

# ET FELTEKSPERIMENT MED KÆRLIGHED I KAOS

ET FORÆLDRETRÆNINGSPROGRAM TIL FAMILIER MED ADHD ELLER  
ADHD-LIGNENDE VANSKELIGHEDER



15:19

CHRISTIANE PRÆSTGAARD CHRISTENSEN  
CHRISTOFFER SCAVENIUS



15:19

# ET FELTEKSPERIMENT MED KÆRLIGHED I KAOS

ET FORÆLDRETRÆNINGSPROGRAM TIL FAMILIER MED  
ADHD ELLER ADHD-LIGNENDE VANSKELIGHEDER

CHRISTIANE PRÆSTGAARD CHRISTENSEN  
CHRISTOFFER SCAVENIUS

KØBENHAVN 2015

SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

ET FELTEKSPERIMENT MED KÆRLIGHED I KAOS: ET  
FORÆLDRETRÆNINGSPROGRAM TIL FAMILIER MED ADHD ELLER ADHD-  
LIGNENDE VANSKELIGHEDER

Afdelingsleder: Mette Deding

Afdelingen for Skole og uddannelse

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7119-308-4

e-ISBN: 978-87-7119-309-1

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Shutterstock

Oplag: 300

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2015 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

[sfi@sfi.dk](mailto:sfi@sfi.dk)

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

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

# INDHOLD

	<b>FORORD</b>	<b>5</b>
	<b>RESUMÉ</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUKTION</b>	<b>11</b>
	Diagnostiske kriterier	13
	Prævalens	14
	Personlige og økonomiske omkostninger	16
	Forældretræning	17
<b>2</b>	<b>DESIGN</b>	<b>21</b>
	Felteksperimentet	21
	Deltagere	23
	Trænere	24
	Kursets indhold	25
	Responsvariable	26

	Randomisering	32
	Statistisk metode	33
<b>3</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>35</b>
	Forløb	35
	Baseline-data	37
	Effekten af Kærlighed i Kaos	44
	Eksplorativ analyse	65
<b>4</b>	<b>OPSAMLING</b>	<b>67</b>
	Inden Kærlighed i Kaos	69
	Resultater af Kærlighed i Kaos	70
	Begrænsninger	73
	Afrunding	75
	<b>LITTERATUR</b>	<b>77</b>
	<b>SFI-RAPPORTER SIDEN 2014</b>	<b>85</b>

# FORORD

Det sidste årti har Danmark oplevet en stigende udvikling i antallet af børn med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder, hvilket har medført øget fokus på effektive indsatser til de berørte familier. En af de mest veldokumenterede ikke-farmakologiske indsatser er forældretræning, men på trods af sin veldokumenterede effekt mangler denne behandlingsform at blive udbredt til de mange forældre og børn, som dagligt kæmper med ADHD. ADHD-foreningen har derfor udviklet forældretræningsprogrammet Kærlighed i Kaos (KiK) som et nyt tilbud til danske familier med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder. Denne rapport har til formål at undersøge effekten af KiK for disse forældre og deres børn.

Rigtig mange mennesker har bidraget til denne rapport. For det første vil vi sige tak til alle forældrene og deres kursusmakkerer, som på trods af en travl hverdag fyldt med daglige udfordringer alligevel har fundet tid til at udfylde vores utallige og omfattende spørgeskemaer om deres børn og deres gøren og laden. På grund af deres udholdenhed ved vi nu, at tusindvis af nuværende og kommende danske familier med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder kan få en nemmere hverdag med KiK. For det andet vil vi takke alle de frivillige KiK-trænere og KiK-piloter (kursusmedhjælpere), som har stillet deres tid og ekspertise til rådighed for alle familierne. For det tredje har rapporten fået fantastisk

støtte fra professor Russ Barkley ved Medical University of South Carolina og Camilla Lydiksen og Lene Buchvardt fra ADHD-foreningen, Merete Konnerup fra TrygFonden, Lea Dunkerley fra Komiteen for Sundhedsoplysning, Tea Trillingsgaard ved Aarhus Universitet og en række kollegaer ved SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, som alle generøst har øst af deres viden omkring alt fra designet af studiet, udformning af spørgeskemaer og analyse af data til den færdige rapport. For det fjerde takker vi ADHD-foreningen for modigt at lade os videnskabeligt efterprøve, om de med KiK gør en forskel for familierne – intet var givet på forhånd. Sidst, men absolut ikke mindst, skal projektleder Anna Furbo Rewitz fra ADHD-foreningen have en kæmpe tak – med sin viden om ADHD-vanskeligheder og sit store engagement har hun været en uvurderlig sparingspartner.

Rapporten er udarbejdet af videnskabelig assistent Christiane Præstgaard Christensen og forsker Christoffer Scavenius, som også har været projektleder. Effektmålingen er finansieret af TrygFonden.

København, maj 2015

AGI CSONKA



# RESUMÉ

ADHD og ADHD-lignende adfærdsvanskeligheder er ikke kun en belastning for de familier, børn og forældre, der lever med ADHD. Ubehandlede adfærdsvanskeligheder i barndommen kan have langtrækkende samfundsøkonomiske konsekvenser ind i voksenlivet, med eksempelvis lavere uddannelse og indkomst og højere kriminalitet og dødelighed. Men forældrene kan lære at håndtere barnets ADHD med den rette viden og træning og derigennem øge livskvaliteten hos både børn og voksne. Denne rapport undersøger effekten af forældretræningsprogrammet Kærlighed i Kaos (KiK), som er udviklet af ADHD-foreningen, og er det første dansk-udviklede, evidensbaserede forældretræningsprogram. Programmet tager udgangspunkt i, at frivillige trænere, med en faglig relevant baggrund indenfor det pædagogiske, sociale eller sundhedsfaglige felt, kan give forældrene den nødvendige viden og træning i løbet af 12 kursusgange over 12 uger. KiK er ikke kun rettet mod familier, hvor barnet har en ADHD-diagnose, men også familier, hvor barnet har ADHD-lignende vanskeligheder. KiK kan derfor fungere som en tidlig indsats, der ikke forudsætter en lang udredning i det etablerede sundhedssystem. Ydermere kan KiK udbredes for relativt få ressourcer, da programmet undervises af frivillige.

## RESULTATER

Med et felteksperiment undersøger vi effekten af 322 forældres deltagelse i KiK. Vi følger to hold af forældrene fra slutningen af 2013 til begyndelsen af 2015. Det første hold forældre deltager i KiK i begyndelsen af 2014, mens det andet hold står på venteliste indtil slutningen af 2014. Fire gange i løbet af perioden undersøger vi blandt andet ændringer i forældrenes kompetencer og barnets adfærd.

### EFFEKTEN PÅ FORÆLDRENE

- KiK styrker forældrekompetencer, tilfredshed med forælderrollen og tiltro til egne evner som forælder.
- KiK forbedrer forældrenes opdragelse af barnet.
- Forbedringerne og forandringerne holder ved, selv et år efter første kursusdag.

### EFFEKTEN PÅ BØRNE

- KiK har, gennem forældrenes forandringer, en afsmittende effekt på barnets adfærd. Forældre, der deltager i KiK, har markant færre konflikter, når de stiller krav til barnet i hjemmet.
- Konfliktniveauet ser generelt ud til at falde støt og roligt over perioden.

## PERSPEKTIVER

Internationalt er professionelle forældretræningsprogrammer en veldokumenteret behandlingsform. Indtil flere systematiske forskningsoversigter har dokumenteret, at forældretræning forbedrer forældrekompetencer og giver forældrene større selvværd og livskvalitet (Pelham, Wheeler & Chronis, 1998; Pelham & Fabiano, 2008; Charach m.fl., 2013). Dette studie viser, at forældretræning baseret på frivillige, professionelle trænere har tilsvarende effekter som de etablerede træningsprogrammer. Den umiddelbare fordel ved forældretræning baseret på frivillighed er de lave omkostninger og muligheden for at nå en bredere gruppe af forældre. Etablerede forældretræningsprogrammer indebærer ofte store omkostninger, dels i form af lønninger og certificeringer, og dels i form af licensomkostninger til udviklerne af programmerne. De lave omkostninger og elementet af frivillighed kan derfor bidrage til, at flere forældre får

mulighed for at komme på et forældretræningskursus. Derudover kan elementet af frivillighed bidrage til, at forældre, der ellers ikke ville deltage i et etableret, offentligt tilbud, får et forældretræningskursus. Forældretræningsprogrammer som KiK har derfor mulighed for at nå en bredere gruppe af forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder.

Udbredelse af forældretræning i den frivillige sektor kan også være med til at forebygge og afhjælpe problemer i familierne, hvilket efterfølgende kan føre til forbedringer i forhold til barnets skolegang. Specielt det øgede fokus på inklusion i folkeskolen stiller store krav til børn med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder. Men ved at give forældrene de rette værktøjer til at forbedre barnets adfærd kan forældretræning bidrage til, at børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder trives bedre i skolen.

