og trivsel i skolen. Analyser af Den Nationale Trivselsmåling. Randers: Dansk Center for Undervisningsmiljø; 2017.
2. Meilstrup C, Ersbøll AK, Nielsen L, Koushede V, Bendtsen P, Due P, Holstein BE. Emotional symptoms among adolescents: Epidemiological analysis of individual-, classroom- and school-level factors. *Eur J Public Health*. 2015; 25: 644–9.
3. Nielsen L, Meilstrup C, Nelausen MK, Koushede V, Holstein BE. Promotion of social and emotional competence: Experiences from a mental health intervention applying a whole school approach. *Health Educ*. 2015; 115: 339–56.
4. Bradshaw CP. Translating research to practice in bullying prevention. *Am Psychol*. 2015; 70: 322–32.
5. D'Arcy C, Meng X. Prevention of common mental disorders: Conceptual framework and effective interventions. *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27: 294–301.
6. Evans SW, Axelrod JL, Sapia JL. Effective school-based mental health interventions: Advancing the social skills training paradigm. *J Sch Health*. 2000; 70: 191–4.
7. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' Social and Emotional Learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev*. 2011; 82: 405–32.
8. Johnstone KM, Kempes E, Chen J. A meta-analysis of universal school-based prevention Programs for anxiety and depression in children. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2018; 21: 466–81.
9. O'Reilly M, Svirydenka N, Adams S, Dogra N. Review of mental health promotion interventions in schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018; 53: 647–62.
10. Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T, Lee YY, Erskine HE, Whiteford HA, Patton G. Preventing depression and anxiety in young people: A review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychol Med*. 2016; 46: 11–26.
11. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promot Int*. 2011; 26: 29–69.
12. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017; 51: 30–47.
13. Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marín O, Serrano-Drozdzowskyj E, Freedman R, Carpenter W. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018; 5: 591–604.
14. Barry MM. Addressing the determinants of positive mental health: Concepts, evidence and practice. *Int J Ment Health Promot*. 2009; 11: 4–17.
15. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychol*. 2018; 6: 30.
16. Jané-Llopis E, Anderson P, Stewart-Brown S, Weare K, Wahlbeck K, McDaid D, Cooper C, Litchfield P. Reducing the silent burden of impaired mental health. *J Health Commun*. 2011; 16: 59–74.
17. Niclasen J, Lund L, Obel C. Indsatser der fremmer mental sundhed hos børn og unge. Et systematisk litteraturstudie af internationale undersøgelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
18. O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F, Watson R. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2018; 27: e412–e426.
19. O'Mara L, Lind C. What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? *Adv Sch Ment Health Promot*. 2013; 6: 203–24.
20. Barry MM, Clarke AM, Jenkins R, Patel V. A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*. 2013; 13: 835–54.
21. Horner RH, Sugai G, Fixsen DL. Implementing effective educational practices at scales of social importance. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2017; 20: 25–35.
22. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting positive youth development through school-based Social and Emotional Learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Dev*. 2017; 88: 1156–71.
23. Cheney G, Schlösser A, Nash P, Glover L. Targeted group-based interventions in schools to promote emotional well-being: A systematic review. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014; 19: 412–38.

24. Ahlen J, Lenhard F, Ghaderi A. Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: A meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials. *J Prim Prev*. 2015; 36: 387–403.
25. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 2016: 10–3.
26. Merry S, McDowell H, Hetrick S, Bir J, Muller N. Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane database Syst Rev*. 2004; CD003380.
27. Calear AL, Christensen H. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *J Adolesc*. 2010; 33: 429–38.
28. James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database Syst Rev*. 2013; 3: CD004690.
29. Reynolds S, Wilson C, Austin J, Hooper L. Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2012; 32: 251–62.
30. Ruocco S, Gordon JE, McLean LA. Effectiveness of a school-based early intervention CBT group programme for children with anxiety aged 5-7 years. *Adv Sch Ment Health Promot*. 2016; 9: 29–49.
31. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29: 208–15.
32. Smits JAJ, Berry AC, Tart CD, Powers MB. The efficacy of cognitive-behavioral interventions for reducing anxiety sensitivity: A meta-analytic review. *Behav Res Ther*. 2008; 46: 1047–54.
33. Webster-Stratton C, Jamila Reid M, Stoolmiller M. Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49: 471–88.
34. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, McElwaine K, Tremain D, Bartlem K, Bailey J, Small T, Palazzi K, Oldmeadow C, Wiggers J. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 56: 813–24.
35. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C. Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*. 2005; 15: 128–32.
36. Sønndergaard D. Bullying and social exclusion anxiety in schools. *Br J Sociol Educ*. 2012; 33: 1–18.
37. Brunstein Klomek, A Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld I, Gould M. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46: 40–9.
38. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*. 2013; 70: 419–26.
39. Lund R, Nielsen KK, Hansen DH, Kriegbaum M, Molbo D, Due P, Christensen U. Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of Danish men born in 1953. *Eur J Public Health*. 2009; 19: 111–6.
40. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult health outcomes of childhood bullying victimization: Evidence from a five-decade longitudinal British birth cohort. *Am J Psychiatry*. 2014; 171: 777–84.
41. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci*. 2013; 24: 1958–70.
42. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, Wolke D. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: A prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51: 271–82.
43. Farrington DP, Ttofi MM. School-Based Programs to Reduce Bullying and Victimization. *Campbell Syst Rev*. 2009; 6: 147.
44. Olweus D, Solberg ME, Breivik K. Long-term school-level effects of the Olweus Bullying Prevention Program (OBPP). *Scand J Psychol*. 2020; 61: 108–16.
45. Lee S, Kim C-J, Kim DH. A meta-analysis of the effect of school-based anti-bullying programs. *J Child Health Care Prof Work with Child Hosp community*. 2015; 19: 136–53.
46. Limber SP, Olweus D, Wang W, Masiello M, Breivik K. Evaluation of the Olweus Bullying Prevention Program: A large scale study of U.S. students in grades 3-11. *J Sch Psychol*. 2018; 69: 56–72.
47. Farrell AD, Sullivan TN, Sutherland KS, Corona R, Masho S. Evaluation of the Olweus Bully Prevention Program in an Urban School System in the USA. *Prev Sci*. 2018; 19: 833–47.

48. Børne- og Undervisningsministeriet. Lov om ændring af lov om elevers og studerendes undervisningsmiljø og lov om folkeskolen. LOV nr 311 af 04/04/2017. Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2017/311>.
49. Bradshaw CP, Pas ET. A statewide scale up of positive behavioral interventions and supports: A description of the development of systems of support and analysis of adoption and implementation. *School Psych Rev.* 2011; 40: 530–48.
50. Rasmussen PS, Olsen PS. Positiv Adfærd i Læring og Spil (PALS). En evaluering af en skoleomfattende intervention på 11 pilot skoler. København: SFI; 2012.
51. Sørli M-A, Ogdén T. School-wide positive behavior support-Norway: Impacts on problem behavior and classroom climate. *Int J Sch Educ Psychol.* 2015; 00: 1–16.
52. COWI. Afsluttende evaluering af "Styrket sundhedsindsatser for socialt udsatte og sårbare grupper" - Fremme af mental sundhed og trivsel blandt skolebørn. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
53. Holen S, Waaktaar T, Lervåg A, Ystgaard M. The effectiveness of a universal school-based programme on coping and mental health: A randomised, controlled study of Zippy's Friends. *Educ Psychol.* 2012; 32: 657–77.
54. Clarke AM, Bunting B, Barry MM. Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: A cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools. *Health Educ Res.* 2014; 29: 786–98.
55. Fri for Mobberi. Evaluering og følgeforskning. Available from: <https://www.friformobberi.dk/om-fri-for-mobberi/evaluering/>.
56. Rambøll. Effektevaluering: Fri for Mobberi og børns socioemotionelle kompetencer. København; Mary Fonden & Red Barnet; 2017.
57. Nye E, Melendez-Torres GJ, Gardner F. Mixed methods systematic review on effectiveness and experiences of the Incredible Years Teacher Classroom Management programme. *Rev Educ.* 2018; 7: 631–69.
58. Reinke WM, Herman KC, Dong N. The Incredible Years Teacher Classroom Management Program: Outcomes from a group randomized trial. *Prev Sci.* 2018; 19: 1043–54.
59. Møller MØ, Iversen K. Systematisk review af effektviden om "De Utrolige År" (DUÅ): Et forskningsnotat om DUÅ børne-, forældre- og lærerprogrammer. København: KORA; 2016.
60. Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, Dadds M. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the friends program. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006; 35: 403–11.
61. Stallard P, Skryabina E, Taylor G, Phillips R, Daniels H, Anderson R, Simpson N. Classroom-based cognitive behaviour therapy (FRIENDS): A cluster randomised controlled trial to Prevent Anxiety in Children through Education in Schools (PACES). *Lancet Psychiatry.* 2014; 1: 185–92.
62. Skryabina E, Taylor G, Stallard P. Effect of a universal anxiety prevention programme (FRIENDS) on children's academic performance: Results from a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016; 57: 1297–307.



10

**ANBRINGELSE AF BØRN
UDEN FOR HJEMMET**

KAPITLET PRÆSENTERER FAKTA OM BØRN, DER ER ANBRAGT UDEN FOR HJEMMET SAMT VIDENSKABELIG LITTERATUR OM DISSE BØRNS BAGGRUND OG LIVSLØB. DER ER VÆSENTLIGE HULLER I VORES VIDEN OM EMNET, FX HVORDAN MAN SIKRER DEN BEDSTE OG RETTIDIGE ANBRINGELSE, HVORDAN MAN SIKRER KVALITET I ANBRINGELSEN, HERUNDER STØTTER PLEJEFORÆLDRES FORÆLDREEVNE, SAMT HVILKE MULIGHEDER DER ER FOR AT FOREBYGGE MENTALE HELBREDSPROBLEMER OG PSYKISK SYGDOM BLANDT ANBRAGTE BØRN.

10.1 SAMMENFATNING

Omkring 0,6% af alle 0-9-årige i Danmark er anbragt uden for hjemmet svarende til ca. 4.000 børn. I de senere år er ca. 200 børn blevet anbragt uden for hjemmet inden etårsalderen, yderligere ca. 300 i 1-5-årsalderen og ca. 600 i 6-11-årsalderen (1-5). Udgangspunktet for en anbringelse er hensynet til barnets udvikling og trivsel, og baggrunden er utilstrækkelige ressourcer hos forældrene til at drage den nødvendige omsorg for barnet. Børn, der anbringes uden for hjemmet, kommer fra familier med svære sociale og helbredsmæssige problemer. Mentale helbredsproblemer, misbrug og psykisk sygdom blandt forældrene er blandt de vigtigste risikofaktorer. Der er stærk videnskabelig dokumentation for massiv psykisk sårbarhed og sygelighed hos flertallet af de børn, der er anbragt uden for hjemmet. Der er ligeledes dokumentation for, at anbragte børns prognose mht. helbred og sociale forhold ikke er god.

Dansk og international forskning efterlyser detaljeret viden om anbragte børns mentale udvikling, om plejeforældres forældreevne og om virksomme interventioner til fremme af børnenes mentale sundhed. Dansk forskning har peget på betydelige huller i vores viden om anbragte børn (1). Der mangler viden om sagsbehandlingen, om hvordan man finder et godt match mellem barn og plejefamilie, hvordan man bedst støtter plejefamilierne, i hvilke tilfælde familiepleje i barnets egen slægt er bedre for børnenes mentale helbred end andre anbringelsesformer, hvordan man kan styrke disse børns skolegang, hvordan man kan hjælpe børnene med deres mentale helbredsproblemer, samt hvilke særlige forhold der gør sig gældende for børn, der er anbragt i døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder. Den tilgængelige viden om konkrete indsatser, der kan forebygge udviklingen af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom i denne gruppe, er begrænset. Der mangler viden om metoder til at forebygge anbringelser, om metoder til at reducere traumatiske oplevelser om-

kring anbringelsen, og om hvordan man sikrer en differentieret kontakt mellem barn og biologiske forældre, der er bestemt af barnets udviklingsmæssige behov. Endelig mangler der viden om, hvilke kvalifikationer plejefamilier, døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder skal have for at reducere anbragte børns risiko for mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme. Forskningsoversigter af Egelund & Hestbæk (2003) (6), Bryderup et al. (2017) (1) og Engen (2017) (7) har efterlyst viden om, hvordan plejefamilier påvirker børns sociale og følelsesmæssige udvikling; viden om hvorvidt og i hvilket omfang børnenes kontakt med deres biologiske forældre har en positiv betydning for børnenes udvikling og fremtidige liv; viden om anbragte børns relation til søskende og andre slægtninge og om disse relationers betydning, samt viden om anbringelse af etniske minoritetsbørn.

10.2 INDLEDNING

10.2.1 Problemstilling

Anbringelse uden for hjemmet er en af de mest indgribende indsatser til forebyggelse af mentale helbredsproblemer, herunder forebyggelse af progression af eksisterende problemer. Sammenhængen mellem anbringelse uden for hjemmet og mentale helbredsproblemer er kompliceret. Dels er de anbragte børn udsat for mange tidlige risikofaktorer for mentale helbredsproblemer (fx forældre med misbrug og psykisk sygdom), dels har anbragte børn en høj forekomst af mentale helbredsproblemer, dels kan anbringelse uden for hjemmet være en risikofaktor for senere mentale helbredsproblemer, og dels er selve anbringelsen en forebyggende foranstaltning.

10.2.2 Lovgrundlag (1, 2)

Anbringelse uden for hjemmet som social hjælpeforanstaltning sker efter Lov om Social Service, §58. Loven giver hjemmel til anbringelse ud fra en konkret vurdering af, at barnets udvikling og helbred er alvorligt truet uden denne foranstaltning. Anbringelse uden for hjemmet besluttet i sjældne tilfælde før barnets fødsel, hvis forældrene helt mangler forudsætninger for at varetage omsorgen for et lille barn, fx hvis forældrene har en psykisk sygdom, er mentalt retarderede eller har et svært medicin-, alkohol- eller stofmisbrug. Anbringelse kan ske med eller uden forældrenes samtykke. Der er flere former for anbringelse uden for hjemmet: familiepleje, som er det mest almindelige, samt døgninstitutioner og socialpædagogiske opholdssteder. Der er tre former for familiepleje: almindelig familiepleje, kommunal familiepleje og netværkspleje, dvs. anbringelse hos slægtninge eller andet socialt netværk. De fleste anbringelser af 0-9-årige sker i plejefamilier, og de fleste sker med forældrenes samtykke. I yderste konsekvens kan barnet tvangsadopteret. Tvangsadoption forekommer sjældent, men med stigende hyppighed. I 2015-2019 blev der truffet afgørelse om tvangsadoption vedrørende 35 børn (8).

10.2.3 Statistiske oplysninger om anbringelser (1, 2, 4)

Omkring 0,3% af de 0-3-årige, 0,5% af de 4-6-årige og 0,8% af de 7-11-årige er anbragt uden for hjemmet, svarende til ca. 4.000 børn. Andelen af anbragte børn er således stigende med stigende alder. Årligt er ca. 200 børn blevet anbragt uden for hjemmet inden etårsalderen, yderligere ca. 300 i 1-5-årsalderen og ca. 600 i 6-11-årsalderen (3-5, 9). Der er mange grunde til anbringelse uden for hjemmet. De hyppigste grunde blandt 0-11-årige er utilstrækkelig omsorg eller omsorgs-

svigt, højt konfliktniveau eller vold i hjemmet, voldsom disharmoni i hjemmet, psykisk sygdom og/eller misbrug blandt forældre, betydelig eller varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne hos forældre, samt mentale helbredsproblemer hos børnene (10).

Varigheden af anbringelse er en vigtig faktor, dels fordi lange anbringelser øger risikoen for, at anbringelsen bryder sammen, og dels fordi lange anbringelser øger sandsynligheden for, at det går barnet godt i voksenlivet. Det er vanskeligt at finde statistiske oplysninger om varighed af anbringelser og antal skift. Den gennemsnitlige varighed af anbringelser er ca. fem år (1). Godt og vel halvdelen af de anbragte børn oplever kun ét anbringelsessted, og op imod en tredjedel af anbringelserne bryder sammen (1, 11). Afbrudte anbringelsesforløb fører oftest til genanbringelser, fordi forældrenes forudsætninger for anbringelsen ikke er ændret.