Endelig har forældrene også mulighed for at få hjælp tidligere, end hvis de først skal igennem det offentlige behandlingssystem. Fordi forældrene selv tilmelder sig til forældretræningskurset, har de mulighed for at få hjælp til at håndtere problemerne i familien tidligere, og mens problemerne er relativt små, end hvis de benytter det etablerede, offentlige behandlingssystem. En større udbredelse af forældretræning i den frivillige sektor vil derfor give det etablerede behandlingssystem mulighed for at fokusere kræfterne på familier med flere og mere komplekse problemer i familien.

## GRUNDLAG

Rapportens analyser er baseret på data fra et felteksperiment med 322 forældre og 161 børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Børnene var 3-9 år gamle ved rekruttering og forsøget blev udført i perioden fra september 2013 til januar 2015 i samarbejde med ADHD-foreningen.

- Data er indsamlet via onlinespørgeskemaer.
- Analysen er kvantitativ og bygger på regressionsanalyse med og uden kontrol for baggrundskarakteristika.

Rigtig god læselyst!



# INTRODUKTION

Hver dag får over 14 børn i Danmark stillet diagnosen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – for 14 år siden, var tallet under tre (Regeringens udvalg om Psykiatri, 2013). Op mod tre pct. af danske børn har i dag diagnosen og op mod 1,5 pct. får medicin og mere end 90 procent af dem, der starter medicinsk behandling, fortsætter medicinbehandling i længere tid (Christoffersen & Hammen, 2011; Thomsen & Damm, 2011; Damm & Thomasen, 2012; Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2014; Pottegård m.fl., 2015).<sup>1</sup> Denne voldsomme stigning har skabt grobund for betydelig offentlig debat og givet anledning til bekymring om overdiagnosticering og overmedicinering (Politiken, 2012, ”Raske børn risikerer ADHD-stempel”), samt bekymring for, at alt for mange børn, som blot er umodne eller har ”krudt bag”, får en diagnose og et skud medicin (DR, 2009, ”ADHD – eller bare fuld af krudt”). Bekymringerne om overdiagnosticering og overmedicinering kan medføre unødigt stigmatisering og frygt for forkert behandling af barnet, og ADHD-medicinen kan have alvorlige bivirkninger for barnet på kort og lang sigt (Graham m.fl., 2011), hvilket kan medføre, at mange forældre er tilbageholdende med at søge eller få medicinsk behandling til barnet. Men ADHD påvirker også hele familien og tærer på

---

1. Mellem 1,4 og 1,56 pct. af danske børn får medicin mod ADHD (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2014).

familielivet, så mange forældre er desperate for at få en effektiv og sikker behandling til deres barn.

I dag er det primære behandlingstilbud til børn med ADHD medicinsk, selvom international forskning omkring behandling af børn med ADHD og Sundhedsstyrelsen (2014) anbefaler, at børn og familier med ADHD også tilbydes adfærdsregulerende behandling, eksempelvis forældretræningskurser. Den markante stigning i antallet af ADHD-diagnoser det sidste årti har medført et betydeligt økonomisk pres på det eksisterende behandlingssystem. I løbet af 10 år, fra 2000 til 2010, oplevede børne- og ungdomspsykiatrien en eksplosiv stigning på 290 pct. i antallet af behandlinger for ADHD-lignende vanskeligheder (Sundhedsstyrelsen, 2012). Både internationalt og i Danmark er der derfor behov for at tænke i nye baner og etablere nye, veldokumenterede og effektive behandlingstilbud for at modsvare udviklingen i antal tilfælde af ADHD og modsvare familiernes behov for behandling.

I denne rapport følger vi 161 familier, som i 2014 deltog i forældretræningsprogrammet ”Kærlighed i Kaos” (KiK), for at evaluere effekten af programmet. KiK er et manualiseret træningsprogram til forældre med børn, der har diagnosen ADHD eller har ADHD-lignende vanskeligheder. KiK er udviklet af ADHD-foreningen og bygger på frivillighed. Det vil sige, at KiK-trænerne og KiK-piloterne (kursusmedhjælpere) bidrager til at hjælpe familierne af egen fri vilje. En af fordelene ved et program, der bygger på frivillighed, frem for professionelle psykologer eller terapeuter, er, at det ikke er begrænset af antallet af professionelle behandlere og økonomiske rammer, men har mulighed for løbende at udvide og sprede sig, efterånden som behovet stiger.

En metodisk udfordring ved evalueringer af forældretræningsprogrammer (eller sociale indsatser i det hele taget) er, at vi ikke ved, hvordan forældrene ville have klaret sig uden kurset. Måske ville disse forældre faktisk have klaret sig helt fint også uden kurset – måske havde de selv fundet de værktøjer, de skulle bruge for at forstå og håndtere deres barns ADHD-vanskeligheder. Hvis vi kunne følge den *præcis samme* familie, med og uden kurset, kunne vi observere forskellen mellem de to parallelle forløb og derved tydeligt se, hvilken forskel programmet havde gjort. Men det er kun i fiktionens verden (som i Hollywoodfilmen *Sliding Doors*)<sup>2</sup> at det kan lykkes at generere den slags parallelle observationer. Videnskaben benytter i stedet eksperimenter (også kaldet lodtræknings-

---

2. Filmen følger Helens (Gwyneth Paltrows) to parallelle livsforløb, hvor hun når og ikke når et tog.

forsøg), hvor grupper af personer ved lodtrækning tilbydes en indsats. Hvis grupperne er tilpas store, vil lodtrækningen sørge for, at alle typer af forældre er repræsenteret i begge grupper. Begge grupper vil eksempelvis have lige mange forældre med høj og lav uddannelse, lige mange, som har job eller er arbejdsløse, og lige mange, som ville have funder værktøjerne selv, og som ikke ville. Vi kan derfor parallelt følge to *ens grupper* af forældre, hvor den ene gruppe modtager et kursus, mens den anden ikke gør. For at dokumentere effekten af træningsprogrammet designede vi derfor et felteksperiment, hvor vi ved lodtrækning tilbød halvdelen af forældrene at modtage kurset i begyndelsen af 2014, mens den anden halvdel ville modtage kurset i slutningen af 2014. Vores brug af denne type af eksperiment giver os information om, hvad der generelt sker for familier, der deltager i kurset KiK. Eller sagt på en anden måde; eksperimentet kan besvare, hvad der rent faktisk ville være sket med vores familier, hvis de ikke havde deltaget i kurset. For de mange tilsvarende danske forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende adfærdsvanskeligheder, som ikke har fået tilbudt den anbefalede forældretræning, kan eksperimentet med stor sandsynlighed forudsige, hvad der vil ske med dem, hvis de også får mulighed for at deltage i KiK.

## DIAGNOSTISKE KRITERIER

Betegnelsen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) stammer fra det amerikanske diagnosticeringssystem (DSM: the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual). I WHO's klassificeringssystem (the World Health Organizations International Classification of Disease), der også benyttes i Danmark, anvendes termen *hyperkinetisk forstyrrelse*. Til trods for forskellige diagnosticeringssystemer er de to diagnoser stort set ens. I daglig tale anvendes termen ADHD, og denne rapport skelner ikke mellem de to termer. Efterfølgende anvender vi termen ADHD.

ADHD er en klinisk diagnose, som baseres på observationer af barnets adfærd i hverdagen, og hvordan det håndterer forskellige situationer. For at få diagnosen ADHD skal barnet udvise adfærdproblemer på tværs af kontekst eksempelvis både i hjemmet og i skolen. Problemerne opleves oftest som udviklingsforstyrrelser i forhold til andre børn indenfor tre områder: uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet.

Disse kaldes også for kernesymptomer på ADHD. De fleste toårige børn opfylder kriterierne for ADHD, men efterhånden som barnet bliver ældre, udvikler det bedre impuls kontrol og lærer at regulere sin opmærksomhed. Når et barn får diagnosen ADHD, kan det skyldes, at barnet ikke i samme grad forbedrer sig indenfor kernesymptomerne og for eksempel forsætter med højt aktivitetsniveau og koncentrationsproblemer ind i teenageårene og voksenalderen.

## PRÆVALENS

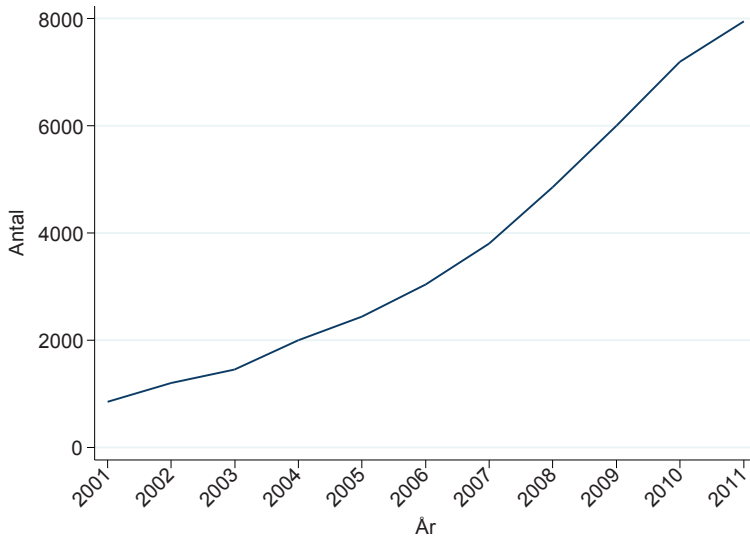
Det seneste årti har vi set en markant stigning i antallet af både børn og voksne diagnosticeret med ADHD. Se eksempelvis figur 1.1.(Due, m.fl. (2014); Regeringens udvalg om Psykiatri (2013); Bærentzen, Beyer, & Jensen (2014). I Danmark, såvel som i andre vestlige samfund, er ADHD nu den mest almindelige psykiatriske diagnose blandt børn og unge (Daley m.fl., 2014; Due m.fl., 2014). I 2001 diagnosticerede børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Danmark omkring 1.000 personer med ADHD. I løbet af ti år, frem til 2011 ottefoldedes antallet af diagnoser til ca. 8.000 personer med ADHD per år. Ud af det samlede antal børn og voksne med ADHD steg andelen af voksne fra 4 pct. i 2002 til ca. 25 pct. i 2011 (Daley m.fl., 2014). For børn identificeres ADHD oftest, når de begynder i skole, og kravene til koncentration og adfærd øges markant (Barkley & Edwards, 2001). Kun få børn diagnosticeres allerede i førskolealderen, da udviklingsforstyrrelserne sjældent er tydelige i så tidlig en alder.

Omkring 2 ud af 3 børn diagnosticeret med ADHD er drenge, men flere piger, end de diagnosticerede, har sandsynligvis ADHD (Socialstyrelsen, 2014). Årsagen til, at pigerne ikke bliver diagnosticeret i samme udstrækning som drengene kan være, at symptomerne udmønter sig forskelligt på tværs af køn. Piger er ofte langt mindre hyperaktive end drenge, men kan have samme problemer med at fastholde opmærksomhed og koncentration. Da udadreagerende adfærd i sammenligning med opmærksomhedsforstyrrelser opleves som et større problem i skolen og hjemmet, kan der være en tendens til, at piger med ADHD overses i skolen og behandlingssystemet.



FIGUR 1.1

Udvikling personer der fik stillet diagnosen ADHD. 2001-2011. Antal.



Anm.:

Kilde: Baseret på figur 4.15 i Bilagsrapport 2 fra Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri (2013).

Der er generel enighed om, at ADHD udvikles i et samspil mellem arvelige faktorer og familieforhold (Faraone & Biederman, 1998; Taylor, 1999; Rutter & Sroufe, 2000). Forældre, hvis børn er diagnosticeret med ADHD, har selv øget sandsynlighed for at have ADHD (Sonuga-Barke, Daley & Thompson, 2002; Harvey m.fl., 2003). Johnston & Mash (2001) argumenterer, at det for de fleste personer (80 pct.) gælder, at ADHD hovedsageligt er bestemt af genetiske faktorer, og at indflydelsen fra familieforhold og andre miljømæssige påvirkninger er mindre vigtige. Til trods for, at ADHD mest er genetisk bestemt, er familien vigtig i forhold til, hvordan ADHD udvikler og udmønter sig. Familien kan både forværre og forbedre adfærdsproblemer hos børn, og en velfungerende familie kan dæmpe ADHD-symptomerne på trods af en genetisk disposition (Johnston & Mash, 2001).

## PERSONLIGE OG ØKONOMISKE OMKOSTNINGER

At have et barn med ADHD i familien kan trække store veksler på familielivet. ADHD-symptomerne kan opleves stressende og dominerende på andre familiemedlemmer, hvilket ofte fører til negative reaktioner fra søskende og forældre, ødelæggende og negative adfærdsmønstre mellem familiemedlemmerne og nedsat psykosociale funktioner hos forældrene (Johnston & Mash, 2001). Studier, hvor forældrene benytter sig af selvrapportering, finder, at familier med ADHD har et mere stressende og konfliktfyldt familieliv (Gadow m.fl., 2000; DuPaul m.fl., 2001), forældrene føler, at de har ringere forældrekompetencer (Pisterman m.fl., 1992; Anastopoulos m.fl., 1993; Bor, Sanders & Markie-dadds, 2002), og at de er mere eftergivne og oftere overreagerer (Harvey m.fl., 2001; Keown & Woodward, 2002). Disse familiære problemer kan igen øge barnets forstyrrende adfærd og forværre forældre-barn-relationen. Det er derfor vigtigt at stoppe denne negative spiral så tidligt som muligt, mens problemerne stadig er små. Eksempelvis ved at ændre forældrenes adfærd og derigennem ændre udsigterne for både børn og forældre.

ADHD-diagnosen optræder hyppigst blandt familier med svag socioøkonomisk baggrund. Børn med ADHD-symptomer får eksempelvis mindre uddannelse (Loe & Feldman, 2007) og lavere indkomst (Currie & Stabile, 2006; Fletcher, 2014). Personer med ADHD har større sandsynlighed for at blive misbrugere, indgå i kriminalitet, udvise antisocial adfærd (Sonuga-Barke m.fl., 2013; Due m.fl., 2014) eller dø ved en ulykke (Dalsgaard m.fl., 2015). Derudover er ADHD forbundet med en lang række følgesygdomme, hvoraf de mest almindelige er adfærdsforstyrrelser (60-70 pct.), angsttilstande eller depression (30-40 pct.) samt indlæringsvanskeligheder (25-30 pct.) (Damm & Thomassen, 2012). Udover de personlige omkostninger ved ADHD påfører ADHD og ADHD-relaterede problemer derfor velfærdssamfundet betydelige økonomiske omkostninger igennem stigende udgifter i uddannelsessystemet, sundhedssystemet, det strafferetslige system og det sociale system (Daley m.fl., 2014).

Dette menneskelige og økonomiske pres har ført til en stigende interesse for at identificere og behandle ADHD så tidligt som muligt. Politisk blev der i 2009, som en del af Satspuljen, allokeret 26 mio. kr. til at styrke kendskabet til ADHD og behandlingen af ADHD. Satspuljen blev udmøntet i en national handleplan for ADHD-indsatser i kommu-

nerne til at hjælpe personer med ADHD og forhåbentlig også reducere risikoen for udviklingen af problemer som følge af ADHD (Sundhedsstyrelsen, 2014).<sup>3</sup> I 2015 blev budgettet for Satspuljen igen fastsat. 12,7 mio. kr. er over de næste fire år allokeret til at højne livskvaliteten hos personer med ADHD gennem et engelsk metodeprojekt, som er udviklet af den engelske psykolog Susan Young. Derudover blev 16 mio. kr. allokeret til forældretræning rettet mod familier med ADHD (Socialstyrelsen, 2015).

## FORÆLDRETRÆNING

Der benyttes hovedsagelig medicinsk og psykosocial behandling af ADHD, selvom der også arbejdes med f.eks. ændringer i kosten og neurologiske træningsprogrammer. Kernesymptomerne på ADHD – uopmærksomhed, hyperaktivitet og impulsivitet – behandles mest effektivt med medicinsk behandling (Christoffersen & Hammen, 2011). Dog påpeger Loe & Feldman (2007) og Pottegård m.fl. (2013), at der ikke er langsigtede forbedringer for unge og voksne, som udelukkende behandles med medicin. Nogle forældre er også forbeholdne over for at medicinere deres børn, blandt andet fordi ADHD-medicin kan have bivirkninger på bl.a. appetit, søvn og vækst (Berger m.fl., 2008; Graham m.fl., 2011). Da man ikke på nuværende tidspunkt er bekendt med de langsigtede bivirkninger af medicin til førskolebørn, fraråder man medicinsk behandling til børn under 6 år. Der er en bred accept af, at medicinsk behandling af ADHD skal kombineres med psykosocial behandling, for at man opnår de bedste resultater (Sonuga-Barke m.fl., 2013). Pelham & Fabiano (2008) argumenterer tilmed for, at psykosocial behandling skal tilbydes som den første indsats til børn med ADHD, og at denne behandling efterfølgende kan suppleres medicinsk, hvis det viser sig nødvendigt.