10.2.4 Sagsbehandling

Det har stor betydning for en vellykket anbringelse i plejefamilie, at der er et godt match mellem barn og plejeforældre, så familien præcis understøtter barnets behov. Det er vigtigt at sikre kontinuitet i anbringelsen, fordi gentagne anbringelser fører til kontaktbrud med voksne omsorgsgivere, plejeforældre og pædagoger, brudte relationer til jævnaldrende og afbrudte skoleforløb, som hver især og indbyrdes forstærkende er med til at øge barnets risiko for yderligere mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. Det er derfor bekymrende, at der er meget store forskelle i den kommunale praksis ved behandling af sager om anbringelse uden for hjemmet.

Forud for anbringelsen gennemfører kommunen almindeligvis en børnefaglig undersøgelse efter

Serviceovens §50 (12) og ofte en forældre-undersøgelse, hvilket der er et lovmæssigt krav om i sager om anbringelse uden samtykke (Serviceoven §59, nr. 2). Socialstyrelsen har i 2020 revideret retningslinjerne for kommunernes undersøgelse af forældrekompetence og for første gang udviklet retningslinjer for udarbejdelse af tilknytningsundersøgelser (13). Når der udarbejdes forældrekompetenceundersøgelse, sker det som led i den børnefaglige undersøgelse og indebærer undersøgelse af et eller flere børn og deres forældre mhp. at afdække det enkelte barns behov og forældrenes kompetencer til at imødekomme disse. En tilknytningsundersøgelse indgår som oftest i nogle af de mest komplekse socialsager og indebærer en helhedsvurdering af barnets tilknytning til anbringelsesstedet, forældre og eventuelt øvrigt netværk. De iværksættes som en del af den børnefaglige undersøgelse og har til formål at styrke oplysningsgrundlaget i situationer, hvor kommunen overvejer at indstille til, at et barn skal være anbragt i en videreført anbringelse eller til, at et barn skal adopteres af sin plejefamilie (13).

Der er stor enighed blandt forskere i dette område om, at et godt match mellem barnets behov og plejeforældrenes kompetencer har afgørende betydning for anbringelsens forløb og succes. Desværre er der meget lidt viden om, hvordan man finder den rigtige familie til de børn, der skal anbringes. Flere danske forskningsrapporter har rejst tvivl om, hvorvidt udredningen af barnets behov er tilstrækkelig (1, 11, 14). Ankestyrelsen (2020) (15) gennemfører en årlig undersøgelse af, om kommunerne overholder centrale krav i serviceoven, herunder krav til sagsbehandlingen i anbringelsessager. Denne undersøgelse har bl.a. vist, at i 29% af sagerne er den obligatoriske børnefaglige undersøgelse ikke gennemført, i 45% af sagerne er den obligatoriske børnesamtale ikke gennemført, og i 49% af sagerne har kommunerne

ikke udarbejdet handleplaner og/eller gennemført den obligatoriske årlige opfølgning af disse handleplaner.

10.3 VIDENSKABELIG LITTERATUR OM ANBRAGTE BØRN

10.3.1 International forskning

Anbringelse af børn uden for hjemmet udfolder sig forskelligt i forskellige lande, og indsatsen er nært knyttet til samfundets samlede socialpolitik og samfundsforhold. Derfor er det vanskeligt at generalisere studier fra andre lande til danske forhold. Her fremhæver vi nogle fund fra nyere internationale forskningsoversigter, som med stor sandsynlighed også har gyldighed i Danmark.

Både danske og internationale studier har konsistent fundet, at børn, der er anbragt uden for hjemmet, har en forhøjet forekomst af udviklings- og adfærdsproblemer, mentale helbredsproblemer, stof- og alkoholmisbrug og selvmordsadfærd (16–19). Inden børnenes første anbringelse har mange af dem oplevet belastende betingelser såsom fysisk og emotionelt omsorgssvigt og/eller overgreb, hvilket fører til udviklingsmæssige forsinkelser samt fysiske og mentale helbredsproblemer (4, 20, 21). Egelund & Hestbæk (2003) (6) publicerede en oversigt af 654 empiriske studier om anbringelse uden for hjemmet, primært fra de nordiske lande, og Andersen & Jensen (2016) (11) samt Bryderup et al. (2017) (1) har publiceret en tilsvarende forskningsoversigt i de senere år. Forskningsoversigterne tegnede entydigt det billede, at anbragte børn kom fra familier med svage socioøkonomiske ressourcer og ophobning af sociale problemer (fx fattigdom, kriminalitet, misbrug, psykisk sygdom og vold i familien). Dertil kommer, at mange af forældrene selv har været anbragt som børn. Børnene havde markant

forhøjet forekomst af indlæringsproblemer, sociale problemer i skolen, antisocial adfærd og psykiske problemer. Selv om det gik nogle af børnene godt, så var deres prognose alt i alt dårlig med en høj forekomst af tidligt skoleophør, arbejdsløshed, svag økonomi, helbredsproblemer, sociale problemer og tidlig død. Forskningsoversigterne beskrev, at selv langvarige anbringelser uden for hjemmet ikke formåede at bringe børnene på niveau med deres jævnaldrende mht. skolepræstationer og uddannelse. Forskningsoversigterne viste en høj risiko for genanbringelse, dvs. et ustabil forløb. Der var muligvis særlige forhold for familiepleje i barnets egen slægt, som ofte var mere stabile. Her udviklede børnene sig lige så godt som jævnaldrende, og børnene havde bedre kontakt med deres biologiske forældre. To nyere internationale forskningsoversigter (22, 23) og et dansk studie (24) fandt ingen større forskel på genanbringelse mellem børn, der var anbragt i plejefamilier i egen slægt eller andre plejefamilier. Den afgørende faktor er formentlig, om familien har tilstrækkelige ressourcer og forældreevne (11, 24).

Engler et al. (2020) (25) har beskrevet forekomsten af psykisk sygdom blandt anbragte 0-18-årige børn og unge baseret på 25 studier fra den vestlige verden publiceret efter 2000. Den overordnede konklusion var ligesom i de danske studier (se kapitel 10.3.2), at anbragte børn havde meget høje forekomster af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom, især adfærdsproblemer, depression, posttraumatisk stress og reaktive tilknytningsproblemer. Forfatterne konkluderede, at man bør tage børnenes mentale helbredsproblemer langt mere alvorligt ved valg af anbringelsesform, end det sædvanligvis gøres. Lohr & Jones (2016) (26) samt Turney & Wildeman (2016) (20) bekræftede dette billede af en stærkt forhøjet forekomst af psykisk sygdom blandt anbragte børn, fx af attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), posttrau-

matisk stress og reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Nye studier fra Storbritannien og USA har vist, at selve anbringelsen eller forhold i plejefamilien er en lige så vigtig risikofaktor for udvikling af adfærdsproblemer hos mindre børn som barnets udviklingshistorie (20, 27, 28). Et studie af en meget stor studiepopulation i USA analyserede forskelle i livsløb mellem børn der havde og ikke havde været anbragt uden for hjemmet (29). Hovedresultatet var, at anbragte børn som voksne havde en kraftigt forøget forekomst af sociale og helbredsrelaterede problemer såsom kronisk sygdom, dårligt selvvurderet helbred, akutte helbredsproblemer, tidligt skoleophør, fattigdom og at forblive ugift. Forskningen om anbragte børn rummer også rapporter om positive resultater af anbringelse uden for hjemmet. Fx viste et kvalitativt studie fra Holland (30), der var baseret på interviews med 16-28-årige, som havde været anbragte som børn, at anbringelsen havde givet en følelse af at høre til, oplevelsen af støtte, oplevelsen af et normalt familieliv, oplevelsen af at det blev bedre end før anbringelsen og oplevelsen af personlig vækst.

Engen (2017) (7) har opsummeret nogle af de vigtigste videnskuller: Der mangler opdateret viden og forskning om væsentlige kendetegn ved familieplejere i Danmark og om familiepleje som indsatsform og omsorgsmiljø for udsatte børn. Ligeledes mangler der forskning om, hvordan karakteristika ved familieplejen har indflydelse på de anbragte børns adfærd og følelsesmæssige udvikling. Er der fx træk ved familieplejen, som kan forværre børnenes problemer, og som kan understøtte de anbragte børns positive udviklingsprocesser. Endvidere mangler der viden om, hvordan familieplejen fungerer som dagligt omsorgsmiljø. Der er god dokumentation for, at en god følelsesmæssig tilknytning mellem plejeforældre og anbragte børn er en af de vigtigste forudsætninger for et vellykket plejeforhold, og at et godt match

mellem plejeforældre og barn er afgørende for en god anbringelse (7).

10.3.2 Danske studier

Der er flere studier af anbragte børn fra Danmark. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (tidligere Socialforskningsinstituttet (SFI)) har fx en forløbsundersøgelse af alle danske børn født i år 1995, der var eller tidligere havde været anbragt uden for hjemmet (14, 31, 32). Den første rapport fra studiet omhandlede de første syv år af børnenes liv (n=576) og var baseret på interview med forældre og data fra socialforvaltninger og anbringelsessteder (14). Rapporten beskrev børnene som ekstraordinært socialt udsatte. De kom overvejende fra brudte familier eller eneforsørgerfamilier og var ofte født af meget unge mødre. Halvdelen af forældrene havde ikke skoleuddannelse ud over 9. klasse, og under en tredjedel af de anbragte børns forældre havde en erhvervsuddannelse. Tre ud af fire forældre var marginaliserede på arbejdsmarkedet (fx arbejdsløse eller førtidspensionister) og havde lave indkomster, og 40% af de anbragte børn havde mindst én forælder, der har været anbragt som barn; 44% af forældre havde handicap eller langvarig sygdom (især psykiske sygdomme), og over 40% af forældrene havde eller havde haft et stort forbrug af alkohol, hash, narkotika eller angstdæmpende/beroligende medicin. Mange af forældrene havde levet et liv præget af vold og kriminalitet og med ringe muligheder for at hente hjælp i familien. Også børnene havde markant oversygelighed, især med diagnoser som psykisk udviklingshæmning, hyperaktivitet, adfærdsvanskeligheder, emotionelle problemer og problemer i forholdet til jævnaldrende (14). De havde også flere indlæringsproblemer og sociale problemer i begyndelsen af skoleforløbet end deres jævnaldrende. Over halvdelen af børnesagerne var startet under

moderens graviditet, eller inden barnet fyldte et år. En fjerdedel af børnene blev anbragt inden de blev et år gamle, en anden fjerdedel inden de blev fire år gamle. Relativt mange af børnene havde søskende, som også var anbragt uden for hjemmet. Dette billede af anbragte børn som en ekstraordinært belastet gruppe bekræftes af den omfattende undersøgelse fra Bryderup et al. (2017) (1).

Den næste rapport fra forløbsundersøgelsen viste status, da børnene var 11 år gamle (31, 33), baseret på interview med børnene selv samt data fra anbringelsessted, socialforvaltning og Danmarks Statistiks registre. På dette tidspunkt havde hvert tiende af børnene oplevet, at deres mor eller far var døde. Forældrenes oversygelighed var fortsat markant, idet 45% af de anbragte børns mødre og 28% af fædrene havde en psykiatrisk diagnose. Rapporten præsenterede årsagerne til, at de nu 11-årige børn var anbragt uden for hjemmet: 43% var anbragt pga. forsømmelse/vanrøgt, 41% på grund af forældrenes misbrug af alkohol og/eller stoffer, 37% pga. barnets adfærdsproblemer, 30% pga. forældrenes psykiske problemer/psykiske sygdomme og 29% pga. barnets skoleproblemer. De anbragte børn havde fortsat i elleveårsalderen en markant overhyppighed af handicap, langvarige sygdomme, samt psykiske problemer såsom adfærdsvanskeligheder, emotionelle problemer, hyperaktivitet, problemer i forholdet til jævnaldrende samt lav livstilfredshed. De havde også en overhyppighed af indlæringsproblemer og en tilværelse, der var præget af færre fritidsaktiviteter og svage sociale relationer til slægtninge. Rapporten viste også nogle positive sider af disse børns tilværelse, fx at 88% af børnene højest havde været anbragt to steder, og i de fleste tilfælde var der et godt samarbejde mellem anbringelsesstedet og børnenes forældre. Den nyeste rapport fra forløbsundersøgelsen bekræfter den internationale forskning ved at vise, at tidligere anbragte

går ind i voksenlivet med store problemer (33). Undersøgelsen omhandler 1.189 personer født i 1995, der har været anbragt uden for hjemmet, og som nu er blevet 18 år gamle. Undersøgelsen viste en høj forekomst af psykiatriske diagnoser (46%), ensomhed, lavt selvværd, offer for kriminalitet, mange skoleskift, tidligt skoleophør, lavt karaktergennemsnit, tidlig ryge- og drikke debut og brug af rusmidler. Problemerne var mest udtalte for unge, der var anbragt uden for hjemmet i sen alder, som teenagere. Nye tal har vist, at 44% af alle anbragte børn har fået en psykiatrisk diagnose som 19-årige (17) mod 15% af alle børn generelt (34). Tidligere anbragte unge havde en stærkt forhøjet forekomst af diagnosticeret ADHD og autismespektrumforstyrrelser (ASF) (3). VIVE har også publiceret flere undersøgelser af anbragte børn, der er ældre end ti år, som ikke omtales her (33, 35, 36).

Rockwoolfonden har gennemført en række undersøgelser af anbringelser og anbragte børn (se fx Andersen & Fallesen 2013 (24), Andersen & Jensen 2016 (11), som er citeret i afsnittene ovenfor. Et af de sundhedsvidenskabeligt interessante fund er, at lav fødselsvægt giver øget risiko for senere anbringelse uden for hjemmet, hvilket forskerne fortolker således, at den lave fødselsvægt indikerer større sårbarhed (24). Institut for Sociologi og Socialt Arbejde på Aalborg Universitet er ligeledes centralt i det danske forskningsmiljø om anbringelse af børn og familiepleje (se fx Bryderup et al. 2017 (1)).

10.3.3 Forebyggende indsatser for anbragte børn

Anbragte børn har en betydeligt forhøjet forekomst af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom. De bør derfor tilbydes den nødvendige børne- og ungdomspsykiatriske undersøgelse og behandling, ligesom plejefamilierne bør tilbydes viden om barnets vanskeligheder, løbende

supervision samt støtte til aflastning. Hambrick et al. (2016) (37) har taget udgangspunkt i den erkendelse, at anbragte børn ofte har alvorlige og sammensatte mentale helbredsproblemer, som gør det vanskeligt at tilrettelægge en forebyggende indsats for dem. Forfatterne sammenfattede resultater fra ti interventionsprogrammer for 0-12-årige anbragte børn, hvor seks af de ti interventioner var udviklet specifikt til anbragte børn. Fælles for de ti programmer var, at deres effekt blev evalueret i mindst et kontrolleret studie. To af programmerne er fremhævet i nærværende rapport: De Utrolige År (DUÅ) og Keeping Foster Parents Trained and Supported (KEEP). De ti programmer var vidt forskellige, rettede sig mod både børn og plejeforældre, rummede både selektiv og indikeret indsats, havde vidt forskellige formål og effekter, men fælles for dem var, at de havde en dokumenteret (ofte beskeden) positiv effekt på nogle af børnenes mentale helbredsproblemer. Et program, som i studier fra USA, Holland og Sverige har vist positive effekter på anbragte mindre børns mentale helbredsproblemer, er the Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P) (38, 39). Et amerikansk studie har fx dokumenteret, at børn i plejefamilier, som har anvendt Parent Management Training – Oregon (PMTO), har større sandsynlighed for genforening med deres familie (40). Programmet er nu omdøbt til Treatment Foster Care Oregon (TFCO). Et andet program, som har vist sig at være effektivt i flere internationale studier, er Attachment Biobehavioral Catch-up (41). Der er tale om en ti ugers indsats i hjemmet for plejefamilier med børn mellem seks måneder og to år, en indsats som lærer plejeforældrene om omsorg og samspil med deres børn. Ud fra en gennemgang af ti kontrollerede studier konkluderede forfatterne, at programmet bidrager til forbedret regulering af barnets følelser, reducerer internalisering og ekster-nalisering og styrker tilknytningen. En metaanalyse af Schoemaker et al. (2020)

(42) vurderede effekten af støtteprogrammer for forældre i plejefamilier. De konkluderede, at sådanne programmer – i det mindste på kort sigt – kunne hjælpe forældrene til at blive mere sensitive, bedre til at håndtere disciplinære problemer og mindre stressede, ligesom der sås positiv effekt mht. at reducere adfærdsproblemer, mens der ikke så ud til at være positive effekter på de anbragte børns tilknytningssikkerhed og stress. De langsigtede virkninger af sådanne støtteprogrammer er ukendte. To programmer, som benyttes i Danmark, omtales herunder.