Der findes flere forskellige typer psykosociale behandlinger af ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder – eksempelvis behandlinger, der foregår i skolen eller på en klinik, behandlinger, der er rettet mod barnet eller forældrene, eller behandling på individ- eller gruppeniveau,

---

3. Se ”National ADHD-Handleplan – Pejlemærker, anbefalinger og indsatser på det sociale område” på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<http://shop.socialstyrelsen.dk/products/national-adhd-handleplan-pejlemærker-anbefalinger-og-indsatser-pa-det-sociale-omrade>).

bare for at nævne nogle. I denne rapport er fokus på forældretræningsprogrammet KiK. Indholdet på kurset ligner indholdet på andre veldokumenterede og manualbaserede forældretræningsprogrammer – f.eks. Positive Parenting Program, også kaldet ”Triple P”, eller the Incredible Years, også kaldet ”De Utrolige År”. De manualbaserede programmer er typisk struktureret over et fast antal træningsgange med forudbestemt indhold for at sikre ens behandlinger. Under forløbet får forældrene blandt andet viden om årsagerne til barnets adfærd, værktøjer til at fremme positive forældre-barn-relationer og nye metoder til at takle barnets adfærdsvanskeligheder. Forældrene lærer f.eks. at håndtere deres børns problemer ved mere tydelig planlægning af hverdagen og disciplin, der bygger på forudsigelighed, belønning og moderate til milde konsekvenser, som f.eks. en kort timeout (Chronis m.fl., 2004; Charach m.fl., 2013).

#### TIDLIGERE FORSKNING

Der findes stort set ingen evalueringer af forældretræning i Danmark, eller evalueringer målrettet yngre børn, udover evalueringen hos Trillingsgaard & Trillingsgaard (2014) af ”De Utrolige År”. Evalueringen, der bygger på 36 danske børn i alderen 3 til 8 år, finder, at forældre-barn-relationen forbedres, forældrenes stressniveau falder, og forældrekompetencerne styrkes. For børnene finder Trillingsgaard & Trillingsgaard (2014) også, at ADHD-symptomer og adfærdsproblemer mindskes og sociale kompetencer øges. Der blev foretaget en opfølgning efter 6 måneder, hvor nogle af de fundne effekter var udvandet.

Generelt viser eksisterende forskning i forældretræningsprogrammer, at forældretræning forbedrer forældrenes kompetencer og trivsel, og at denne forbedring har en positiv afsmittende effekt på barnets adfærd, specielt barnets adfærd i hjemmet. Pelham, Wheeler, & Chronis (1998) finder en forbedring hos børnene, hvis man arbejder målrettet med forældrenes adfærd. Allerede i 1998 konkluderede Pelham, Wheeler, & Chronis (1998), at forældretræningsprogrammer er en veletableret behandlingsform og en af de mest effektive måder at ændre forældres adfærd på, hvilket efterfølgende kan medføre forbedringer i barnets adfærd i hjemmet. Deres konklusioner underbygges igen i 2008 i en tilsvarende forskningsoversigt med nyere studier (Pelham & Fabiano, 2008). Chronis, Jones, & Raggi (2006) kommer til samme konklusion i deres forskningsoversigt. En nyere forskningsoversigt af Charach m.fl. (2013), der evalu-

rer forældretræning til forskolebørn med forstyrrende adfærd generelt (herunder ADHD), finder også effekter på forældrekompetencer, børnenes adfærd og børnenes ADHD-symptomer. De konkluderer også, at forældretræning er en effektiv psykosocial behandlingsform. Karakteristisk for de inkluderede forældretræningsprogrammer i disse oversigter er, at forældrene undervises af lønnede, professionelle trænere. I modsætning til forældrene i KiK, der undervises af professionelle, frivillige trænere.

Selvom forskningsoversigterne viser generelt positive effekter af forældretræning, dækker resultaterne også over betydelig variation mellem forskellige forældre. Sonuga-Barke m.fl. (2002) og Charach m.fl. (2013) finder, at mødre med ADHD-symptomer har en mindre effekt af forældretræning, og at alvorlige ADHD-symptomer helt kan eliminere effekten. Owens m.fl. (2003) finder, at depressive mødre har en mindre effekt af forældretræning. Chronis m.fl. (2004) bemærker, at disse forskelle kan skyldes, at psykisk pressede personer ofte har problemer med at organisere og motivere sig selv til at færdiggøre opgaver, som kræver en indsats over en længere tidsperiode, såsom deltagelse i programmerne og konsistent anvendelse af de lærte teknikker. Firestone (1982) og Rieppi m.fl. (2002) finder, at en lav socioøkonomisk status også mindsker effekterne af forældretræning. Forskellen kan skyldes, at forældre med lav socioøkonomisk status generelt ikke er lige så gode til at varetage deres børns specielle behov (Bussing m.fl., 1998).

Udover forældrekaraktistika kan børnenes baggrundskaraktistika også have en indflydelse på effekterne. Pelham & Fabiano (2008) nævner, at barnets alder kan have en indflydelse på effekterne, fordi det er lettere at ændre tidlige adfærdsproblemer og på den måde forebygge senere og sværere adfærdsproblemer (Cunha & Heckman, 2007). Tilsvarende kan andre komorbide diagnoser – diagnoser, som overlapper med ADHD – have en indflydelse på effekterne af forældretræning, fordi mere komplekse diagnoser er sværere at behandle (Chronis, Jones & Raggi, 2006; Pelham & Fabiano, 2008).



# DESIGN

Dette kapitel beskriver designet af eksperimentet, herunder hvem der deltog, en detaljeret beskrivelse af kurset, hvilke spørgeskemaer vi brugte til at vurdere, om familierne fik det bedre, hvordan vi randomiserede og til sidst den statistiske metode, vi har brugt til at analysere data. Kapitlet er skrevet til de læsere, der ønsker at kende detaljerne bag eksperimentet for enten selv at kunne kopiere eksperimentet eller kritisk vurdere vores konklusioner. Kapitlet er derfor lidt mere teknisk end de andre kapitler, og kan springes over; efterfølgende kapitler kan sagtens læses uden først at have læst dette kapitel.

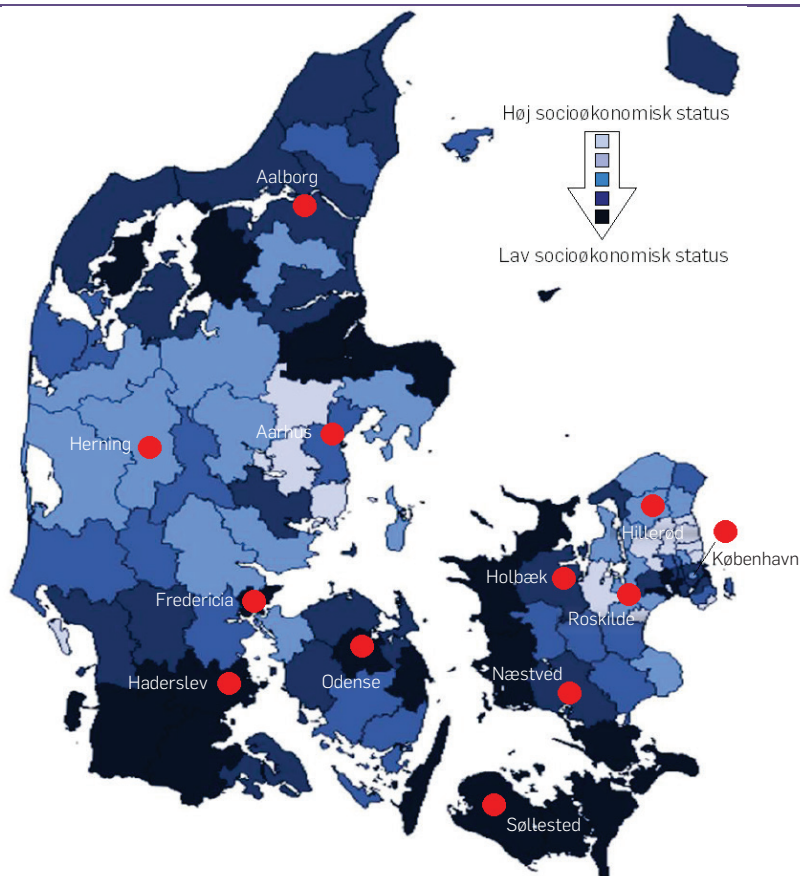
## FELTEKSPERIMENTET

Studiet er designet som et randomiseret ventelisteeksperiment med en-til-en-randomisering af familier indenfor 12 lokalafdelinger (strata) fordelt ud over Danmark. Tabel 2.1 viser tidslinjen i forsøget. I september 2013 annoncerede ADHD-foreningen kurset på deres hjemmeside, i deres medlemsblad, i danske lokalaviser, to landsdækkende aviser og via skoleintra på alle danske skoler. Ved at udfylde et online registrerings-skema kunne familier selv tilmelde sig kurser i én af 12 byer i ADHD-foreningens 12 lokalafdelinger: København, Hillerød, Roskilde, Holbæk,

Næstved, Søllested, Odense, Haderslev, Fredericia, Herning, Århus eller Ålborg.

FIGUR 2.1

Feltekspérimentets 12 lokalafdelinger indsat på danmarkskort med angivelse af kommunernes socioøkonomiske status.



Anm.: De røde prikker markerer de 12 byer i 12 lokalafdelinger. Fra venstre: Aalborg, Herning, Aarhus, Fredericia, Haderslev, Odense, Søllested, Næstved, Holbæk, Roskilde, Hillerød og København.

Den socioøkonomiske status er beregnet på baggrund af forskelle i gennemsnitlig personindkomst i kommunen, gennemsnitlig formueindkomst for kommunernes borgere, uddannelsesuligheden målt i andelen af borgere i kommunen, som har grundskolen som højst afsluttede uddannelse, utighed i beskæftigede andel af alle 15-64-årige, kriminalitet målt som antallet af anmeldte lovovertrædelser per 1.000 borgere og gældsproblemer målt på andelen af befolkningen, der er registreret i RKI-registeret over dårlige betalere (Strandgaard & Ebsen, 2014).

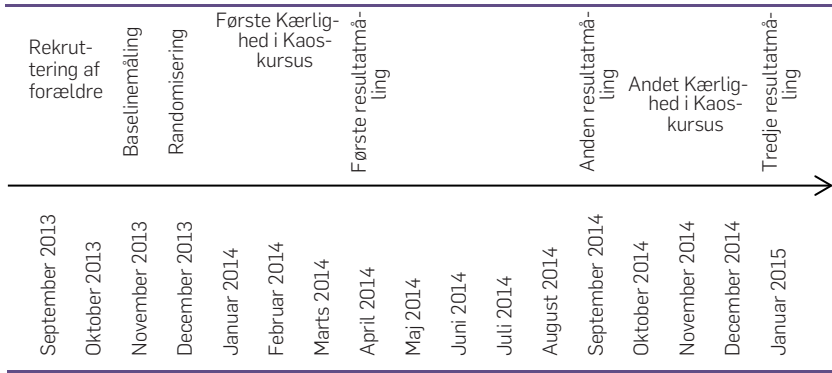
Kilde: Danmarkskort fra Strandgaard & Ebsen (2014).



Som udgangspunkt skulle de samme byer afholde begge kurser, men i Søllested på Lolland manglede der en egnet træner, kort før andet hold skulle i gang. ADHD-foreningen måtte derfor flytte kurset til Nr. Alslev på Falster, hvor to forældrepar faldt fra ved flytningen. Andet kursus i Søllested blev derfor ikke afholdt som planlagt i det oprindelige design.

TABEL 2.1

Tidslinje for felteksperimentets forløb.



Kilde: Egne beregninger.

## DELTAGERE

Deltagerne er forældre til børn i alderen 3 til 9 år, som har diagnosen ADHD eller har ADHD-lignende vanskeligheder. Ved registreringen var det ikke et krav, at barnet skulle have diagnosen ADHD, så nogle børn i evalueringen har andre adfærdsvanskeligheder. Det var op til forældrene at vurdere, om de havde behov for et forældretræningskursus i regi af ADHD-foreningen. Ved registreringen skulle forældrene yderligere angive navnet på ét enkelt barn, som skulle indgå i evalueringen, også hvis der var flere børn i familien med adfærdsvanskeligheder. Deltagerne skulle deltage i par, typisk forældrepar, men kursusmakkeren kunne også være forælderen far eller mor, ven eller veninde, bror, søster eller andet, så længe denne person var involveret i barnets opvækst. Blandt familier, der havde forsøgt at registrere sig, ekskluderede vi kun ufuldendte hjemmesideregistreringer og deltagere, der ikke kunne finde en kursusmakker.

## TRÆNERE

ADHD-foreningen fandt de frivillige trænere gennem deres eget netværk samt annoncer i fagblade og landsdækkende aviser. For at komme i betragtning som frivillig træner skulle man have en faglig relevant baggrund indenfor det pædagogiske, sociale eller sundhedsfaglige felt. Det var også muligt at komme i betragtning, hvis man var under uddannelse, nyuddannet, ledig eller pensioneret indenfor disse fagområder. Det var et plus at være forælder til et ældre barn med ADHD og føle, at man var kommet ud på den anden side og var parat til at række andre forældre en hjælpende hånd. Desuden blev det understreget, at undervisningserfaring og et kendskab til ADHD ville være en fordel – måske gennem ens daglige arbejde eller tidligere jobs. Derudover skulle trænerne have lyst til at gøre en forskel for familier med ADHD, uddanne sig som frivillig træner over tre weekender i efteråret 2013 og fungere som frivillig træner en hverdagsaften om ugen i 12 uger med start i januar 2014 (Hold 1) eller september 2014 (Hold 2).

Til at undervise på de 2 x 12 kurser skulle der bruges i alt 48 frivillige professionelle. Der kom 260 ansøgninger. Blandt ansøgningerne blev kandidaterne først udvalgt via deres skriftlige ansøgning og dernæst deres geografi, herefter gennemførte ADHD-foreningen telefoninterviews med ca. 70 kandidater, inden de 48 var fundet. Trænerens uddannelsesbaggrund var meget blandet: Pædagog, lærer, ADHD-coach, ergoterapeut, sygeplejerske, sundhedsplejerske, psykolog og cand. mag. Størsteparten af trænerne var lærere og psykologer.

Træneruddannelsen bestod af tre uddannelsesweekender med overnatning og forplejning. De frivillige blev undervist i viden om ADHD af en speciallæge samt i manualens indhold og rollen som træner af en psykolog, ADHD-foreningens konsulenter og en erfaren træner fra KiK's pilotprojekt i 2010-2012. De blev desuden trænet i forskellige øvelser og elementer fra kurset. Afslutningsvis skulle de hver især fremlægge et af kursets oplæg, hvor de blev vurderet for deres formidlingsevne og for makkersammensætning.

## KURSETS INDHOLD

Den underliggende idé med forældretræningsprogrammer som KiK er, at forældrene kan ændre deres barns opførsel i hjemmet, hvis de ved, hvordan ADHD påvirker deres barns adfærd og har de fornødne værktøjer til at håndtere denne adfærd på en mere hensigtsmæssig måde. Som i de fleste andre forældretræningsprogrammer er KiK opbygget omkring tre kerneelementer:

1. Undervisning i årsagerne til barnets adfærd;
2. Fokus på ros og opmuntring ved ønsket adfærd frem for irettesættelse ved forbudt, asocial eller aggressiv adfærd;
3. Forebyggelse og håndtering af konflikter ved at opbygge forældrekompetencer som tydelig kommunikation, planlægning, daglige rutiner, faste rammer, milde til moderate konsekvenser eller belønning.

Se for eksempel Kotchick m.fl. (2004), Chronis m.fl. (2004) eller Chronis, Jones & Raggi (2006). Med det første element, også kaldet psykoeducation, opnår forældrene en øget forståelse for ADHD-diagnosens symptomer, forløb og betydning for barnets funktionsniveau. Det andet element har fokus på, at forældre skal vise forståelse for barnet, anerkende dets personlighed og følelser samt rose og opmuntre, når barnet opfører sig pænt, frem for at skælde ud, når barnet opfører sig dårligt. Det tredje element har fokus på at forbygge og løse konflikter, eksempelvis ved visuel planlægning af dagligdagen, faste, daglige rutiner for barnet, et forudsigeligt mildt til moderat konsekvenssystem (f.eks. korte timeouts) ved dårlig opførsel eller et forudsigeligt belønningssystem ved god opførsel. De tre elementer udgør hjørnestenene i træningsprogrammet.

Mere specifikt er træningsforløbet et standardiseret gruppeforløb over 12 hverdagsaftener. Hver mødegang varer 2 ½ time, på nær første og sidste gang, der er én time længere for at få tid til introduktion og afslutning. Mellem 3 og 7 par (typisk forældrepar) deltager i hvert gruppeforløb. Træningsprogrammet er opbygget omkring par, forældrepar eller makkerpar, så de to deltagere sammen kan gennemgå og øve materialet og værktøjerne derhjemme. Kurset er gratis, og forældrene kunne søge ADHD-foreningen om hjælp og økonomisk støtte til børnepasning under kurset. Deltagerne blev tilbudt lettere forplejning på træningsaftenen. Boks 2.1 viser indholdet på hver af de 12 kursusgange.

---

## BOKS 2.1

### Indhold af kursusgang 1-12.

---

1. Introduktion til forløbet og ADHD
  2. Barnet med ADHD
  3. Familien
  4. Opmærksomhed og anerkendelse
  5. Se bort fra negativ adfærd
  6. Konflikter
  7. Rutiner og faste rammer
  8. Planlægning og visualisering
  9. Pauser og andre konsekvenser
  10. Positive belønningssystemer
  11. Problemløsning og selvkontrol
  12. Opsamling
- 

I boks 2.2 vises dagsorden for kursusgang 2-11. Kursusmanualen (Rewitz, 2011) beskriver kurset i alle dets detaljer.