Keeping Foster Parents Trained and Supported (KEEP)

KEEP er et gruppebaseret, forebyggende kursusforløb for plejefamilier, som fokuserer på at styrke plejeforældres kompetencer til at forebygge og håndtere plejebarnets problemadfærd hensigtsmæssigt. KEEP er udviklet til at give plejeforældre konkrete værktøjer, der kan bidrage til at fastholde børnene i plejefamilien og skabe et sikkert og trygt udviklingsmiljø. En opgørelse af Price et al. (2015) (43) har dokumenteret, at KEEP-interventionen havde positiv effekt på 5-12-årige børns adfærdsproblemer og forældrestress (også hvis der var flere børn i plejefamilien), men kun hvis interventionen blev gennemført af professionelle. En evaluering fra Danmark i plejefamilier for 7-12-årige børn (44) viste, at KEEP var implementeret som foreskrevet i manualen, at plejeforældrene oplevede børnenes udfordringer som mindre stressende efter at have deltaget i KEEP, men at der ikke var statistisk sikre effekter på børnenes mentale helbred vurderet med spørgeskemaet Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

De Utrolige År Børnehave og Skole (DUÅ-Børnehave og skole)

DUÅ-Børnehave og skole er en gruppebaseret metode, som kan benyttes af pædagoger og

lærere, der arbejder med 3-8-årige børn. Delta-gerne lærer forskellige pædagogiske metoder til at fremme social adfærd og mindske problemadfærd blandt børn. Metoden er også afprøvet i plejefamilier (45). Et forsøg i plejefamilier i Wales viste en signifikant reduktion i problemadfærd hos børnene og forbedring af plejeforældrenes humør og forældreadfærd (46). Et studie i USA viste, at metoden bidrog til forbedret forældreadfærd og samarbejde om barnet hos både plejeforældre og biologiske forældre. Der var også effekt på børnene i form af mindre udadrettet adfærd (47). Metoden er afprøvet i Danmark i et forsøg med plejeforældre til 84 5-12-årige børn. Plejeforældrene oplevede børnenes udfordringer som mindre stressende efter at have deltaget i et KEEP-forløb, og at de havde lært at tilføre mere ro og overskud i dagligdagen for både plejeforældre og børn. Der var ingen signifikant forbedring i børnenes mentale helbred målt med SDQ (44).

10.4 REFERENCER

- Bryderup IM, Engen M, Kring S. Familiepleje i Danmark. Aarhus: Klim; 2017.
- Ankestyrelsen. Anbringelsesstatistik. Årsstatistik 2015. København: Ankestyrelsen; 2016.
- Kommunernes Landsforening (KL). Udsatte børn - Nøgletal 2020. København: KL; 2020.
- Danmarks Statistik. Fortsat færre anbragte børn i 2018. 2019. Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=28159>.
- Social- og Indenrigsministeriet. Anbringelser af spædbørn. 2020. Available from: https://sim.dk/media/38305/kort_fortalt_anbringelser_af_spaedboern_sep2020_t.pdf.
- Egelund T, Hestbæk AD. Anbringelse af børn og unge uden for hjemmet. En forskningsoversigt. København: Socialforskningsinstituttet; 2003.
- Engen M. Forskning om familieplejere. I: Brydereup I, Engen M, Kring S, eds. Familiepleje i Danmark. Aarhus: Klim; 2017: 218–56.
- Faktalink. Definition og statistik. Available from: <https://faktalink.dk/titelliste/tvangsfjernelse-af-born/definition-og-statistik>.
- Børne- og Socialministeriet. Analyse af kontinuitet i anbringelser af børn og unge. 2018. Available from: <https://www.ft.dk/samling/2017/almdelel/SOU/bilag/246/1893965.pdf>.
- Danmarks Statistik. Udslagsgivende årsager til iværksatte anbringelser efter landsdel, årsag til anbringelse, alder og køn. 2021. Available from: <https://www.statistikbanken.dk/ANBAAR10>.
- Andersen SH, Jensen B. Anbringelser. Historik, omfang, årsager og virkemidler. København: Rockwool Fonden og Gyldendal; 2016.
- Social- og Ældreministeriet. Børnefaglig undersøgelse. Available from: <https://sm.dk/arbejdsomraader/udsatte-boern-og-unge/sagsbehandling/boernefaglig-undersogelse>.
- Socialstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse og anvendelse af forældrekompetence-undersøgelser. Odense: Socialstyrelsen; 2021.
- Egelund T, Hestbæk AD, Andersen D. Små børn anbragt uden for hjemmet. En forløbsundersøgelse af anbragte børn født i 1995. København: Socialforskningsinstituttet; 2004.
- Ankestyrelsen. Børnesagsbarometret 2020. København: Ankestyrelsen; 2020.
- Kääriälä A, Hiilamo H. Children in out-of-home care as young adults: A systematic review of outcomes in the Nordic countries. *Child Youth Serv Rev*. 2017; 79: 1491–503.
- Lausten M. Anbragte unge med psykiske vanskeligheder. København: VIVE; 2018.
- Doyle C, Cicchetti D. From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clin Psychol*. 2017; 24: 203–17.
- Vasileva M, Petermann F. Attachment, development, and mental health in abused and neglected preschool children in foster care: A meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2018; 19: 443–58.
- Turney K, Wildeman C. Mental and physical health of children in foster care. *Pediatrics*. 2016; 138: e20161118.
- Turney K, Wildeman C. Adverse childhood experiences among children placed in and adopted from foster care: Evidence from a nationally representative survey. *Child Abuse Negl*. 2017; 64: 117–29.
- Leloux-Opmeer H, Kuiper C, Swaab H, Scholte E. Characteristics of children in foster care, family-style group care, and residential care: A scoping review. *J Child Fam Stud*. 2016; 25: 2357–71.
- Leloux-Opmeer H, Kuiper C, Swaab H, Scholte E. Similarities and differences in the psychosocial development of children placed in different 24-h settings. *J Child Fam Stud*. 2018; 27: 1299–310.
- Andersen S, Fallesen P. Når man anbringer et barn II. Årsager, effekter af anbringelsesforanstaltninger og konsekvenser. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag; 2013.
- Engler AD, Sarpong KO, Van Horne BS, Greeley CS, Keefe RJ. A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma Violence Abuse*. 2020. Online ahead of print.
- Lohr WD, Jones VF. Mental health issues in foster care. *Pediatr Ann*. 2016; 45: e342–8.
- Hillen T, Gafson L. Why good placements matter: Pre-placement and placement risk factors associated with mental health disorders in pre-school children in foster care. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2015; 20: 486–99.

28. Perry KJ, Price JM. Concurrent child history and contextual predictors of children's internalizing and externalizing behavior problems in foster care. *Child Youth Serv Rev.* 2018; 84: 125–36.
29. Zlotnick C, Tam TW, Soman LA. Life course outcomes on mental and physical health: The impact of foster care on adulthood. *Am J Public Health.* 2012; 102: 534–40.
30. Steenbakkers A, van der Steen S, Grietens H. On the bright side: Young people's most positive memories of family foster care. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021; 26: 544–55.
31. Egelund T, Andersen D, Hestbæk AD, Lausten M, Knudsen L, Olsen RF, Gerstoft F. Anbragte børns udvikling og vilkår. Resultater fra SFIs forløbsundersøgelser af årgang 1995. København: SFI; 2008.
32. Lausten M, Jørgensen T. Anbragte børn og unges trivsel 2016. København: SFI; 2017.
33. Lausten M, Frederiksen S, Olsen RF. Tidligere anbragte unge – 18 år og på vej mod voksenlivet. Forløbsundersøgelse af tidligere anbragte unge født i 1995. København: VIVE; 2020.
34. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, Wimberley T, Thygesen M, Madsen KB, Timmerman A, Schendel D, McGrath JJ, Mortensen PB, Pedersen CB. Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry.* 2020; 77: 155–64.
35. Mehlbye J, Bolvig I, Kloppenborg HS. Børn og unge anbragt i familiepleje – anbringelsesgrundlag, støtte under anbringelsen og børnenes trivsel. København: VIVE; 2018.
36. Bolvig I, Almlund M, Eriksen T, Jensen M, Kloppenborg HS, Mehlbye J. Støtteforanstaltninger til børn anbragt i plejefamilie og deres plejeførelde. København: VIVE; 2019.
37. Hambrick EP, Oppenheim-Weller S, N'zi AM, Taussig HN. Mental health interventions for children in foster care: A systematic review. *Child Youth Serv Rev.* 2016; 70: 65–77.
38. Jonkman CS, Schuengel C, Oosterman M, Lindeboom R, Boer F, Lindauer RJL. Effects of Multidimensional Treatment Foster Care for Preschoolers (MTFC-P) for young foster children with severe behavioral disturbances. *J Child Fam Stud.* 2017; 26: 1491–503.
39. Westermark PK, Hansson K, Olsson M. Multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from an independent replication. *J Fam Ther.* 2011; 33: 20–41.
40. Akin BA, McDonald TP. Parenting intervention effects on reunification: A randomized trial of PMTO in foster care. *Child Abuse Negl.* 2018; 83: 94–105.
41. Grube WA, Liming KW. Attachment and biobehavioral catch-up: A systematic review. *Infant Ment Health J.* 2018; 39: 656–73.
42. Schoemaker NK, Wentholt WGM, Goemans A, Vermeer HJ, Juffer F, Alink LRA. A meta-analytic review of parenting interventions in foster care and adoption. *Dev Psychopathol.* 2020; 32: 1149–72.
43. Price JM, Roesch S, Walsh NE, Landsverk J. Effects of the KEEP Foster Parent Intervention on child and sibling behavior problems and parental stress during a randomized implementation trial. *Prev Sci.* 2015; 16: 685–95.
44. Oxford Research, CEBR (CBS), PwC. Evaluering af afprøvningen af metoden "Keeping foster parents trained and supported (KEEP)." Frederiksberg: Socialstyrelsen; 2017.
45. Møller MØ, Iversen K. Systematisk review af effektviden om "De Utrolige År" (DUÅ): Et forskningsnotat om DUÅ børne-, forældre- og lærerprogrammer. København: KORA; 2015.
46. Bywater T, Hutchings J, Linck P, Whitaker C, Daley D, Yeo ST, Edwards RT. Incredible Years parent training support for foster carers in Wales: A multi-centre feasibility study. *Child Care Health Dev.* 2011; 37: 233–43.
47. Linares LO, Montalto D, Li M, Oza VS. A promising parenting intervention in foster care. *J Consult Clin Psychol.* 2006; 74: 32–41.

11

**INDIKERET FOREBYGGELSE
AF MENTALE
HELBREDSPROBLEMER OG
PSYKISK SYGDOM**

KAPITLET GIVER EN SAMLET FREMSTILLING AF INDIKERET FOREBYGGELSE, SOM ER TILTAG TIL BØRN, SOM EFTER EN INDIVIDUEL UNDERSØGELSE ER VURDERET TIL AT VÆRE I SÆRSKILT RISIKO, FORDI DE HAR BEGYNDENDE ELLER MILDE SYMPTOMER PÅ PSYKISK SYGDOM. IKKE I EN GRAD OG ET OMFANG, SÅ DE SKAL HENVISES TIL SPECIFIK BEHANDLING, MEN FORDI DERES UDVIKLING VILLE KUNNE FORBEDRES BETRAGTELT, HVIS FOREBYGGELSE BLEV IVÆRKSAT, DER KAN REDUCERE UDVIKLINGEN AF BEGYNDENDE ELLER MILDE SYMPTOMER PÅ PSYKISK SYGDOM. KAPITEL 7, 8 OG 9 PRÆSENTERER FLERE INDSATSER, SOM ANVENDES I FLERE REGIER, OG HVOR DEN FOREBYGGENDE INDSATS ER BESTEMT AF EN SÆRLIG RISIKO HOS BARNET ELLER AF VELDEFINEREREDE SYMPTOMER HOS BARNET.

11.1 SAMMENFATNING

Indikerede individualiserede indsatser målrettet mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige børn foregår i Danmark dels som udløbere af de universelle indsatser i kommunerne og almen praksis og dels i forbindelse med patientrettede tiltag i sundhedsvæsenet. I kommunernes socialforvaltninger foregår sådanne indsatser efter principper som de selekterede indsatser beskrevet i tidligere kapitler. Der kan være glidende overgange mellem at tilhøre en risikogruppe, fx barn af

forældre der er psykisk og/eller socialt belastet og være et barn, der selv frembyder tegn på mentale helbredsproblemer, fx adfærdsproblemer. Og flere af de metoder, som nævnes i de foregående kapitler om selektive indsatser, går igen i dette kapitel.

En indikeret individualiseret forebyggelse til et barn med mentale helbredsproblemer eller tegn på psykisk sygdom starter med en individuel diagnostisk undersøgelse, hvorfra det afgøres, hvilke specifikke tiltag, der er påkrævet for at reducere risikoen for forværrede problemer. Det afklares herunder, om

der er problemer fra flere udviklingsområder, som forebyggelsen skal adressere. Uanset indsatsens karakter, gælder det for al forebyggelse til 0-9-årige børn, at forældrene har den centrale rolle, og at det er uomgængelig nødvendigt med tæt samarbejde mellem kommunernes socialforvaltning, pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR), speciallæger og hospitalsafdelinger.

Der er sket en markant udvikling på dette område de seneste 20 år. Validerede undersøgelsesmetoder og standardiserede diagnostiske instrumenter er implementeret i børne- og ungdomspsykiatrien. Det betyder, at en børnepsykiatrisk undersøgelse udover at munde ud i en specifik diagnose, fx autismespektrumforstyrrelser (ASF), også vil kunne vise begyndende symptomer på en anden sygdom, fx depressive symptomer, som kan adresseres på forebyggende vis, før en egentlig depression udvikles. I kommunerne bliver standardiserede udviklingsbeskrivelser stadig mere udbredt, fx til at afklare et uroligt og adfærdsforstyrret børnehavebarns behov for en individualiseret indsats. Blandt de individualiserede indsatser har mange kommuner implementeret forældreprogrammer evalueret i kontrollerede forsøg til fx psykosocialt belastede familier og børn med adfærdsproblemer (se kapitel 7-9).

Når det gælder en systematisk forebyggelse rettet imod forværring af tidlige tegn på mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos 0-9-årige i Danmark, er den indikerede forebyggelse imidlertid mangelfuld, ikke mindst i de perioder af barnets udvikling, hvor forebyggelse vil kunne være mest afgørende: spæd- og småbarnperioden (0-2 år) og tiden omkring skolestart (5-6 år). Vi mangel konkret viden om forebyggende indsatser, som er baseret på kontrollerede effektstudier, særligt i populationer som kan sammenlignes med danske 0-9-årige. Forskningen på dette område er ved at komme i gang i Danmark, men der mangler

indtil videre forskningsmæssig dokumentation for indsatser, som på effektiv vis kan fremme udvikling, læringsmuligheder og sociale funktioner hos danske 0-9-årige med mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom.

11.2 INDLEDNING

Indikeret forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom hos 0-9-årige omfatter individualiserede indsatser, som har til formål at forhindre forværring af barnets symptomer, fremme af barnets udvikling, læringsmuligheder og sociale funktioner samt forebyggelse af komplikationer og udvikling af komorbide sygdomme.

Fælles for sådanne indsatser er, at en fagprofessionel, dvs. en psykolog, læge, pædagog, sundhedsplejerske eller sagsbehandler har undersøgt barnet og herudfra vurderet, at intervention er påkrævet af hensyn til barnets udvikling, psykomotorisk, kognitivt, følelsesmæssigt eller socialt. Optimalt tager en indikeret indsats udgangspunkt i en systematisk evaluering af barnets udvikling og mentale helbredsprofil, som både omfatter den kognitive udvikling, adfærd og følelsesmæssige forhold. Mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme hos børn optræder ofte sammen, således at et barn både kan have udviklingsproblemer, problemer med adfærd og/eller følelsesmæssige problemer. Det er vigtigt at afklare komorbiditet, dvs. om der forekommer symptomer på flere sygdomme for at sikre, at alle aspekter af det mentale helbred indgår, når en indikeret indsats tilrettelægges.

Rammerne for individualiserede indsatser kan være hjemmet, daginstitution, skole, behandlingsinstitution eller en hospitalsafdeling. Forældrene er hovedaktører, og forældrenes forståelse og motivation for en given indsats er afgørende for, hvorvidt indsatsen kommer i gang og bliver

gennemført efter formålet. Samarbejdet omkring individualiserede forebyggende indsatser omfatter pædagoger, lærere, psykologer og sagsbehandlere i kommunen, som alle har en vigtig opgave ift. forældrenes udbytte af en given indsats. Hvis barnet har omfattende mentale helbredsproblemer eller viser symptomer svarende til en egentlig psykisk sygdom, er det nødvendigt med børnepsykiatrisk specialbehandling under indlæggelse eller ambulant eller via børnepsykiatrisk konsulentbistand til fx skole, specialskoler eller specialinstitutioner. På en børne-unge-afdeling eller en børne-ungdomspsykiatrisk afdeling kan en indikeret indsats omfatte en specifik indsats, der er målrettet en anden problemstilling end den, barnet primært blev henvist for. Et eksempel kan være et barn, som behandles på børne- og ungeafdelingen for overvægt eller diabetes, som har følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer, der belaster barnet og forringer dets muligheder for at få gavn af den somatiske behandling; eller et barn, der behandles på børne-ungdoms-psykiatrisk afdeling for forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)), som har begyndende tegn på depression, som i så fald skal adresseres specifikt. Også på børne-unge-afdelingen og på børne-ungdomspsykiatrisk afdeling er det altafgørende, at forældrene indgår i alle faser af et indsatsforløb, uanset problemernes karakter og omfang (1, 2).