---

## BOKS 2.2

Punkter på dagsorden for kursusgang 2-11. Varighed anført i parentes.

---

1. Siden sidst (30 min.)
  2. Dagens emne – oplæg ved forældretræneren (30 min)
  3. Kaffesnak (30 min.)
  4. Pause (10 min.)
  5. Øvelse (30 min.)
  6. Præsentation af hjemmeoppgaven (10 min.)
  7. Uddeling af forældrematerialet (5 min.)
  8. Evaluering (5 min.)
- 

## RESPONSVARIABLE

Alle oplysninger er rapporteret af forældrene selv og er indhentet igennem et online-spørgeskema. Alle 322 forældre fik tilsendt en e-mail med link til hver af de fire skemaer i løbet af undersøgelsen. Hvert skema tog ca. én time at udfylde. I de tilfælde, hvor forældrene ikke har besvaret skemaet inden for den angivne tidsfrist, har vi e-mailet remindere til de

pågældende forældre – op til tre remindere. For hvert skema, som forældre udfyldte, deltog de i en lodtrækning om 12 x 1 biograftur til en værdi af 400 kr. (én per lokalafdeling).

Spørgeskemaet anvender to typer af spørgsmål til at måle forældrenes og barnets udvikling i løbet af perioden.<sup>4</sup> Den første type af spørgsmål opstillede ADHD-foreningen i forbindelse med pilotprojektet og udviklingen af KiK i 2010-12. Spørgsmålene er indsatsfokuserede og ser på emner og områder, hvor ADHD-foreningen forudser den største respons hos familier, der deltager i KiK. Den anden type spørgsmål er validerede psykometriske instrumenter. De fleste er amerikansk udviklede instrumenter oversat til dansk, spørgsmålet er derfor ikke specifikt rettet mod effekten af KiK.<sup>5</sup> Fordelen ved de validerede instrumenter er, at tidligere studier har vist, at bestemte kombinationer af de enkelte spørgsmål afdækker overordnede menneskelige karakteristika (f.eks. forældrekompetencer eller adfærdsmønstre). Det er karakteristika, som andre studier også har brugt til at se på effekten af forældretræning. Vi kan derfor sammenligne effekten af KiK med disse studier.

Dette afsnit beskriver indholdet af spørgeskemaets responsvariable i den rækkefølge, som spørgsmålene blev stillet i skemaet: indsatsfokuserede spørgsmål til forældrene, validerede instrumenter til forældrene, indsatsfokuserede spørgsmål omkring barnet og validerede instrumenter omkring barnet.

## INDSATSFOKUSEREDE SPØRGSMÅL OMKRING FORÆLDRENE'S UDVIKLING

De fokuserede spørgsmål afdækker aspekter af forælderrollen og familielivet og kan samles i fire overordnede egenskaber: forældrenes oplevelse af egne *forældrekompetencer*, deres overskud i *hverdagen*, *bekymringer* i forhold til barnet og deres *mestringsevne*. Egenskaben *forældrekompetencer* måles ved fire spørgsmål, eksempelvis ”Jeg føler, at jeg mangler værktøjer og viden for at kunne håndtere mit barn bedre”, hvor forældrene kan svare på en 5-points-skala, hvor 1 er ”Meget uenig”, 3 er ”Ved ikke” og 5 er ”Meget enig”. Overskud i *hverdagen* måles ved to spørgsmål, som omhandler dag-

---

4. Alle deltagere modtog det samme spørgeskema, også deltagere, der ikke var forældre til barnet. Vi bad deltagerne om at besvare skemaet med udgangspunkt i deres ”forælderrolle” i forhold til barnet.

5. Vi har ikke valideret den danske oversættelse, men skemaet blev først oversat to gange uafhængigt af hinanden, hvorefter vi valgte den i vores vurdering bedste formulering. Der er tale om, at 4 ud af de 10 skalaer er oversat af SFI.

ligdagen med børnene, eksempelvis ”Jeg føler, at vi mangler overskud i familien som forældre”, hvilket også måles på fornævnte 5-points-skala. *Bekymringer* i forhold til barnet måles ved tre spørgsmål, som alle starter med ”Jeg bekymrer mig for, om mit barn ...”, hvor forældrene igen kan svare på en 5-points-skala fra ”Meget” til ”Slet ikke”. Forældrenes tro på egne evner, deres tro på, at de kan håndtere de udfordringer, de står over for, her kaldet *mestringsevne*, måles ved to spørgsmål, eksempelvis ”Hvor sikker er du på, at du p.t. på egen hånd kan håndtere de adfærdsproblemer, du oplever i hjemmet?”. Også her kan forældrene svare på en 5-points-skala fra ”Meget usikker” til ”Meget sikker”.

#### VALIDEREDE INSTRUMENTER OMKRING FORÆLDRENE UDVIKLING

De validerede spørgsmål afdækker seks forældrekaraktistika og tre mentale sundhedstilstande. Forældrekaraktistika ser på *forældrekompetencer*, *tilfredshed* med forælderrollen og *mestringsevne* samt om forældrenes opdragelsesstil er *eftergivende*, *overreagerende* eller *nedgørende*. Mentale tilstande er: *stress*, *depression* og symptomer på *ADHD*.

#### FORÆLDREKOMPETENCER

De første tre forældrekompetencer måles ved brug af ”The Parenting Sense of Competence Scale” (PSOC). Denne skala er udviklet til at kunne måle forældres *tilfredshed* med forælderrollen, deres *mestringsevne* og en totalscore for deres samlede vurdering af egne *forældrekompetencer*. Det er et spørgeskema på 16 spørgsmål, hvoraf ni måler *tilfredshed* og syv måler *mestringsevne* (Johnston & Mash, 1989). *Tilfredshed* udtrykker forældrenes angst, motivation og frustration ved f.eks. at spørge ”Selvom det kan være berigende at være forældre, er jeg frustreret på nuværende tidspunkt, hvor mit barn har den alder, det har”. *Mestringsevne* måler forældrenes evne til at problemløse og deres tro på egne kompetencer ved f.eks. at spørge ”Det at være forældre er til at klare, og de problemer, der opstår, er til at løse”. Alle spørgsmålene måles på en 6-points-skala, hvor 1 er ”Meget enig”, og 6 er ”Meget uenig”.

De tre opdragelsesstile måles ved brug af ”The Parenting Scale” (PS), som består af 30 spørgsmål, som måler forældrenes *eftergiveness*, hvor meget og hvor ofte de *overreagerer*, og hvor *nedgørende* deres håndtering af børnene er (Rhoades & O’Leary, 2007). Fem spørgsmål måler forældrenes *eftergiveness* – hvor inkonsekvente eller vægelsindede de er i

deres opdragelse af børnene. Et af spørgsmålene lyder f.eks. som følger: ”Når mit barn ikke gør, hvad jeg beder om ...”, hvortil forældrene på en 7-points-skala kan svare fra 1 ”Lader jeg det ofte passere, eller ender med at gøre det selv” til 7 ”Vælger jeg at prøve noget andet”. Fem spørgsmål måler forældrenes *overreaktion* i forhold til barnet, om opdragelsen er hård eller overreagerende, f.eks. spørgsmålet ”Når jeg er oprevet eller stresset ...”, hvortil forældrene kan svare fra 1 ”Er jeg irriteret overfor mit barn” til 7 ”Er jeg ikke mere irriteret, end jeg plejer”. Tre spørgsmål måler forældrenes *nedgørende* opdragelse – hvor meget forældrene benytter sig af nedgørende eller ondskabfuld tale eller adfærd over for deres barn – f.eks. spørgsmål som ”Når mit barn ikke opfører sig ordentligt, giver jeg smæk, giver jeg lussinger, tager jeg fat i eller slår jeg ...”, hvortil de kan svare fra 1 ”Aldrig eller sjældent” til 7 ”For det meste”.

#### MENTALE TILSTAND

Både PSOC og PS måler forældrekompetencer i form af tro på egne evner og forældreadfærd. De næste instrumenter er anderledes, de måler i stedet for forældrenes mentale tilstand – om de føler sig *stressede* eller *deprimerede*, og om de har symptomer på *ADHD*.

Hvor stressede forældrene føler sig, måler vi med ”The Parent Stress Scale” (PSS), og hvor deprimerede de føler sig, måler vi med ”The Major Depression Inventory” (MDI). PSS indeholder 18 spørgsmål og er udviklet af Berry & Jones (1995) som et alternativ til det 101-spørgsmål lange ”Parent Stress Index”. PSS bruges ofte til at måle ændringer i forældrenes stressniveau. Et eksempel på et spørgsmål fra PSS er ”Den største kilde til stress i mit liv er mit barn/mine børn”, hvilket måles på en 5-points-skala, hvor 1 svarer til ”Meget uenig”, 3 til ”Hverken uenig eller enig” og 5 til ”Meget enig”. MDI måler, hvor deprimerede forældrene føler sig ved hjælp af 12 spørgsmål (Bech m.fl., 2001).<sup>6</sup> I spørgsmålene skal forældrene svare på, hvor stor en del af tiden de inden for de to sidste uger har haft det på en bestemt måde. Et eksempel på et spørgsmål er ”Har du følt dig trist til mode eller ked af det?”, hvilket måles på en 6-points-skala fra 1 ”Hele tiden” til 6 ”På intet tidspunkt”.

Forældrenes symptomer på ADHD måles ved brug af ”The Adult Self-Report Scale” (ASRS). ASRS består af 18 spørgsmål, som op-

---

6. Funktionsmæssigt er der tale om 10 spørgsmål, da det kun er den højeste score i en A- eller B-version af spørgsmål 8 og 10, som tæller med i den endelige vurdering.

deles i to dele kaldet *del A* og *del B*. *Del A* består af seks spørgsmål. Hvis fire af spørgsmålene ligger over en fastsat grænse, har forældrene symptomer på ADHD (Adler, Kessler & Spencer, udateret). Et eksempel på et spørgsmål fra *del A* er: ”Hvor ofte har du svært ved at afslutte et projekt og få de sidste detaljer på plads, når den udfordrende del af arbejdet er overstået?”, hvilket besvares på en 5-points-skala fra 1 ”Aldrig” over 3 ”Nogle gange” til 5 ”Meget ofte”. På samme 5-points-skala besvares spørgsmålene i *del B*. *Del B* består af 12 spørgsmål, som undersøger forældrenes symptomer lidt grundigere med spørgsmål som ”Hvor ofte laver du sjuskefejl, når du skal arbejde på et kedeligt eller vanskeligt projekt?”.

#### INDSATSFOKUSEREDE SPØRGSMÅL OMKRING BARNETS UDVIKLING

De indsatsfokuserede spørgsmål omkring barnet består af tre spørgsmål omhandlende barnets adfærd. Et eksempel på disse spørgsmål er ”Mit barn hører næsten aldrig efter, hvad jeg siger”, hvilket besvares på en 5-points-skala fra 1 ”Meget enig” over 3 ”Ved ikke” til 5 ”Meget uenig”.

#### VALIDEREDE INSTRUMENTER OMKRING BARNETS UDVIKLING

De validerede instrumenter omkring barnet afdækker fire overordnede situationer, hvor forældrene oplever, at barnet har adfærdsproblemer, og syv mentale sundhedstilstande eller indlæringsvanskeligheder. De fire situationer, hvor barnet ikke fungerer lige så effektivt, som sine jævnaldrende er *skole-og-hjem*, *nærmiljø-og-fritid*, *socialt*, eller når forældrene stiller *krav* til barnet. De syv mentale tilstande eller indlæringsvanskeligheder er: *opmærksomhed*, *hyperaktivitet*, *inaktivitet*, *planlægning*, *sprog*, *sociale kompetencer* og *psykiske symptomer*.

#### ADFÆRDSPROBLEMER

De to første af de fire situationer, hvor barnet ikke fungerer lige så effektivt som sine jævnaldrende, måles med ”The Barkley Functional Impairment Scale – Children and Adolescents” (BFIS-CA) (Barkley, 2012). BFIS-CA består af 15 spørgsmål, som omhandler forskellige hverdagsituationer for børn og unge. Ni af spørgsmålene ser på barnets evne til at fungere i *skole-og-hjem*, og de resterende seks spørgsmål ser på barnets funktion i *nærmiljøet-og-fritid*. Barnets evne til at fungere effektivt i skole-og-hjem måles f.eks. ved spørgsmålet ”I hans/hendes sociale interaktion



med sine brødre eller søstre”, hvortil forældrene kan svare på en flydende 9-points-skala fra 0 ”Slet ikke” til 9 ”Alvorligt”. Eller forældrene kan vælge at svare, at spørgsmålet ikke er relevant, eksempelvis hvis barnet ikke går i skole. For nærmiljø-og-fritid svarer forældrene igen på samme skala. Et eksempel på en fritidssituation, hvor forældrene kan opleve, at barnet har flere adfærdsproblemer end sine jævnaldrende, er: ”I hans/hendes fritidsaktiviteter (f.eks. rollespil, sang, klaver, fritidsklubber, spejder)”, hvortil forældrene igen kan svare, at de slet ikke oplever problemer, til at de oplever alvorlige problemer.

De næste to situationer, hvor forældrene kan opleve adfærdsproblemer, måles med ”The Home Situation Questionnaire” (HSQ) i en version, som er specielt rettet mod børn med udviklingsforstyrrelser (Chowdhury m.fl., 2010). HSQ’en består af 25 spørgsmål, som afdækker forskellige hverdagsituationer, hvor forældrene skal bedømme, hvorvidt barnet har problemer i de givne situationer – f.eks. problemer med at følge instruktioner, gøre, som der bliver sagt, eller følge regler i en given situation. Der ses først på, om barnet er *socialt ufleksibelt*, det vil sige, om barnet mangler evne til fleksibelt at omstille sig i sociale situationer. Dette afdækkes med 14 spørgsmål omhandlende specifikke situationer, som barnet kan opleve i sin dagligdag. Et eksempel på en situation kunne være ”På offentlige steder (restauranter, butikker)”, hvortil forældrene enten kan svare ja eller nej. Hvis de svarer ja, skal de efterfølgende vurdere, hvor alvorligt problemet er på en 9-points-skala fra 1 ”Mildt” til 9 ”Alvorligt”. Fem spørgsmål måler, om barnet har problemer i situationer, hvor der *stilles krav* til barnet, og hvor der forventes noget af barnet, f.eks. om forældrene oplever problemer ”Når han/hun skal op om morgenen”, ”Når han/hun skal have tøj på” eller ”Når han/hun skal gøre sig klar til at komme i skole/daginstitution”, hvortil forældrene igen kan svare ja eller nej, og hvor alvorligt problemet er.

#### MENTALE TILSTAND OG INDLÆRINGSVANSKELIGHEDER

Hvor de første spørgsmål omkring barnet ser på situationer, hvor barnet ikke fungerer lige så effektivt som sine jævnaldrende, ser de sidste spørgsmål omkring barnet på dets mentale tilstand og indlæringsvanskeligheder.

De sidste spørgsmål er en del af ”Fem til Femten” (FTF). I dets fulde form er FTF et omfattende skema, der ser på barnets generelle udvikling. Det indeholder i alt 181 spørgsmål, som f.eks. måler motoriske

egenskaber, hukommelse, tale m.m. hos børn mellem 5 og 15 år (Kadesjö m.fl., 2004). Da målgruppen til KiK er børn mellem 3 og 9 år, er de spørgsmål, som retter sig mod ældre børn taget ud. Vi inkluderer spørgsmål omkring børnenes *opmærksomhed*, *impulsivitet*, *inaktivitet*, *planlægning*, *sprog*, *sociale kompetencer* og *psykiske symptomer*. Alle spørgsmålene måles på en 3-points-skala fra 1 "Passer ikke" over 2 "Passer til en vis grad eller nogen gange" til 3 "Passer godt". Forældrene kan også vælge, at spørgsmålet er "Ikke relevant".

*Opmærksomhed* måler børnenes evne til at fastholde opmærksomhed og koncentrere sig om forskellige aktiviteter eller opgaver med ni spørgsmål, f.eks. "Er ofte uopmærksom på detaljer eller laver sjuskefejl". Barnets *impulsivitet* eller tendens til at blive alt for impulsiv måles ved ni spørgsmål, f.eks. "Er bestandig "i fuld fart", det han/hun gør, bliver ofte i alt for højt tempo". Barnets *inaktivitet* eller tendens til at blive alt for passivt måles ved fire spørgsmål, som "Er ofte i sin egen verden eller dagdrømmer". Barnets evne til at *planlægge* eller organisere, hvad der skal gøres, måles ved tre spørgsmål, som "Har svært ved at planlægge og organisere en aktivitet (f.eks. få de nødvendige ting med i skole eller til en udflugt)". Barnets evne til at forstå og anvende sit *sprog* måles ved otte spørgsmål, som "Har svært ved at holde den røde tråd, når han/hun vil berette noget". Barnets *sociale kompetencer*, hvordan det klarer at deltage i forskellige sociale sammenhænge og i samspil med andre, måles ved 27 spørgsmål, som "Har svært ved at opføre sig, som kammaraterne forventer det". Barnets *psykiske symptomer* måles ved 25 spørgsmål, som "Har ringe selvtillid".