I dette kapitlet tager vi udgangspunkt i specifikke mentale helbredsproblemer og begyndende tegn på psykisk sygdom, som en individualiseret forebyggelse kan rette sig imod: a) generelle udviklingsproblemer, generel udviklingsforsinkelse og mental retardering, b) specifikke udviklingsproblemer og sprogudviklingsproblemer, c) symptomer på ASF, d) problemer med koncentration, opmærksomhed og hyperaktivitet (ADHD) og symptomer på ADHD, e) adfærdsproblemer og

symptomer på adfærdforstyrrelser, f) følelsesmæssige problemer og symptomer på angsttilstande og depression, g) spiseproblemer og symptomer på spiseforstyrrelser samt h) forstyrret tilknytning og symptomer på sociale funktionsforstyrrelser.

11.3 BARNETS UDVIKLINGSMÆSSIGE BEHOV ER UDGANGSPUNKTET

Individualiserede forebyggende indsatser, der er målrettet et barns mentale helbred og tegn på psykisk sygdom, tager udgangspunkt i forældrenes viden og forståelse for deres barns udviklingsmæssige funktion og behov. En væsentlig del af en sådan indsats er derfor, at barnets problemer er systematisk afklaret, og at forældrene har fået en feedback, som gør det muligt for dem at genkende barnets problemer. Herudover skal de oprustes med viden om børns udviklingsmæssige behov, og mht. hvad de selv kan gøre for at hjælpe barnet. Noget af dette indgår i begrebet psykoedukation til forældre (3). Det er altid svært og meget belastende for forældre at skulle erkende, at deres barn er mentalt sårbar eller har mentale helbredsproblemer eller tegn på psykisk sygdom. Her bliver en professionelt kyndig, vidensbaseret og empatisk kommunikation med forældrene en afgørende forudsætning for forældres tillid, motivation og i sidste ende for effekten af indsatsen. Når forældrene forstår barnets vanskeligheder i et udviklingsperspektiv, vil de være i stand til at komme videre med konkrete indsatser.

Psykoedukation betyder, at forældrene undervises i, hvad barnets specifikke vanskeligheder indebærer, og at de lærer hvilke former for forældreadfærd, der kan være med til at begrænse, vedligeholde eller forstærke barnets problemer. Et afgørende mål for psykoedukationen er, at forældrene opnår indsigt i, hvordan de med deres adfærd kan fremme barnets mentale udvikling og sundhed (4). Forældrene kan fx blive uddannet i, hvordan bar-

nets vanskeligheder ved kontakt og socialt samspil kan komme til udtryk, eller hvordan vanskeligheder med opmærksomhed, koncentration og afledelighed influerer på barnets adfærd, og på hvilke måder de i dagligdagen kan hjælpe barnet, fx med struktur og forudsigelighed og aktiviteter, der er tilpasset barnets konkrete udviklingstrin.

Nedenfor vises en oversigt over elementer i indikeret individualiseret forebyggelse til de mest hyppige former for mentale helbredsproblemer og tegn på psykisk sygdom (4):

Generelle udviklingsproblemer, generel udviklingsforsinkelse og mental retardering

- › Specielt tilpasset udviklingsstøtte, der tager udgangspunkt i en kortlægning af barnets kognitive, følelsesmæssige og sociale udvikling.
- › Forældrerådgivning, -vejledning og -uddannelse.
- › Afhængigt af problemernes omfang, supplerende individualiseret støtte i dagligdagen, specialundervisning og specialpædagogisk indsats.
- › Børn med generelle udviklingsforsinkelser oplever potentielt mange nederlag i dagligdagen, og indikerede indsatser for disse børn skal inkludere indsatser for at tilpasse kravene til barnet til dets reelle udviklingsniveau og herudfra fremme barnets indlæring og mindske følelsesmæssige belastninger i dagligdagen.

Specifikke udviklingsproblemer, udviklingsforstyrrelser og sprogudviklingsproblemer

- › Specifik støtte med udgangspunkt i en detaljeret kortlægning af barnets udvikling.
- › Forældrerådgivning og vejledning, fx af talepædagog.
- › Afhængigt af problemernes omfang uden specifik behandling, fx talepædagogisk behandling.

- › Børn med specifikke udviklingsforsinkelser og herunder forsinket sprogudvikling har en øget risiko for adfærdsproblemer og følelsesmæssige problemer. Indikerede indsatser til disse børn skal derfor inkludere specifikke indsatser, fx mhp. at fremme barnets sprog eller indlæring og mindske følelsesmæssige belastninger i dagligdagen.

Symptomer på autismspektrumforstyrrelser

- › Specielt tilpasset udviklingsstøtte, der tager udgangspunkt i en kortlægning af barnets kognitive, følelsesmæssige og sociale udvikling.
- › Rådgivning af forældre; psykoedukation; forældretræning, dvs. uddannelse af forældre til at forstå og håndtere barnets særlige vanskeligheder på en sensitiv måde, inkl. barnets vanskeligheder med kontakt, socialt samspil og afvigende adfærd.
- › Forældreintervention baseret på videofeedback tilpasset ASF har vist symptomreduktion hos børn med ASF diagnosticeret i alderen 2-4 år (5) og lovende resultater for 7-10-måned gamle børn med høj familierisiko for ASF (6).
- › De fleste børn med symptomer på ASF har brug for individualiseret støtte i dagligdagen, specialundervisning og specialpædagogisk indsats (7).
- › Børn med problemer inden for autismspektrumområdet har øget risiko for indlæringsproblemer, adfærdsproblemer og følelsesmæssige problemer, og indikerede indsatser for disse børn skal inkludere indsatser mhp. at fremme barnets indlæring, regulere dets adfærd og mindske følelsesmæssige belastninger i dagligdagen.

Problemer med koncentration, opmærksomhed og hyperaktivitet og symptomer på ADHD

- › Specielt tilpasset udviklingsstøtte der tager udgangspunkt i en kortlægning af barnets kognitive, følelsesmæssige og sociale udvikling (8).
- › Forældrerådgivning, -vejledning, -uddannelse og -træning.
- › Forældretræningsprogrammet New Forest Parenting Programme (NFPP) har vist effekt mht. at reducere ADHD-symptomer hos børn i førskolealderen. Dette er bl.a. afprøvet i Danmark (9). Et randomiseret kontrolleret multicenterstudie har sammenlignet forældretræningsprogrammet De Utrolige År (DUÅ) med NFPP hos børn i alderen 33-54 måneder og fundet, at begge programmer har klinisk effekt, men NFPP var mindre omkostnings tung (10). Et dansk randomiseret kontrolleret studie har vist effekt af NFPP på helbredsrelateret livskvalitet blandt 3-7-årige og påvist, at øget forældrekompetence og reduceret stress i familien medierede denne effekt (11). NFPP er nærmere omtalt i kapitel 7.5.2 og DUÅ i kapitel 7.4.2 og 7.5.2.
- › Børn med ADHD-symptomer har øget risiko for indlæringsproblemer, adfærdsproblemer og følelsesmæssige problemer. Indikerede indsatser for disse børn skal derfor inkludere indsatser mhp. at fremme barnets indlæring, regulere dets adfærd og mindske følelsesmæssige belastninger i dagligdagen.

Adfærdsproblemer og symptomer på adfærdsforstyrrelser

- › Indsatser til børn med adfærdsproblemer og adfærdsforstyrrelser foregår helt overvejende i regi af socialforvaltningerne og PPR.
- › Den hyppigst anvendte systematiske indsats er programmer, hvor forældre trænes gruppevis til en mere positiv forældreopdragelse med en anerkendende kommunikation og

kontakt til barnet (12).

- › En Cochrane litteraturgennemgang af randomiserede kontrollerede studier af forældreprogrammer med fokus på adfærdsproblemer hos børn i alderen 3-12 år viste, at forældretræning var omkostningseffektiv og resulterede i bedre forældrefærdigheder, mindre negativ forældreadfærd, mindre afstraffelse, signifikant bedre mentalt helbred hos forældrene og signifikant reducerede adfærdsproblemer hos børnene (13). I Danmark er DUÅ blandt de hyppigst anvendte evidensbaserede forældretræningsprogrammer, som dog samlet har vist at have svingende og kontekstafhængig effekt (se omtalen af DUÅ i kapitel 7.5.2).
- › Børn med adfærdsproblemer har øget risiko for følelsesmæssige problemer, og indikerede indsatser for disse børn skal inkludere indsatser mhp. at reducere risiko for især depressive symptomer.

Følelsesmæssige problemer og symptomer på angsttilstande og depressive tilstande

- › Indsatser rettet imod følelsesmæssige problemer hos børn under tre år omfatter interventioner med fokus på forældre-barn-relationen og forældrenes muligheder for at imødekomme og håndtere barnets følelsesmæssige behov.
- › Circle of Security, CoS eller Tryghedscirklen er en forældrebasert indsats, som er udviklet og primært valideret i USA (14). CoS er omtalt andetsteds (se kapitel 7.4.2), hvor det fremgår, at metoden bl.a. anvendes over for småbørn, hvor sundhedsplejersken har påvist følelsesmæssig og social tilbagetrækning. Indsatsen formidles i reglen af sundhedsplejersker og har fokus på at styrke en tryk tilknytning mellem barn og forældre.
- › Video feedback to Promote Positive Parenting (VIPP) er en forældrebasert indsats,

der er udviklet og valideret i Holland med fokus på social læring og tilknytning (15). VIPP er valideret over for småbørn med bl.a. adfærdsproblemer, tilknytningsproblemer og kontaktproblemer og undersøges aktuelt i et stort dansk forskningsprojekt, hvor metoden kombineres med et standardiseret program til en tidlig indsats over for hele spektret af mentale helbredsproblemer hos 1-2 årige (1). VIPP er nærmere omtalt i kapitel 7.5.2.

- › For børn med angst er kernen i behandlingen forældrevejledning, rådgivning og psykoedukation. For større børn har kognitive metoder vist sig at være effektive (16), og der er udviklet flere danske programmer baseret på kognitiv adfærdsterapi til større børn, herunder Cool Kids (17), Få styr på angsten (18) og Hjælp dit ængstelige barn (19). Programmerne omtales i kapitel 7.6.2.
- › Depressive reaktioner og symptomer på depression hos børn under ti år bør udredes nøje for eksterne udløsende faktorer, først og fremmest adskillelsestraumer og omsorgssvigt. Indikerede indsatser til depressive børn handler først og fremmest om at sikre barnet tilstrækkelig omsorg og voksenstøtte og sikre, at de voksne omkring barnet får kvalificeret rådgivning og vejledning i at støtte barnet samt psykoedukation mht. at forstå og håndtere barnets symptomer (20).
- › Der findes ingen validerede programmer, som kan omsættes til indikeret forebyggelse af depression hos danske børn under ti år.

Spiseproblemer og symptomer på spiseforstyrrelser

- › Forælderådgivning der tager udgangspunkt i barnets spiseadfærd, fysiske tilstand og kognitive, følelsesmæssige og sociale udvikling.
- › Psykoedukation til forældrene er vigtigt. For de yngste børn (< tre år) benyttes forældre-

træning i sensitivitet over for barnets signaler og reaktioner og træning i, hvordan forældrene skal forstå tilsyneladende modsatte reaktioner hos barnet. Forældrene skal herunder hjælpes til at forstå barnets forudsætninger ud fra dets aktuelle udviklingstrin. Videofeedback-metoder kan anvendes (1).

- › Afhængigt af problemernes omfang, ledsagesymptomer og komorbiditet inddrages desuden pædiatrisk og børnepsykiatrisk specialviden eller konsulentfunktion.
- › Indsatsen koordineres med socialforvaltning og PPR mhp. individualiseret støtte i dagligdagen, herunder i dagpleje, vuggestue, børnehave og skole.

Forstyrret tilknytning og symptomer på sociale funktionsforstyrrelser

- › Individualiserede indsatser over for forstyrrelser i kontakt og socialt samspil foregår primært i de første tre leveår, og de forudsætter en omhyggelig udredning af barnets kognitive, følelsesmæssige og sociale udvikling (1).
- › Forælderådgivning, -vejledning, -uddannelse og -træning kan indledningsvis foregå via sundhedsplejersken, som har en vigtig funktion mht. at hjælpe forældrene til at forstå, erkende og håndtere barnets vanskeligheder og stimulere og støtte barnets udvikling.
- › Overordnet handler en individualiseret indsats målrettet forstyrret tilknytning for at sikre barnet den nødvendige daglige omsorg både fysisk og følelsesmæssigt og med stabil og udviklingstilpasset kognitiv og social stimulation.
- › Børn med tegn på sociale funktionsforstyrrelser skal udredes og behandles i et samarbejde mellem sundhedsplejersker, psykologer og sagsbehandlere i kommunen og med deltagelse af børnepsykiatriske speciallæger.
- › Egentlige tilknytningsforstyrrelser (dvs. sociale funktionsforstyrrelser som opfylder diagno-

sekriterier i ICD-10, se kapitel 2) ses bl.a. hos børn, der er adopteret fra omsorgsmæssigt dårlige forhold og blandt børn fra familier med alvorlige psykosociale problemer. Individualiserede indsatser til disse børn og deres forældre, pleje- eller adoptivforældre eller andre omsorgsansvarlige skal baseres på tæt koordinering af tiltag i socialforvaltningen mht. at dække barnets omsorgsbehov og indsatser målrettet forældrene eller andre omsorgsansvarlige, samt, ikke mindst, individualiseret støtte til barnet.

11.4 REFERENCER

1. Skovgaard AM, Asmussen J, Olsen AL. Psykiske helbredsproblemer i de første tre leveår. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 57–72.
2. Thomsen PH, Skovgaard AM. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. 3. udgave. København: FADL's Forlag; 2012.
3. Thomsen PH, Skovgaard AM. *Behandling*. I: Thomsen PH, Skovgaard AM, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. 3. udgave. København: FADL's Forlag; 2012: 194–211.
4. Skovgaard AM. *Forebyggelse*. I: Thomsen PH, Skovgaard AM, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. En lærebog om børn og unges psykiske sygdomme. 3. udgave. København: FADL's Forlag; 2012: 212–7.
5. Pickles A, Le Couteur A, Leadbitter K, Salomone E, Cole-Fletcher R, Tobin H, Gammer I, Lowry J, Vamvakas G, Byford S, Aldred C, Slonims V, McConachie H, Howlin P, Parr JR, Charman T, Green J. Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): Long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016; 388: 2501–9.
6. Green J, Charman T, Pickles A, Wan MW, Elsabbagh M, Slonims V, Taylor C, McNally J, Booth R, Gliga T, Jones E, Harrop C, Bedford R, Johnson MH. Parent-mediated intervention versus no intervention for infants at high risk of autism: A parallel, single-blind, randomised trial. *The Lancet Psychiatry*. 2015; 2: 133–40.
7. Lauritsen MB. Autism spectrum disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22: 37–42.
8. Thomsen PH, Houmann T. *Hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 107–19.
9. Thompson MJJ, Au A, Laver-Bradbury C, Lange A-M, Tripp G, Shimabukuro S, Zhang JS, Shuai L, Thompson CE, Daley D, Sonuga-Barke E. Adapting an attention-deficit hyperactivity disorder parent training intervention to different cultural contexts: The experience of implementing the New Forest Parenting Programme in China, Denmark, Hong Kong, Japan, and the United Kingdom. *PsyCh J*. 2017; 6: 83–97.
10. Sonuga-Barke EJS, Barton J, Daley D, Hutchings J, Maishman T, Raftery J, Stanton L, Laver-Bradbury C, Chorozoglou M, Coghill D, Little L, Ruddock M, Radford M, Yao GL, Lee L, Gould L, Shipway L, Markomichali P, McGuirk J, Lowe M, Perez E, Lockwood J, Thompson MJJ. A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: A multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27: 797–809.
11. Larsen LB, Daley D, Lange A-M, Sonuga-Barke E, Thomsen PH, Rask CU. Effect of parent training on health-related quality of life in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A secondary analysis of data from a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021; 60: 734–44.
12. Houmann T, Buhl-Nielsen B. *Adfærdsforstyrrelser*. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 131–41.
13. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence-Based Child Health A Cochrane Rev J*. 2013; 8: 318–692.
14. Cooper G, Hoffman KT, Powell B. *Circle of Security: COS-P Facilitator DVD Manual 5.0*. Spokane, WA: Marycliff Institute; 2009.
15. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ. Working with Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): A case study. *J Clin Psychol*. 2018; 74: 1346–57.
16. Rask CU, Thastum M. *Angsttilstande*. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilenberg N, eds. *Børne- og Ungdomspsykiatri*. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 143–59.
17. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: A randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 133: 109–21.
18. Esbjørn BH. Can Parents Treat their Anxious Child using CBT? A Brief Report of a Self-Help Program. *Acta Psychopathol*. 2016; 02: 10.

19. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år. Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2020: 1-359.
20. Wesselhöft R, Høg Bille V. Affektive tilstande. I: Thomsen PH, Rask CU, Bilberg N, eds. Børne- og Ungdomspsykiatri. 4. udgave. København: FADL's Forlag; 2019: 209-22.



12

**OVERSIGT OVER DANSKE
INDSATSER**

Tabel 12.1 viser en oversigt over indsatser til sundhedsfremme og forebyggelse af mentale helbredsproblemer og psykisk sygdom blandt 0-9-årige, som anvendes i Danmark. Tabellen er næppe komplet, for det er vanskeligt at finde oplysninger om alle de forebyggende indsatser, der afprøves og anvendes i dagtilbud, skoler og kommuner i Danmark. Tabellen rummer dermed kun indsatser, hvorom der findes skriftlig dokumentation i form af videnskabelige artikler og rapporter eller hjemmesider fra relevante instanser. Alle de indsatser, der omtales i tabellen, findes mere udførligt omtalt i kapitel 6-9, hvor man kan læse om indsatsernes formål, metode, målgruppe og forebyggelsesmæssige tilgang.

Den midterste kolonne præsenterer et kort resumé af de oplysninger, vi har kunnet finde om udbredelsen i Danmark. Det er muligt, at indsatserne er mere udbredt end det, vi har kunnet læse i de anvendte kilder. Den højre kolonne omtaler i meget kort form, hvad der findes af dokumentation for og evaluering af de nævnte indsatser. Ideelt set burde der stå oplysninger om dokumentation af indhold, tilrettelæggelse, implementering samt omtale af videnskabelig evaluering for hver af indsatserne, men i mange tilfælde har det ikke været muligt at finde alle disse oplysninger.

Tabellen er opdelt i seks afdelinger:

1. opsporing,
2. forældreindsatser i spæd- og småbørnsalderen,
3. forældreindsatser i førskolealderen,
4. forældreindsatser i indskolingsalderen,
5. indsatser i dagtilbud og
6. indsatser i indskoling.

Afdelingerne 2-6 starter med et ganske kort overblik over, hvad man ved fra international forskning om effekten af sådanne indsatser. Vi har kaldt det: Internationalt metaperspektiv.

→ **TABEL 12.1**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
OPSPORING (KAPITEL 6 OG 7)		
DEN KOMMUNALE SUNDHEDSPLEJE TIL SPÆDBØRN	NATIONALT UNIVERSELT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Der er omfattende dokumentation for indhold og organisering af denne indsats. → Flere danske studier har vist, at sundhedsplejerskerne opsporer risikofaktorer for mentale helbredsproblemer hos barn og forældre, men det er ukendt, om det lykkes at opspore alle de børn, der har problemer. → Der er kun få danske effektstudier af sundhedspleje som universel indsats. → Enkelte danske studier har fundet en positiv effekt på børns mentale sundhed. → Flere internationale forskningsoversigter samt store internationale studier om sundhedspleje leveret som selektiv indsats har fundet en positiv effekt på børns mentale sundhed i risikofamilier - en gruppe, der også nås gennem universelle indsatser.
DEN KOMMUNALE SUNDHEDSPLEJE TIL FØRSKOLEBØRN	NATIONALT SELEKTIVT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Flere danske kommuner har indført hjemmebesøg med vurdering af sundhed og udvikling af børn mellem et og fem år. → Indsatsen er ikke dokumenteret, og der er ingen studier af effekt.
DEN KOMMUNALE SUNDHEDSPLEJE TIL SKOLEBØRN	NATIONALT UNIVERSELT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Flere danske studier dokumenterer indholdet af denne indsats, og hvad man opsporer. Det er dokumenteret, at sundhedsplejerskerne opsporer risikofaktorer for mentale helbredsproblemer, men det er ukendt, om det lykkes at opspore alle de børn, der har problemer. → Enkelte studier har vist, at indsatsen kan have effekt på skolebørns trivsel.
DE FOREBYGGENDE BØRNEUNDERSØGELSER I ALMEN PRAKSIS	NATIONALT UNIVERSELT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Der er kun beskeden dokumentation for indholdet af de forebyggende børneundersøgelser og deres effekt. → Der er ikke fundet international videnskabelig litteratur om effekt af den type forebyggende børneundersøgelser, som gennemføres i Danmark.
TRIVSELSVURDERINGER I DAGTILBUD		<ul style="list-style-type: none"> → Det er sandsynligt, at dagtilbud i et vist omfang udfører tidlig opsporing af mentale helbredsproblemer og risikofaktorer herfor, men det har ikke været muligt at identificere systematisk viden om denne aktivitet i Danmark.

^A FOR MERE INFORMATION OM INDSATSENS FORMÅL, METODE, RAMME, MÅLGRUPPE, ALDERSGRUPPE OG FOREBYGGELSESMÆSSIGE TILGANG HENVISES TIL KAPITEL 6-9.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
OPSPORING (KAPITEL 6 OG 7)		
SPROGTEST I DAG-TILBUD	NATIONALT SELEKTIVT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ingen dokumentation for indholdet i sprogvurderingen, om det lykkes at opspore alle de børn, der har problemer, eller for effekten af denne opsporingsindsats. → Der er stærk dokumentation for en positiv effekt af sprogtræning af børn.
PÆDAGOGISK PSYKOLOGISK RÅDGIVNING (PPR)	NATIONALT SELEKTIVT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Der mangler dokumentation af indsatsen, herunder om det lykkes at opspore og hjælpe børn med mentale helbredsproblemer. → Der mangler videnskabelig evaluering af PPR som samlet indsats.
FORÆLDREINDSATSER I SPÆD- OG SMÅBØRNSALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
INTERNATIONALT METAPERSPEKTIV	DET MESTE FORSKNING HANDLER OM SELEKTIVE TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Få systematiske forskningsoversigter har undersøgt effekten af universelt udbudte forældreindsatser, herunder såkaldte forældrekurser, til spæd- og/eller småbørnsforældre med fokus på forælder-barn-relation og/eller barnets udvikling. Resultaterne er blandede, og der er endnu begrænset viden om effekten af universelle forældreindsatser. → Flere systematiske forskningsoversigter har vist, at selektive eller indikerede forældreindsatser har potentiale til at forbedre forælder-barn-relationen og/eller spæd- og småbørns mentale helbred på kort sigt, herunder reduktion af adfærdsproblemer. Det er mere usikkert, hvorvidt effekten holder over tid, og der er behov for flere studier.
FAMILIEIVÆRKSÆTTERNE (FIV)	IMPLEMENTERET I 15 KOMMUNER SOM ET SELEKTIVT TILBUD TIL FØRSTEGANGSFØDENDE.	<ul style="list-style-type: none"> → Et dansk randomiseret kontrolleret effektstudie fandt en lille til moderat positiv effekt på barnets socioemotionelle udvikling afhængigt af uddannelsesmæssig baggrund.
KLAR TIL BARN	AFPRØVET I FLERE KOMMUNER SOM ET UNIVERSELT OG SELEKTIVT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Der er ikke fundet nogen evaluering af effekt på børns mentale sundhed og helbred i Danmark.
DIT FØRSTE BARN	UDVIKLET OG AFPRØVET I FREDERIKSBERG KOMMUNE SOM ET SELEKTIVT TILBUD TIL ALLE DER VENDEDE SIT FØRSTE BARN.	<ul style="list-style-type: none"> → Et dansk randomiseret kontrolleret studie fandt en positiv effekt på stress i forælderrollen, depression og forælder-barn-tilknytning blandt mødre, men ikke blandt fædre. Der blev ikke fundet effekt på barnets socioemotionelle udvikling.
FORSTÅ DIN BABY	UDVIKLET I SAMARBEJDE MED OG AFPRØVES AKTUELT I TI KOMMUNER SOM ET UNIVERSELT TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ikke effektevalueringer af indsatsen i Danmark. → Indsatsen er aktuelt ved at blive evalueret i et crossoverstudie.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
FORÆLDREINDSATSER I SPÆD- OG SMÅBØRNSALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
EN GOD START - SAMMEN	AFPRØVET I FLERE KOMMUNER SOM ET UNIVERSSELT OG SELEKTIVT TILBUD TIL KOMMENDE FORÆLDRE.	→ En evaluering i ti danske kommuner fandt en signifikant positiv effekt på forældretilknytning, men der mangler grundige studier af effekten.
DE UTROLIGE ÅR - BABY (DUÅ-BABY)	AFPRØVET I FLERE KOMMUNER SOM ET UNIVERSSELT OG SELEKTIVT TILBUD TIL FORÆLDRE TIL 0-1-ÅRIGE BØRN.	→ Et dansk randomiseret kontrolleret pilotstudie fandt ingen effekt. → En dansk kvalitativ evaluering fandt, at forældre oplevede bedre trivsel. → Der er begrænset international forskning af effekt: To walisiske studier af DUÅ-Baby som selektiv indsats fandt positiv effekt på kompetence, sensitivitet og forældres mentale helbred på kort sigt. Kun det ene af de to studier undersøgte effekten på barnets udvikling og fandt ingen effekt.
DE UTROLIGE ÅR - SMÅBØRN (DUÅ-SMÅBØRN)	AFPRØVET I FLERE KOMMUNER SOM ET UNIVERSSELT ELLER SELEKTIVT TILBUD TIL FORÆLDRE TIL 1-3-ÅRIGE BØRN.	→ En dansk kvalitativ evaluering af indsatsen leveret som universel eller selektivt tilbud fandt, at forældrene oplevede en forbedring af barnets adfærd og trivsel, øget forståelse af barnets adfærd, øget handlekompetence samt lavere grad af stress. Der blev dog ikke skelnet mellem, om indsatsen blev tilbudt ud fra en universel eller selektiv tilgang. → Der er begrænset international forskning af effekt: Et studie fra Wales fandt positiv effekt på barnets udvikling og forældredepression et år efter indsatsen leveret som selektiv forebyggelse.
MARTE MEO-METODEN	AFPRØVET I DANMARK, UKENDT UDBREDELSE.	→ Et kvasiexperimentelt dansk studie fandt positiv effekt på mors sensitivitet, mor-barn-interaktion, spædbarnets adfærd i relationen med forælderen samt stress i forælderrollen. Det blev også fundet, at sundhedsplejersker, der er trænet i Marte Meo-metoden, har tydeligt bedre observationer af forældre-barn-relationen end andre sundhedsplejersker. → Der er begrænset international forskning om effekten: Et norsk randomiseret studie fandt positiv effekt på mødrenes følelsesmæssige tilgængelighed i interaktionen med barnet, særligt blandt mødre med depression, men effekten var væk seks måneder efter indsatsens afslutning. Her fandt studiet imidlertid en positiv effekt på barnets socioemotionelle udvikling og depressive symptomer hos mødre.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
FORÆLDREINDSATSER I SPÆD- OG SMÅBØRNSALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
MINDING THE BABY	AFPRØVES AKTUELT I NI KOMMUNER SOM EN SELEKTIV INDSATS TIL SÅRBARE GRAVIDE.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ikke dansk effektevaluering af indsatsen. → Indsatsen er aktuelt ved at blive evalueret i et forskningsprojekt. → Der eksisterer nogen international forskning af effekten: Amerikansk studie blandt 14-25-årige mødre fandt effekt på eksternaliserende adfærd, mor-barn-interaktion, tilknytning, og på mødres mentaliseringssevne. Et engelsk studie blandt unge mødre fandt på tilsvarende vis positiv effekt på adfærdsproblemer, men ingen effekt på mødrenes sensitivitet.
TRYGHEDSCIRKLEN - FORÆLDREPROGRAMMET (COS-P)	ANVENDES I FLERE KOMMUNER OG AFPRØVES AKTUELT I KØBENHAVNS KOMMUNE SOM SELEKTIV INDSATS.	<ul style="list-style-type: none"> → Indsatsen er endnu ikke dokumenteret i en dansk kontekst. → Et randomiseret kontrolleret effektstudie gennemføres aktuelt i Danmark. → Indsatsen afprøves også aktuelt i Danmark som indsats startende allerede i graviditeten i projektet Godt på vej sammen i København. → Flere udenlandske studier har evalueret indsatsen i kvalitative designs og kvasirandomiserede kontrollerede studier og har fundet indikationer på positiv effekt på hhv. forældresensitivitet, barns tilknytning eller stress i forælderrollen.
FAMKO (ODENSE KOMMUNE)	GENNEMFØRES AKTUELT I ODENSE KOMMUNE SOM EN SELEKTIV INDSATS TIL SÅRBARE GRAVIDE.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ikke dansk effektevaluering af indsatsen. → Evaluering gennemføres aktuelt i et dansk kontrolleret randomiseret studie.
FAMILIENS HUS	IMPLEMENTERET I ESBJERG OG HØJE TÅSTRUP I SAMARBEJDE MED MØDREHJÆLPEN SOM EN SELEKTIV INDSATS TIL MØDRE OG GRAVIDE UNDER 26 ÅR.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ikke dansk evaluering af indsatsens effekt på børnenes udvikling og mentale helbred eller på mor-barn-relationen. → En dansk evaluering fandt ingen effekt af indsatsen på forebyggende foranstaltninger rettet mod børnene eller på risikoen for anbringelse af børn uden for hjemmet.
THE NEWBORN BEHAVIORAL OBSERVATIONS (NBO)	UNIVERSEL INDSATS LEVERET AF SUNDHEDSPLEJERSKEN TIL FORÆLDRE TIL 0-2-MÅNEDERS GAMLE BØRN, UDBREDELSE UKENDT.	<ul style="list-style-type: none"> → Et dansk randomiseret kontrolleret studie fandt ved opfølgning i tre- og nimbånedersalderen svage men ikke-signifikante forbedringer i mødrenes tryghed og humør, barnets socioemotionelle adfærd og forældre-barn-relationen. Der var signifikant effekt på mødrenes viden om forælderrollen. → Internationalt har en Cochrane-forskningsoversigt fundet ikke-signifikante effekter af indsatsen og konkluderede, at der var meget svag dokumentation for effekt.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
FORÆLDREINDSATSER I FØRSKOLEALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
INTERNATIONALT METAPERSPEKTIV	FORSKNINGEN OMHANDLER UNIVERSELLE, SELEKTIVE OG INDIKEREDE INDSATSER.	<ul style="list-style-type: none"> → Det er vanskeligt at vurdere dokumentationen for effekt af universelt udbudte forældreindsatser blandt førskolebørn, fordi forskningsoversigterne beskæftiger sig med et bredt aldersspænd. Alt i alt er dokumentationen for effekt af universelle indsatser til forældre med børn i førskolealderen svag. → Der er stærk dokumentation for selektive eller indikerede indsatser, der er målrettet tidlige tegn på risiko såsom manglende sensitivitet hos moderen, en utryk tilknytning, adfærdsproblemer og forsinket sprogudvikling. En rapport over 75 tilgængelige forældreindsatser i Storbritannien fandt, at der var dokumentation for effekten af visse (men ikke alle) selektive og indikerede indsatser, med stærkest dokumentation af effekt af indsatser målrettet tidlige tegn på risiko såsom manglende sensitivitet hos moderen, en utryk tilknytning, adfærdsproblemer og forsinket sprogudvikling.
TRYGHEDSCIRKLEN (COS-P)		<ul style="list-style-type: none"> → Se under Forældreindsatser i spæd- og småbørnsalderen i Danmark.
DE UTROLIGE ÅR - BASIC - FØRSKOLE (DUÅ-FØRSKOLE)	ANVENDES I 12 KOMMUNER SOM EN SELEKTIV INDSATS TIL FORÆLDRE MED 3-8-ÅRIGE BØRN MED ADFÆRDSPROBLEMER. PROGRAMMET KAN OGSÅ ANVENDES SOM ET INDIKERET TILBUD.	<ul style="list-style-type: none"> → Dansk effektevaluering af indsatsen målrettet forældre til børn med attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) fandt reduktioner i problemadfærd, forbedrede sociale kompetencer og følelsesregulering fra før til efter behandlingen. Effekter var opretholdt eller forbedret seks måneder efter indsatsen. → Internationalt har en metaanalyse af over 50 selektive og indikerede studier fundet stærk dokumentation for en reduktion i forstyrrende adfærd og fremme af social adfærd.
TRIPLE P - POSITIVE PARENTING PROGRAM (TRIPLE P)	TRIPLE P UDBYDES AKTUELT I 12 KOMMUNER SOM SELEKTIV ELLER INDIKERET INDSATS TIL FORÆLDRE TIL 0-12-ÅRIGE BØRN. DESUDEN AFPRØVES STEPPING STONES TRIPLE P, EN VARIANT AF TRIPLE P, DER ER MÅLRETTET FORÆLDRE MED BØRN MED FUNKTIONSNEDSÆTTELSER, AKTUELT I FEM KOMMUNER.	<ul style="list-style-type: none"> → Der er ikke fundet dansk effektevaluering af indsatsen. → Mere end 100 internationale studier har konkluderet, at der er tydelige og positive effekter af indsatsen på børns adfærd og emotionelle problemer, forældrepraksis og forældrenes tilfredshed, og at effekterne varer ved i mange år. Dette gælder også varianten Stepping Stone Triple P. → Ikke alle internationale effektstudier viser positiv effekt af indsatsen, og det bør nævnes, at der har været en videnskabelig diskussion af dokumentationen af effekten af indsatsen.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS*	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
FORÆLDREINDSATSER I FØRSKOLEALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
INTERNATIONAL CHILD DEVELOPMENT PROGRAMME (ICDP)	IMPLEMENTERET I MANGE KOMMUNER SOM EN UNIVERSEL INDSATS. DER FINDES INGEN SAMLET OVERSIGT OVER, HVOR OG TIL HVILKEN MÅLGRUPPE INDSATSEN ANVENDES I DANMARK.	<ul style="list-style-type: none"> → Det har ikke været muligt at identificere danske studier af indsatsens effekt. → Der er beskeden international forskning af effekt: Et norsk studie fandt positiv effekt på øget forældrekompetence, øget tro på egne forældreevner og mindre ensomhed samt beskeden reduktion i mentale problemer hos børnene.
VIDEO-FEEDBACK INTERVENTION TO PROMOTE POSITIVE PARENTING AND SENSITIVE DISCIPLINE (VIPP-SD)	AFPRØVES AKTUELT I TO FORSKNINGSPROJEKTER SOM EN SELEKTIV INDSATS TIL FORÆLDRE TIL BØRN, SOM ER BESKREVET SOM UDSATTE.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ikke dansk effektevaluering af indsatsen. → Indsatsen evalueres aktuelt i et forskningsprojekt. → Internationalt er VIPP-SD blevet afprøvet i 15 lande og i 12 randomiserede kontrollerede studier med positiv effekt.
PARENT MANAGEMENT TRAINING - OREGON (PMTO)	ANVENDT I MANGE ÅR OG ANVENDES I MERE END 30 KOMMUNER SOM SELEKTIV INDSATS.	<ul style="list-style-type: none"> → Dansk evaluering fandt positiv effekt på børnenes symptomer på internaliserende og eksternaliserende adfærd (sammenligningsgruppen, der fik almindelig behandling, fandt samme effekt). → Internationalt set er der fundet positive effekter af indsatsen, hvor bl.a. et norsk og amerikansk studie fandt en væsentlig reduktion i barnets uadrettede adfærd, et islandsk og svensk studie fandt effekt på hhv. forælderapporert social kompetence og forældrevurderede adfærdsproblemer og forældreevne.
KÆRLIGHED I KAOS (KIK)	ANVENDT SIDEN 2016 I EN RÆKKE KOMMUNER SOM SELEKTIV ELLER INDIKERET INDSATS TIL FORÆLDRE TIL BØRN MED ADHD ELLER ADHD-LIGNENDE VANSKELIGHEDER.	<ul style="list-style-type: none"> → Der er gennemført et enkelt effektstudie af indsatsen i Danmark, som fandt en markant, positiv forskel for familierne og børnene af indsatsen.
NEW FOREST PARENTING (NEPP)	INDIKERET INDSATS TIL FORÆLDRE TIL BØRN MED ADHD ELLER SOM ER I UDREDNING FOR ADHD. DER FINDES INGEN SAMLET OVERSIGT OVER, HVOR OG TIL HVILKEN MÅLGRUPPE METODEN ANVENDES.	<ul style="list-style-type: none"> → Et dansk klinisk randomiseret kontrolleret studie fandt positiv effekt af indsatsen mht. at reducere symptomer, der optræder hos børn med ADHD, øgede forældrenes kompetencer samt mindskede stress i familien sammenlignet med den gængse behandling på hospitalet. → Indsatsen er velafprøvet i flere internationale studier, som har dokumenteret indsatsens effekt.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS*	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
FORÆLDREINDSATSER I INDSKOLINGSALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
INTERNATIONALT METAPERSPEKTIV	FORSKNINGEN HANDLER MEST OM SELEKTIVE INDSATSER.	→ Der er kun beskedne dokumentation for effekten af universelle forebyggende forældreindsatser i denne aldersgruppe. Der findes mange selektive forebyggende indsatser, og mange af disse indsatser har dokumenteret effekt på angst, depression og søvnproblemer.
TRIPLE P, PMTO, KIK, ICDP OG COS-P		→ Se under Forældreindsatser i spæd- og småbørnsalderen samt førskolealderen i Danmark
KEEPING FOSTER PARENTS TRAINED AND SUPPORTED (KEEP)	ER SIDEN 2015 AFPRØVET I FEM KOMMUNER OG TO ORGANISATIONER SOM EN SELEKTIV INDSATS MÅLRETTET PLEJEFAMILIER.	→ Projektet dokumenteres og evalueres løbende i Danmark. → Der er dokumentation for, at indsatsen har en positiv effekt på børns adfærdsproblemer og forældrestress (også hvis der var flere børn i plejefamilien), men kun hvis interventionen blev gennemført af professionelle.
MIND MY MIND (MMM)	AFPRØVET I FIRE DANSKE KOMMUNER SOM EN SELEKTERET INDSATS TIL BØRN OG UNGE MED TEGN PÅ ANGST, DEPRESSION OG ADFÆRDSFORSTYRELSE.	→ Dansk randomiseret kontrolleret studie har vist, at belastningen af følelsesmæssige og adfærdsmæssige problemer hos 6-16-årige børn og unge faldt signifikant mere i MMS-gruppen end i kontrolgruppen. → Psykiatrifonden arbejder for at udbrede programmet til alle landets kommuner.
COOL KIDS	IMPLEMENTERET I ADSKILLIGE KOMMUNER SOM EN INDIKERET INDSATS TIL BØRN OG UNGE MED ANGST OG DERES FORÆLDRE.	→ Effektmålinger fra både Australien og Danmark har vist en signifikant positiv effekt af indsatsen på angst hos børn og unge. → Dansk studie har vist, at indsatsen kan anvendes i PPP-rådgivning og i Børne- og Ungdomspsykiatrien med positiv effekt.
COOL LITTLE KIDS	INDIKERET INDSATS TIL FORÆLDRE TIL FØRSKOLEBØRN OG BØRN I 0. KLASSE MED ANGST OG DEPRESSIVE SYMPTOMER.	→ Der findes ikke dansk effektevaluering af indsatsen. → Indsatsen afprøves aktuelt i Region Midtjylland. → Der er beskedne international forskning om indsatsen.
FÅ STYR PÅ ANGSTEN	INDSATSEN ER EN DANSK VERSION AF COOL KIDS SOM AKTUELT IMPLEMENTERES I EN RÆKKE KOMMUNER SOM EN INDIKERET INDSATS TIL FORÆLDRE MED BØRN I 1. TIL 6. KLASSE.	

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
FORÆLDREINDSATSER I INDSKOLINGSALDEREN I DANMARK (KAPITEL 7)		
DE UTROLIGE ÅR - FORÆLDREPROGRAM (DUÅ-FORÆLDREPROGRAM)	DER FINDES INGEN SAMLET OVERSIGT OVER, HVOR OG TIL HVILKEN MÅLGRUPE METODEN ANVENDES.	<ul style="list-style-type: none"> → To danske studier har fundet positive effekter på adfærdsproblemer hos børn. → Internationalt set er der i flere forskningsoversigter fundet positive effekter på fx børns udadrettede adfærd.
INDSATSER I DAGTILBUD I DANMARK (KAPITEL 8)		
INTERNATIONALT METAPERSPEKTIV	UNIVERSEL INDSATS RETTET MOD DAGTILBUD SNARERE END MOD ENKELTE BØRN.	<ul style="list-style-type: none"> → Indsatser for at løfte kvaliteterne i dagtilbud viser blandede resultater, men der kan påvises positive resultater. → Der er god dokumentation af, at høj kvalitet i dagtilbud er en vigtig mental sundhedsfremmende indsats
HANDLEKOMPETENCER I PÆDAGOGISK ARBEJDE (HPA)	FORSKNINGSPROJEKT EVALUERET I TO KOMMUNER SOM EN SELEKTERET INDSATS TIL UDSATTE BØRN I DAGTILBUD. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM UDBREDELSEN AF PROGRAMMET.	→ Et dansk effektstudie viste positiv effekt ift. sociale og emotionelle samt læringskompetencer. Studiet viste også, at der er forhold i institutionernes organisering og kultur, der har betydning for mulighederne for at understøtte mønsterbrydende pædagogik.
VIDENSBASERET INDSATS OVER FOR UDSATTE BØRN I DAGTILBUD (VIDA)	FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSPROJEKT SOM EN SELEKTIV INDSATS MÅLRETET SOCIALT UDSATTE BØRN. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM UDBREDELSEN AF PROGRAMMET.	<ul style="list-style-type: none"> → Udviklet og afprøvet i fire danske kommuner. → Afprøvningen viste positive effekter på børnenes socioemotionelle udvikling og trivsel samt en særskilt positiv effekt på børn med anden etnisk baggrund end dansk samt børn af lavindkomstfamilier.
FREMTIDENS DAGTILBUD	FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSPROJEKT SOM EN UNIVERSEL INDSATS. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM DEN AKTUELLE UDBREDELSE AF PROGRAMMET.	<ul style="list-style-type: none"> → Udviklet og afprøvet i 14 danske kommuner. → Effektstudiet kunne ikke påvise signifikante effekter hos børnene.
SPELL OG FART PÅ SPROGET	FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSPROJEKT SOM EN UNIVERSEL INDSATS. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM DEN AKTUELLE UDBREDELSE AF PROGRAMMET.	→ Begge indsatser er udviklet og afprøvet i randomiserede kontrolleret studier. De to effektstudier fandt forbedrede før-skriftlige kompetencer (fx lydlig opmærksomhed og bogstavkendskab) i løbet af indsatsperioden.
VI LÆRER SAMMEN (VLS)	FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSPROJEKT SOM EN UNIVERSEL INDSATS. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM DEN AKTUELLE UDBREDELSE AF PROGRAMMET.	<ul style="list-style-type: none"> → Et dansk randomiseret kontrolleret studie har vist, at indsatsen kan fremme vuggestuebørnenes skoleparathed gennem interaktioner med fokus på sprog og matematik. → Et dansk lodtrækningsforsøg har vist, at de børn, der deltog i indsatsen, opnåede ekstra læring inden for forskellige sprogsmål.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
INDSATSER I DAGTILBUD I DANMARK (KAPITEL 8)		
TIDLIG INDSATS PROGRAMMET	FORSKNINGSPROJEKT SOM EN SELEKTIV INDSATS MÅLRETTET UDSATTE BØRN I KØBENHAVNS KOMMUNE. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM DEN AKTUELLE UDBREDELSE AF PROGRAMMET.	<ul style="list-style-type: none"> → Afprøvet i 70 institutioner i Københavns kommune. → Afprøvningen viste, at lidt over halvdelen af institutionerne efter endt indsats havde vist forbedringer på alle tre områder (fysiske omgivelser, relationer, leg og aktiviteter), mens en tredjedel efter indsatsen havde vist forbedringer på et enkelt område.
PROGRAM FOR LÆRINGSLEDELSE - DAGTILBUD (PLF-DAGTILBUD)	BREDSPEKTRET FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSPROJEKT SOM EN UNIVERSEL INDSATS MÅLRETTET FREMME AF BØRNS GENERELLE TRIVSEL, LÆRING OG UDVIKLING. HERUNDER AT MEDVIRKE TIL AT MINDSKE BETYDELIGHEDEN AF BØRNS SOCIALE BAGGRUNDE. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM DEN AKTUELLE UDBREDELSE AF PROGRAMMET.	<ul style="list-style-type: none"> → Afprøvet i seks kommuner. → Programmet opnåede fremgang på 24 ud af 25 vurderingsområder i den periode, hvor det blev gennemført.
CHANCELIGHED Gennem Legende, Lærende Samspil (LLS)	FORSKNINGS- OG UDVIKLINGSPROJEKT MÅLRETTET UDSATTE BØRNS CHANCER FOR AT KLARE SIG PÅ LIGE FOD MED ANDRE BØRN. VI HAR IKKE FUNDET OPLYSNINGER OM DEN AKTUELLE UDBREDELSE AF PROGRAMMET I DANMARK.	<ul style="list-style-type: none"> → Kvantitativ evaluering viste ingen forbedring i børnenes sproglige udvikling eller udvikling på socioemotionelle områder. → Kvalitativ evaluering tydede på, at en højere grad af faglig sparring og deling af erfaringer i netværk kan føre til praksisindsigter og udvikling.
INDSATSER I INDSKOLINGEN I DANMARK (KAPITEL 9)		
INTERNATIONALT METAPERSPEKTIV	HOVEDPARTEN AF DENNE FORSKNING FOKUSERER PÅ SELEKTIVE INDSATSER.	<ul style="list-style-type: none"> → Det er vanskeligt at vurdere dokumentationen for effekt af universelt udbudte forældreindsatser blandt førskolebørn, fordi forskningsoversigterne beskæftiger sig med et bredt aldersspænd. → De internationale forskningsoversigter og metaanalyser er i det store og hele enige om, at indsatser i indskolingen kan have effekt, fx kan man reducere mobning, styrke børns sociale og emotionelle kompetencer og forebygge symptomer på depression og adfærdsproblemer. Effekttørrelserne er ofte små, men indsatsen betaler sig alligevel, fordi indsatserne er billige, omkostningseffektive og tilsyneladende uden negative bivirkninger.

→ **TABEL 12.1 (FORTSAT)**

Eksempler på indsatser, som anvendes i Danmark til opsporing og forebyggelse af mentale helbredsproblemer samt dokumentation og evaluering.

INDSATS ^A	INDSATSENS KARAKTER OG UDBREDELSE I DANMARK	DOKUMENTATION OG EVALUERING
INDSATSER I INDSKOLINGEN I DANMARK (KAPITEL 9)		
POSITIV ADFÆRD I LÆRING OG SAMSPIL (PALS)	UNIVERSEL INDSATS MÅLRETTET ALLE ELEVER I GRUNDSKOLEN SAMT PERSONALE OG FORÆLDRE. FLERE SKOLER I DANMARK HAR ARBEJDET MED INDSATSEN SIDEN 2008.	<ul style="list-style-type: none"> → En dansk evalueringsrapport viste positive effekter på skole- og klassemiljø i løbet af en treårig indsatsperiode. → En dansk effekt- og procesevaluering af indsatsen på skoler i fire kommuner fandt, at skolerne, især de involverede lærere og sundhedsplejersker, oplevede at have fået øget kompetence til at opspore elever i mistrivsel blandt de indadreagerende børn. → Dansk opfølgingsstudie har vist, at de deltagende skoler havde opnået en tydelig forbedring af stemningen og adfærden. → Der er en del dokumentation for positive effekter af indsatsen i undersøgelser fra USA og Norge.
OPTUR	SKOLEBASERET UNIVERSEL INDSATS MÅLRETTET SKOLEBØRN I 0-9. KLASSE. AFPRØVET I TO FOLKESKOLER.	<ul style="list-style-type: none"> → En evaluering af indsatsen har vist, at den har potentiale til at fremme sociale og emotionelle kompetencer samt at reducere sociale forskelle i kompetencer blandt skolebørn. → Der mangler studier af effekten for børn under ti år.
FRI FOR MOBBERI	UNIVERSEL INDSATS AFPRØVET I FLERE HUNDREDE BØRNEHAVER OG SKOLER.	<ul style="list-style-type: none"> → Der er udført en del følgeforskning, som har fundet positive effekter af indsatsen, men der mangler egentlige effektmålinger. → En kvantitativ evaluering blandt danske børnehaver har vist, at deltagelse i programmet styrkede børnenes empati og positive relationer til andre børn.
DE UTROLIGE ÅR - SKOLEALDER	SELEKTIV INDSATS MÅLRETTET FORÆLDRE MED 6-12-ÅRIGE BØRN MED UDADREAGERENDE ADFÆRD, LÆRINGSVANSKELIGHEDER ELLER SOCIALE OG EMOTIONELLE PROBLEMER. UDBREDELSEN I DANMARK ER UKENDT.	<ul style="list-style-type: none"> → En dansk forskningsoversigt fandt reduktion af adfærdsproblemer hos eleverne, mere selvkontrol af aggression og vrede samt reduceret hyperaktivitet hos børn med ADHD. Desuden blev lærerne bedre til klasseledelse. → Internationalt set har indsatsen vist gavnlig effekt på børnenes opførsel og skolepræstationer samt forældrenes mentale sundhed og forældrekompetencer i det mindste på kort sigt, mens langtidseffekterne indtil videre ikke er dokumenterede.
FRIENDS	SELEKTIV INDSATS MÅLRETTET FOREBYGGELSE AF ANGST BLANDT 8-11-ÅRIGE BØRN. UDBREDELSEN I DANMARK ER UKENDT.	<ul style="list-style-type: none"> → Der findes ikke dansk effektevaluering af indsatsen. → Flere internationale randomiserede kontrollerede studier har vist, at metoden reducerer angst blandt børnene, mest hvis træningen ledes af personer med en sundhedsfaglig baggrund.

^A FOR MERE INFORMATION OM INDSATSENS FORMÅL, METODE, RAMME, MÅLGRUPPE, ALDERSGRUPPE OG FOREBYGGELSESMÆSSIGE TILGANG HENVISES TIL KAPITEL 6-9.

ORDLISTE

ADHD = forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed (attention deficit hyperactivity disorder).

ASF = autismespektrumforstyrrelser.

Association (sammenhæng) = er et kvantitativt udtryk for, hvor stor risikoen er, for at en eksponering giver et bestemt udfald. Et eksempel er, at utryk tilknytning til forældrene i barndommen øger risikoen for mentale helbredsproblemer senere, dvs. der er association mellem utryk tilknytning i barndommen og mentale helbredsproblemer.

Befolkningsundersøgelse (populationsundersøgelse, prævalensundersøgelse) = en undersøgelse hvor der indsamles informationer om fx en sygdomsforekomst i en befolkningsgruppe på et bestemt tidspunkt, fx via interviews, spørgeskemaer eller registerdata. Begrebet bruges ofte som modsætning til klinisk forskning eller patientstudier, som tager udgangspunkt i grupper med erkendt sygdom.

Cochrane litteraturgennemgang = en systematisk litteraturgennemgang af fx indsats effekter. Cochrane er et internationalt netværk, der bl.a. har til formål at udarbejde systematiske forskningsoversigter om diverse indsats- og behandlingseffekter mhp. at kvalificere beslutningstagere og klinikere. Se evt. www.cochrane.dk.

DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) = internationalt anvendt diagnosesystem udgivet af det amerikanske faglige selskab for psykiatri (American Psychiatric Association), seneste udgave, DSM-5, udkom i 2013. Det rummer præcise beskrivelser af, hvad de enkelte diagnoser omfatter.

Evidens = er et udtryk for, at flere solide forskningsresultater peger i samme retning. Hvis det modsatte er tilfældet, altså at forskningsresultaterne peger i forskellige retninger, eller at der kun er få studier, taler man om meget svag til svag evidens (dvs. manglende eller utilstrækkelig evidens). I denne rapport anvender vi de fleste steder begrebet dokumentation i stedet for evidens.

Epidemiologiske undersøgelser = er undersøgelser af forekomst og fordeling af sygdomme, risikofaktorer og andre helbreds fænomener i befolkningen. Man skelner ofte mellem tre typer af epidemiologiske undersøgelser: 1) beskrivende undersøgelser, som kortlægger forekomsten og fordelingen af helbreds fænomener, 2) analytiske undersøgelser, som studerer forhold, der har indflydelse på sygdomsforekomst, såkaldte eksponeringer (påvirkninger) og 3) eksperimentelle undersøgelser, som studerer effekter af sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende indsatser. Epidemiologi er en forskningsdisciplin, som studerer patient- og befolkningsgrupper, ikke enkeltindivider.

Forebyggelse = er sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, ulykker og sygdomsfølger.

Forskningsoversigt (review) = en opsummering af forskningsresultater fra flere enkeltundersøgelser. Under udarbejdelsen af en systematisk forskningsoversigt gennemfører forskerne systematiske databasesøgninger for at finde enkeltundersøgelser inden for samme emne, vurderer kritisk kvaliteten af dem, og uddrager en samlet konklusion. Ofte ser man, at der er lavet en såkaldt metaanalyse, se dette.

Fødselskohorte = personer, som er født i et eller flere bestemte år, og som følges i forskningssøjemed. I sundhedsforskning benyttes fødselskohorter til at studere udviklingen i helbred, sammenhængen mellem tidlige risikofaktorer og senere sygdom, samt følgevirkningerne af sygdom.

Helskoleindsats (whole-school approach) = en indsats som involverer hele skolen (skolens etos, mål, organisering, ressourcer, elever, forældre og ansatte) i arbejdet med at fremme elevernes trivsel og sundhed og forebygge mentale helbredsproblemer.

Incidens = hyppighed af nye sygdomstilfælde eller dødsfald i en afgrænset periode. Incidens udtrykkes oftest som andelen af en undersøgt befolkningsgruppe, der er blevet syge eller er døde i løbet af den periode, gennem hvilken de blev fulgt.

Indikeret forebyggelse = omfatter individrettede indsatser, som har til formål at forhindre forværring af det enkelte barns symptomer og fremme dets udvikling, læringsmuligheder og social funktion samt forebygge komplikationer og udviklingen af komorbide sygdomme.

International Classification of Diseases (ICD) = det mest omfattende af de internationalt anvendte diagnosesystemer. ICD indeholder koder for hele spektret af diagnoser for fysiske og psykiske

sygdomme, samt koder for ulykker, skader og kontakter til sundhedsvæsenet. ICD har været anvendt som officiel sygdomsklassifikation i Danmark siden 1958, og alle sygehuse anvender denne registrering, fra 1992 i versionen ICD-10.

Intervention (indsats) = anvendes fx om indsatser, hvor forskere styrer og studerer, hvad deltagerne udsættes for. Det kan fx være et forældrekursus, og udfaldet kunne i så fald være forekomsten af psykiske symptomer hos deres børn efter en observationsperiode. En intervention kan også være en medicinsk behandling, som skal afprøves.

Kohorte = en gruppe af mennesker, der i en undersøgelse følges over tid.

Kohortestudie = en undersøgelse af en veldefineret gruppe personer, som følges over tid. I sundhedsvidenskab anvendes begrebet om studier, hvor man kortlægger bestemte påvirkninger (ekspositioner), studerer hvornår sygdom opstår, og derefter analyserer sammenhængen mellem eksposition og sygdomsforekomst.

Komorbiditet = samtidig tilstedeværelse af flere sygdomme hos den samme person.

Longitudinelt studie = studie i hvilket der af flere omgange indsamles den samme form for data for den samme gruppe deltagere over en given tidsperiode.

Mentale helbredsproblemer = omfatter hos 0-9-årige problemer med den generelle psykiske udvikling, barnets adfærd og dets følelsesmæssige tilstand. Jo yngre barnet er, desto mere uspecifikke kan problemerne være. Mentale helbredsproblemer udvikler sig dynamisk, de kan forværres eller aftage afhængigt af barnets sårbarhed og

omgivelseernes støtte. For mange børn er problemerne forbigående, men hvis problemerne er tilbagevendende eller vedvarende, kan de udvikle sig til egentlig psykisk sygdom.

Mental sundhed = er en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udnytte sit potentiale, kan håndtere dagligdagens udfordringer, kan arbejde produktivt og gavnligt og er i stand til at bidrage til fællesskabet. Denne definition er velegnet til lidt større børn, men mindre egnet til spæd- og småbørn, hvor mental sundhed kan defineres som det lille barns kapaciteter til at opleve, regulere og udtrykke følelser, til at danne nære og trygge relationer og til at udforske sine omgivelser og lære.

Metaanalyse = en samlet systematisk og statistisk analyse af tidligere empiriske undersøgelser (randomiserede kliniske forsøg) udført om samme emne.

Odds Ratio (OR) = er et statistisk mål, som kvantificerer styrken af korrelationen (association) mellem en studeret risikofaktor (eksponering) og et studeret udfald (ofte sygdom). En OR på 1,0 betyder, at der ikke er nogen korrelation. En OR der er større end 1,0 er udtryk for, at forekomsten af den pågældende sygdom er større, når risikofaktoren er til stede. En OR der er mindre end 1,0 er udtryk for, at forekomsten af den pågældende sygdom er mindre, når risikofaktoren er til stede.

Opsporing (tidlig opsporing) = er initiativer og indsatser, der iværksættes for at identificere børn i begyndende mistrivsel samt forebygge, at problemerne skader børns udvikling. Tidlig opsporing gennemføres oftest i sundheds-, undervisnings- og socialektoren.

Prævalens = forekomst. Anvendes i sundhedsvidenskaben som udtryk for andelen (proportionen)

af en befolkning med en bestemt tilstand (ofte en sygdom, bruges også om forekomst af risikofaktorer) på et bestemt tidspunkt. Angives ofte i procent eller tilfælde pr. 10.000 eller 100.000 personer.

Psykisk sygdom = er defineret ved tilstedeværelse af specifikke symptomer eller fund ved kliniske undersøgelser, der optræder i et karakteristisk mønster, som er forbundet med personlig belastning eller lidelse og påvirkning af den fysiske eller psykiske funktion.

Randomisering = fordeling af forsøgspersoner til forskellige forebyggende indsatser eller behandling ved anvendelse af et tilfældighedsprincip, fx lodtrækning. Randomisering er et krav i kontrolrede undersøgelser (randomized controlled trials (RCT)).

Repræsentativ = bruges om en undersøgelse hvis deltagere er udtrukket efter et tilfældighedsprincip, således at de repræsenterer den bagvedliggende befolkning.

Resiliens (modstandskraft) = ressourcer til at klare livets almindelige udfordringer. Når man taler om resiliens hos børn, tænker man ikke kun på barnets egen krop og psyke, men også på de ressourcer barnet kan trække på i sine sociale relationer og levekår, dvs. den kapacitet, der er til rådighed, for at barnet kan imødegå livets udfordringer.

Risikofaktor = et hvilket som helst forhold hos en person eller et opvækstmiljø, som er statistisk associeret med forekomst af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker.

Screening = undersøgelse for en givent ikke-erkendt sygdom eller tilstand i tidligt stadium

mhp. tidlig behandling. Systematisk (universel) screening er undersøgelse af alle i en målgruppe, fx sundhedsplejerskers screening for fødselsdepression hos forældre til spædbørn. Screening er ikke diagnostisk, og et positivt screeningsresultat bør følges op af en nærmere undersøgelse.

Selektiv forebyggelse = er indsatser, som henvender sig til en særlig målgruppe med øget risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom.

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) = er et spørgeskema, som belyser barnets sociale styrker og problemer mht. adfærd, hyperaktivitet, følelsesmæssig tilstand og samvær med jævnaldrende, samt grad af påvirkning af funktion i dagligdagen. SDQ dækker aldersintervallet 2-17 år og adskiller sig fra de fleste andre spørgeskemaer ved at kunne besvares af både forældre, lærere/pædagoger og af barnet selv fra 11-årsalderen og op.

Signifikans = et begreb fra statistik om en vedtaget grænse for sandsynligheden af, at et resultat kunne være fremkommet ved en tilfældighed. Angives ofte som en sandsynlighed p (probability), fx $p < 0,05$, dvs. at sandsynligheden for at resultatet kan være fremkommet ved en tilfældighed er mindre end 5%.

Socioøkonomisk status = samlet mål for en persons eller en befolkningsgruppes sociale og økonomiske ressourcer.

Sundhedsfremme = en aktivitet der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere menneskers ressourcer og handlekompetence.

Tværsnitsundersøgelse = undersøgelse hvor man måler eksponering (fx mobning) og udfald (fx forekomsten af lavt selvværd eller ensomhed) på det samme tidspunkt. Formålet er at belyse sammenhængen mellem forskellige risikofaktorer og udfald. Tværsnitsundersøgelser er velegnede til at give et øjebliksbillede men ikke egnede til at belyse årsager, fx kan man i dette eksempel ikke kan afgøre, om mobning kommer før ensomhed eller omvendt.

Universel forebyggelse = indsatser, der er rettet mod alle i befolkningen eller mod grupper i befolkningen, uden at man på forhånd har identificeret individer eller grupper med øget risiko for mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom.

USI-modellen = henviser til Universel, Selektiv og Indikeret forebyggelse.

SUMMARY OF THE REPORT AND GAPS IN KNOWLEDGE

This section summarises our mapping of research-based knowledge and identifies potentials for mental health promotion and prevention of mental health problems and disorders among children in Denmark. Further, the report identifies knowledge gaps. Detailed chapter summaries are provided at the beginning of each chapter.

Background (Chapter 1)

At least 16% of children in Denmark experience mental health problems before reaching ten years of age. For some children, the problems are recurrent or persisting and limit their development and social and emotional function. These children have a considerably increased risk of experiencing continued mental health problems throughout their childhood and adolescence, and they have an increased risk of being affected by learning disabilities, school drop-out and, in the longer term, a risk of chronic mental disorder, abuse and dependence on social welfare benefits. Thus, a strong rationale exists to promote mental health and prevent mental health problems. Comprehensive research shows that the earlier preventive efforts are initiated, the better the result may be.

Objective (Chapter 1)

The aim of the present report is to present research-based knowledge about 1) the prevalence and distribution of mental health problems and mental disorders among 0-9-year-old children in Denmark, 2) risk factors and possible protective factors for mental health problems and mental disorders in the initial ten years of life and 3) interventions that may promote mental health and prevent mental health problems and mental disorders

among 0-9-year-old children in Denmark. Based on this mapping, the working group has identified knowledge gaps and offers advice and makes proposals that may strengthen the efforts to promote mental health and prevent mental disorders.

Terminology (Chapter 1)

The main concepts of the report are mental health (including the auxiliary concepts of well-being and resilience), mental health problems and mental disorders. Preventive interventions are described using the concepts of health promotion, identification and prevention. These three concepts overlap partly and are often difficult to distinguish because many interventions embrace more than one element. The literature on prevention often distinguishes between universal, selective and indicated preventive interventions, but in real life the three types of interventions are typically implemented in conjunction.

Prevalence of mental health problems and mental disorders (Chapter 2)

The report identifies existing knowledge about mental disorders and mental health problems among 0-9-year-olds, in Denmark as well as in other countries. At least 16% of 0-9-year-old children in Denmark experience significant mental health problems; 8% of all children are diagnosed with mental disorders in a hospital setting before their tenth birthday. The main conditions causing referral and diagnosis in early childhood are mental retardation, autism spectrum disorder (ASD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Register-based studies show that the number of children diagnosed with ASD and ADHD is growing, but we have no research-based docu-

mentation that the prevalence of these conditions in the population is rising.

Overall, emotional and behavioural issues are the most frequently observed mental health problems among children. For many children, such problems may be traced back to problems of regulating sleep, eating and emotional reactions in infancy and early childhood. Such early problems related to regulation may be the first signs of developmentally related cascades of dysregulation that endure into school age. The result may be emotional and behavioural problems and problems related to learning and social function that aggravate if the context - the parents in particular - fail to embrace the child with understanding, support and care.

The course of mental health problems and mental disorders in early childhood depends extensively on the context in which the child is embedded. First and foremost, the parents are of essential importance, not least the quality of the parent-child-relationship. Furthermore, the child's development is affected by other parts of the family, the social network, the social and healthcare services, and daycare institutions and schools (see Chapters 3, 4 & 5).

Our knowledge about the developmental course of mental health problems in early childhood is insufficient, and specific knowledge is lacking about factors maintaining, aggravating or reducing the risk of mental health problems and mental disorders in Danish preschool and early school age children. Furthermore, we lack knowledge about the effect of efforts to detect and prevent mental health problems within health visiting services, parental counselling, examinations in general practice, and educational and psychological advisory services (Danish language: pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR)) in the first nine years of life.

Risk factors and risk mechanisms (Chapter 3)

Population studies have identified important risk factors for mental disorders and mental health problems, also shown among children in Denmark: Among the most important are genetic factors, congenital conditions, harmful exposures in foetal life, birth complications, neonatal illnesses and chronic somatic illness in the child. Research-based knowledge about somatic illness as a risk factor for the development of mental health problems is limited, but existing research suggest a considerably increased risk of in particular emotional problems in children with chronic somatic illness. Among the family-related risk factors, mental health problems and mental disorders in the parents are important, in particular when associated with insufficient cognitive and emotional resources. Also, short parent education, financial constraints and single parenting are well established risk factors of mental health problems and mental disorders in children in Denmark. Furthermore, an insufficient quality of daycare has been shown to affect, e.g., the child's language development.

The above-mentioned risk factors interact at all phases of child development in which the child's individual vulnerability is affected by the immediate environment of the family and community. Still, knowledge is limited about potential triggering, aggravating and protective factors affecting the development of mental health problems and mental disorders in children aged 2-9 years. Also, knowledge is scarce regarding the overall risk of mental health problems in somatically ill children.

Family, daycare and schools as development contexts (Chapter 4-5)

A safe and stimulating home environment and growing up with parents who are sensitive to the child's needs is crucial for the quality of the parent-child relationship and for the child's devel-

opment, well-being, and overall mental health. A secure parent-child relationship is protective regarding the development of mental health problems and mental disorders and promote mental health, also in mentally vulnerable children. An anxious and particularly a disorganized parent attachment increases the risk of emotional, behavioural, and other mental health problems. More information is needed about specific conditions in the family and in the parent-child relationship that may contribute to protecting the child from mental health problems. We lack knowledge about specific conditions limiting the parenting ability, which - in a worst-case scenario - may lead to out-of-home placement of the child.

Protective factors include daycare of a high quality, with a sufficiently high adult-to-child ratio and adequate staffing who are sufficiently educated to support child development. Good educational training of staff includes knowledge about childhood development and staff sensitivity to the children's emotional needs. There is a need for systematic monitoring of daycare quality and research about how to develop quality. In Denmark, most children start attending daycare at about 10 months of age and most children start attending school at about 6 years of age. In these periods of transition, the children are confronted with new settings to which they have to adapt, and they are exposed to new demands to their cognitive, social, emotional, and behavioural skills. Knowledge on children's mental health in these periods of transitions is scarce, and research data is needed to plan strategies. These transitions are important, but it is also important to look at the entire childhood as a continuous development. Early difficulties do not disappear spontaneously, and it is important to ensure adequate developmental conditions, in particular for the most vulnerable children.

Children in Denmark spend a large share of their waken hours in daycare, considerably more than children in other European countries. Knowing that the quality of daycare is of great importance for the mental health of the children, a surprisingly small body of research exists in Denmark about this quality. Also, research about the role of daycare in strengthening the children's mental health is scarce. Delayed language development is one example of a well-documented risk factor for mental health problems. Local governments have an obligation to arrange testing of language capabilities of children, but data reporting such efforts are lacking. No research data exist to elucidate how and to what extent children with a delayed language development receive specific support in the period leading up to school start.

The school is of importance for children's mental health and mental health problems. An association exists between the child's school readiness and the child's mental health. Also, schools need to be prepared for the children, and a number of factors related to the school may serve to promote the mental health of its pupils. A school environment characterised by high social capital (e.g., a high level of trust between pupils and between pupils and teachers), quality teaching, clear communication of acceptable behaviour, and systematic prevention of bullying are important elements in a school environment that promote mental health. Even though some research is available on school readiness for children and children's adaptation to school in Denmark, this research has not focused on the mental health of the children.

Use of electronic media plays an increasing role, also in families with children and among the youngest children in Denmark. Knowledge is lacking about how screen time of parents and their children affects the children's mental health and

their risk of developing mental health problems.

Socio-economic background and family structure (Chapter 4)

Socio-economic background is important for the mental health of 0-9-year-old children. The prevalence of mental health problems is considerably higher among children from lower socio-economic groups. Family structure and family life also matter. Children who do not live with both of their parents generally have a higher prevalence of mental health problems. Trustful family relations are a resource that protects children against mental health problems.

Consequences of COVID-19 for the mental health of children (Chapter 4)

Great concern exists for the consequences of the COVID-19-restrictions on the mental health of children. This topic has currently only been sparsely researched in Denmark. The limited international research suggest that the restrictions have harmful effects on the mental health of children, e.g., increased loneliness, more symptoms of anxiety, depression, hyperactivity, and a diminished quality of sleep. The harmful effects are intensified if the parents are under pressure due to the restrictions, and they seem to be greater among children who are already affected by mental health problems. Even so, results are inconclusive, and some children have flourished as they have been able to spend more time with their parents. It is unknown if these research findings apply to children in Denmark.

Early identification of mental health problems (Chapter 6)

Early identification and early intervention are concepts used frequently in Denmark, and a large share of Danish municipalities are currently reorganising their efforts to strengthen early

interventions. The concepts of early identification and early intervention are not clearly defined but are used broadly about interventions assumed to prevent or limit the development of mental health problems. Early identification may be targeted at certain contexts, e.g., identification within daycare or schools, but identification is most often used about interventions that are targeted at individuals.

In recent years, the municipal health visiting services have contributed with considerable documentation of their activities and with systematic work on early identification and prevention of mental health problems, but data are still lacking about the quality of these efforts. We have limited documentation of other identification efforts, e.g. preventive examinations in general practice; language tests of young children; educational and psychological advisory services; school-based healthcare services. Thoroughly tested methods for early identification of and help for parents with limited parenting capabilities are available, e.g. for parents with mental health problems, stress, and own childhood trauma, but these methods have not yet been implemented in all municipalities. As mentioned, knowledge is also lacking about methods for reliable identification and prevention of mental health problems in daycare.

In summary, despite a strong focus on early identification, almost no documentation has been published and nearly no knowledge is available about what is detected, what happens to children and families in which professionals have identified problems, and if there are available services for the children and families where problems are detected. Furthermore, we are unaware if the professionals who receive information about detected problems have the required knowledge to remedy the problems.

Parent-directed interventions (Chapter 7)

Interventions targeting the parents of 0-9-year-old children may be either universal, selective or indicated. Parent-directed interventions for 0-2-year-olds are typically initiated by the health visiting services and are often based on attachment theory. Most of the interventions targeting 3-9-year-olds are based on social interaction learning theory and typically target the child's behaviour and the parents' ability to establish limits and adjust the child's behaviour in a sensitive manner.

Infants and toddlers (0-2-year-olds): It is difficult to assess the effect of the universal health visiting services as provided in Denmark because no comparison or control groups exist. International studies on health visiting services provided as selective interventions demonstrate a positive effect on children's mental health in risk-prone families - a group that may also be reached by universal interventions like the Danish health visiting services. Only few systematic reviews have focused on the effect of universally offered parent-directed interventions such as parent courses on parent-child relationship and/or the development of the child. Results are mixed, and our knowledge about the effect of universal parent-directed interventions remains limited. Research shows that selective or indicated parent-directed interventions hold a potential to improve the parent-child-relationship and strengthen the mental health of infants and toddlers in the short term, often by a reduction of behavioural problems. It is more unclear if the effect remains over time, and more studies are needed to study the long-term effects of parent courses. A few of these interventions were developed in Denmark and some of these have documented effect. Generally, though, our knowledge about the effects remains insufficient.

Pre-school children (3-5-year-olds): Among school children, strong documentation is available for selective or indicated interventions targeted at insufficient sensitivity of the mother, unsafe attachment, behavioural problems, and delayed language development. Only few Danish studies of the effect exist.

Early primary school children (6-9-year-olds)

Parent-directed interventions targeting early primary school children are often conducted in close interaction with the school and may unfold as parent training and other in-home interventions. Research on the effect of universal preventive parent-directed interventions in this age group remains modest. Some preventive interventions have a documented effect on anxiety, depression, and sleep disorders.

Interventions in daycare (Chapter 8)

Good documentation exists that a high quality in daycare is an important health-promoting intervention. Several methods to strengthen the quality of daycare exist, methods which promote mental health and prevent mental health problems of young children. It is well documented that it is possible to strengthen the children's socio-emotional and linguistic competences.

A need exists to explore which specific elements in daycare, and which specific quality parameters have an impact on the healthy mental development of children and on mental health problems. There is a need for more knowledge about how daycare contribute positively to the development of the children, e.g. the contribution of organisational issues, management, and cooperation. For the youngest children and for exposed and vulnerable children in particular, the quality of daycare is important for development and mental health. Strengthening the interventions and quality

of daycare harbours considerable potential, and documentation and research underpinning this potential is essential.

School-based interventions (Chapter 9)

Considerable efforts are being made in schools to enhance the mental health and prevent mental health problems of pupils, e.g., programmes aiming to reduce bullying and programmes targeted the mental health of pupils. International reviews and meta-analyses largely agree that such interventions may have an effect. It is possible to, e.g., reduce bullying, enhance the social and emotional competences of children and prevent symptoms of depression and behavioural problems. The effect sizes are often small, but the efforts make sense anyway because they are inexpensive, cost-effective and seem to have no negative side-effects. Most of the interventions used in Denmark have not undergone scientific evaluation, and many of the scientific evaluations that have been conducted are not methodologically adequate. Almost no knowledge exists about the staff's competence in relation to school-based interventions, and our knowledge is modest about good implementation of the used preventive interventions. Despite the large gaps in our knowledge about mental health promotion and prevention of mental health problems and mental disorders via interventions in daycare and schools, interventions with documented effect are available, and some of these interventions are used in Denmark.

Out-of-home placement of children (Chapter 10)

Approx. 0.6% of all 0-9-year-olds are in out-of-home placement - typically in a foster family - to ensure their healthy development. Most of these children come from families with severe mental and/or social problems, including alcohol and drug abuse. Many of these children have experienced

serious traumatic events, interrupted relationships with their primary carers, and repeated out-of-home placements. These children have a substantially increased occurrence of somatic and particularly mental health problems and problems at school. Knowledge is lacking about how to accommodate the needs of children who are in out-of-home placement. For example, how to establish the best possible match between child and foster care. In case of placement in a foster family, it is important to learn more about which form of family placement is best for the child's mental health, e.g. placement with the child's next of kin. Furthermore, knowledge is lacking about how to support foster families, and interventions to reduce the mental health problems of the child. This is particularly important for children who have been placed in foster care institutions. Children who are in out-of-home placement often experience shifts from one school to another and therefore from one set of teachers and classmates to the next. Knowledge is lacking about how to optimise the school experience of children who are in out-of-home placement. Interventions targeted at the mental health problems of children in out-of-home placement do exist, and interventions targeting foster parents seem to have a good effect on the children's mental health. Whether such interventions are used in Denmark remains unknown.

Indicated prevention of mental health problems and mental disorders (Chapter 11)

Indicated prevention comprises interventions targeting children with mental health problems or symptoms of mental disorders that are identified by validated diagnostic measures. Regarding children aged 0-9-years, the indicated prevention in Denmark can be included in universal and selective strategies of the municipalities and general practice, or as part of the healthcare services. Across these settings, the role of parents is ubiquitous, and

close collaboration is crucial to insure the mutual engagement of parents and stakeholders from e.g. municipal social services, psychological advisory services, medical specialists, and hospital departments.

Considering the current state of knowledge on the frequency and the risk mechanisms of mental health problems and mental disorders in 0-9-year-olds, much has to be done to meet the demands of indicated prevention interventions in Denmark. Specifically, we need knowledge about effective interventions in the periods of particular importance regarding overall development in childhood: infancy and toddler-age (0-2 years of age) and the time around school start (5-7 years). Research in this field is growing, but still, we await scientific data that document the promotion of child development, learning opportunities and social functions, and measures that document the prevention of mental health problems and mental disorders in Danish 0-9-year-olds.

Protective factors (Chapters 3-10)

A range of factors protect against the development of mental health problems and promote the mental health of the child. Information about protective factors is included in several of the chapters of this report. Here, we provide a short summary for convenience.

In the child: Effective interventions in the pre-term period may protect against harmful effects from, e.g., the mother's high alcohol consumption and smoking, and the effects of premature birth and foetal growth inhibition. In the first weeks after birth, it is important to ensure early diagnostics and treatment of serious conditions that affect the child's development. There is a high level of comorbidity between somatic illness and mental health problems. Therefore, active identification

of mental health problems in children with somatic conditions may serve as an initial step towards more protective interventions (see Chapter 3).

In the home: Good documentation is available for the protective effect of a safe and stimulating upbringing environment, a good parent-child relationship, a safe attachment to the parents and good parenting skills, e.g., parents who are sensitive to their child's needs. Such an upbringing environment enhances children's mental health and development - also among mentally vulnerable children. Another protective element is effective interventions to reduce any parental mental health problems, mental disorders, and abuse. Limiting the parents' screen time (e.g., mobile phone) enhances their attention to and interaction with their child. Limiting the screen time of young children seems to contribute to protection against mental health problems, e.g. because a high screen time is associated with less sleep. Developing the ability to self-regulate (food, sleep, circadian rhythm, emotions, rest) is fundamental to the child's mental health as is also the development of language and adequate communication. Therefore, early identification and implementation of interventions to counter such problems may protect the child (see chapters 3 and 4).

In daycare and schools: A safe relation between children and daycare staff is an important protecting factor in the lives of vulnerable children. Staff members who are sensitive to the children and who combine the professional prerequisites to understanding and meeting children's emotional needs may stimulate the development of a safe staff-child-attachment. Quality in daycare enhances children's cognitive, linguistic and social development. Quality is characterised by a high share of trained staff, who stimulate the children and work with the children most of the time. In

schools, well-trained teachers and stable, safe and supportive teacher-pupil relationships have a protective effect on children's learning and mental health. Clearly defining and communicating what acceptable behaviour is and systematically preventing bullying are other important elements in the school environment that protects against the development or aggravation of mental health problems (see Chapter 5).

Early identification and preventive interventions: Early identification is essential in avoiding an exacerbation of emerging mental health problems. Effective identification followed by targeted efforts are therefore important protective factors. The most advanced procedures for early identification are infant health visiting services. General practice, daycare, school-nursing, psychological advisory services, the municipal family departments, and schools may also contribute to early interventions that may promote the mental health of children. In children with risk factors or mental health problems, selective and indicated parent-directed interventions may enhance the parent-child relationship and may contribute to reduce developmental, emotional and behavioural problems in the child. To take an example, identification and treatment of delayed language development may protect against the development of secondary emotional and behavioural problems. Daycare and schools may also contribute to protecting vulnerable children against the development of mental health problems and exacerbation of existing problems by offering stability and adult contact and by employing specific preventive programmes. For children who are in out-of-home placement, a good match between the child's needs and the foster parents' competences may have a protective effect on the development and exacerbation of mental health problems and mental disorders. This contributes to preparing the foster parents

particularly well to meeting the specific needs of the child, and it optimises the possibility of stable and mutual relation between foster parents and children who are placed out of their homes (See Chapters 6 & 10).

Recommendation

The prevalence of mental health problems and mental disorders among children is high, even in an affluent country with a high level of social welfare as Denmark. Current knowledge points to several risk factors in pregnancy and in the child's upbringing, such as individual vulnerability in the child and the parents, parent-child relations, the social and financial situation of the family, as well as factors related to day-care and schools and the community more broadly. The available knowledge suggests a considerable potential for improving mental health and preventing mental health problems and mental disorders in children. Still, this potential remains unexploited and our review indicates that at present, the interventions in Denmark are characterized by being insufficient, too unsystematic and undocumented. Consequently, many children with emerging problems are left behind not receiving sufficiently early, immediate and effective interventions of documented quality and with sufficient coordination. Systematic research in the development, implementation, monitoring and evaluation of preventive interventions to address mental health in 0-9 years olds are needed, and it includes all levels from health promotion to support for vulnerable families, as well as immediate and effective treatment of children with mental health problems.

→ **WE THEREFORE PROPOSE A NATIONAL STRATEGY COMPRISING SEVEN KEY POINTS:**

- 1 Ensure coherence between the many preventive interventions for children and families offered by the healthcare, social and educational sectors.
- 2 Improve strategies of mental health promotion, and identification and prevention of mental health problems among all children in all municipalities.
- 3 Improve interventions in families where one or more parents have mental or social problems.
- 4 Improve mental health by qualifying identification efforts and introducing research-based interventions for mental health promotion and prevention of mental health problems in daycare and schools.
- 5 Improve the available knowledge about the mental health and mental health problems of children in all groups of professionals that meet children and families.
- 6 Improve research into preventive interventions targeting mental health, mental health problems and mental disorders in children.
- 7 Monitor the implementation and the effects of the interventions mentioned above in points 1-6.