## RANDOMISERING

Vi randomiserede forældrene i to omgange. Ved kursusregistreringen angav forældrene, hvilken by (lokalafdeling) de ville tilmeldes. I byer, hvor der var flere tilmeldte, end der var pladser på Hold 1 og Hold 2, randomiserede vi, hvilke familier der skulle tilbydes en plads. Dernæst randomiserede vi, inden for hver lokalafdeling, om familierne (forældrepar) skulle tilbydes en plads på Hold 1 eller skulle stå på en venteliste, indtil de kunne begynde på Hold 2. Den endelige randomisering er derfor en familierandomisering (klyngerandomisering) for hver af lokalafde-

lingerne (strata). Den statistiske metode og estimation tager højde for dette design.

## STATISTISK METODE

For at måle effekten af KiK på responsvariablene estimerer vi tre typer af regressionsmodeller. Den første model ser på den ”rå” effekt af KiK, det vil sige, at det er en model, der ikke tager højde for, at lokalafdelingerne og forældrene kan være forskellige. Den anden model tager højde for, at lokalafdelingerne kan være forskellige f.eks. i forhold til trænere og holdstørrelse, og i den tredje model tager vi højde for, at forældrene også kan være forskellige. Hvis randomiseringen er lykkedes, og forældrene er tilfældigt fordelt mellem Hold 1 og Hold 2, vil de tre modeller estimere den samme kausale effekt af KiK, og effektstørrelserne i de tre modeller skal ligge tæt på hinanden. Men ved at tage højde for, at lokalafdelingernes og forældrenes udgangspunkt er forskelligt, kan vi mere præcist estimere forældrenes udvikling, hvilket øger den statistiske præcision (signifikans).

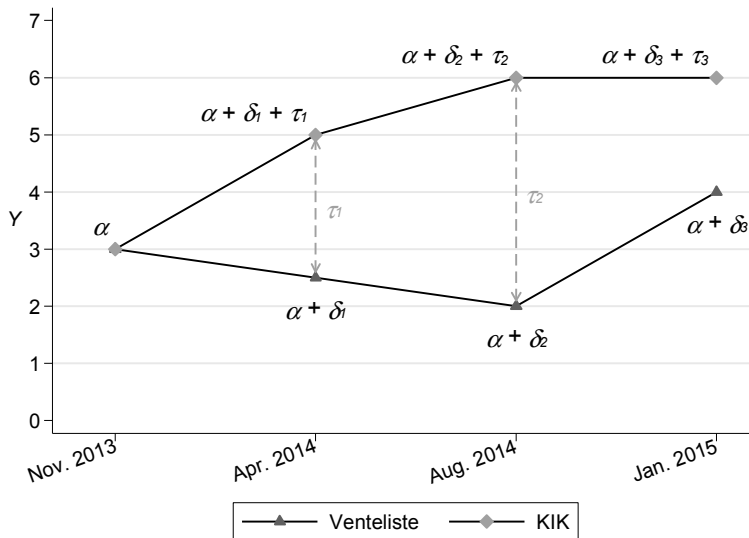
Den første regressionsmodel vi estimerer, er en såkaldt Difference-in-Difference (DID) model. Modellen er en mættet model, hvilket vil sige en simpel model, der estimerer og sammenligner gennemsnit for hver mulig kategori. I dette tilfælde betyder det, at vi estimerer fire gennemsnit for Hold 1 og fire gennemsnit for Hold 2 – ét gennemsnit for hver af de fire tidsperioder, hvor der er indsamlet data. Modellen sammenligner derfor ganske simpelt udviklingen for Hold 1 med udviklingen for Hold 2.

Men hvert hold består af 12 forskellige lokalafdelinger og mange forskellige forældre, og forældrenes udgangspunkt er forskelligt. Nogle har for eksempel et højt niveau af forældrekompetencer, mens andre har et lavt niveau, inden eksperimentet starter. Den anden type af modeller, som vi estimerer, tager højde for, at lokalafdelingerne og forældrenes udgangspunkter er forskellige. Modeller af denne type kaldes for fixed effect (FE)-regressionsmodeller. Man kan tænke på denne type modeller som, at vi fikserer forældrenes (eller lokalafdelingernes) udgangspunkt, og derefter ser på, hvordan de udvikler sig. Ved at holde hver lokalafdeling eller forælders udgangspunktet fast kan vi estimere udviklingen mere præcist.

Figur 2.2 illustrerer et grafisk eksempel på FE-modellen. Y-aksen viser f.eks. niveauet af forældrekompetencer, mens X-aksen viser tiden. Mellem november 2013 og april 2014 er Hold 1 på kursus og Hold 2 på venteliste, og mellem august 2014 og januar 2015 er Hold 2 på kursus. Vi har fikseret familiernes udgangspunkt, så familierne, før eksperimentet starter, har samme niveau af kompetencer, i det her tilfælde  $\alpha = 3$ . Den ene familie bliver nu randomiseret til Hold 1 (KiK) den anden til Hold 2 (venteliste). Umiddelbart efter kurset (i april 2014) er Hold-1-familiernes kompetencer vokset til  $\alpha + \delta_1 + \tau_1 = 5$ , og Hold-2-familiernes kompetencer faldet med  $\delta_1 = -0,5$ , til  $\alpha + \delta_1 = 2,5$ , hvilket giver en effektstørrelse på  $\tau_1 = 2,5$ . Tilsvarende for effektmålingen i august 2014, hvor effektstørrelsen er  $\tau_2 = 4$ . Mellem august 2014 og januar 2015 er Hold-2-familierne på kursus, så i januar 2015 har begge familier været på kurset.<sup>7</sup>

FIGUR 2.2

Grafisk eksempel på fixed effects-modellen.



Kilde: Egne beregninger.

7.  $\tau_3$  er i princippet også en kausal effekt, selvom begge familier har været på kursus i januar 2015.  $\tau_3$  måler effekten af at have været på kursus otte måneder tidligere, altså hvad det betyder at have været på kursus otte måneder før nogle andre.

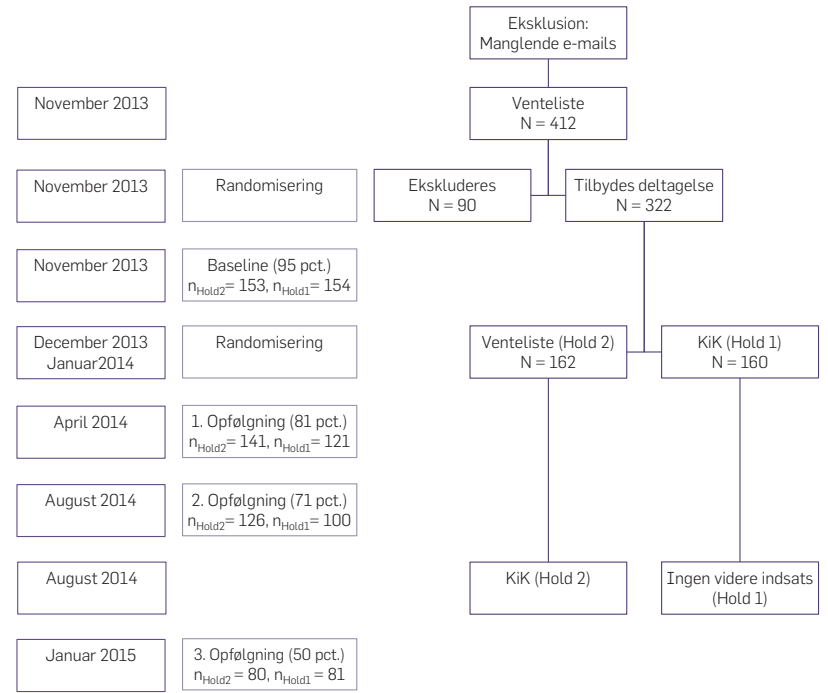
# RESULTATER

## FORLØB

I figur 3.1 viser vi forsøgets forløbsdiagram. Første kolonne viser de vigtigste datoer, anden kolonne tidspunkter for randomiseringen og dataindsamlingen og tredje kolonne forløbet for deltagere igennem forsøgsperioden. Efter frasortering af ufuldendte registreringer og registreringer med kun én deltager havde vi i alt 412 egnede forældre til kurset. Kurset var begrænset til 14 deltagere pr. hold og specielt i større byer (Aarhus og København) var der alt for mange tilmeldinger. I disse byer trak vi derfor lod om deltagelse i studiet. Lodtrækningen ekskluderede 90 forældre (23 pct.) og inkluderede 322 forældre i kurset, svarende til 161 børn. I november 2013, ved den første spørgeskemaundersøgelse i studiet (baseline), indhentede vi 307 forældrebesvarelser (95 pct.). I december 2013 trak vi lod om, hvilke forældrepar der skulle deltage på første kursus (Hold 1) med opstart i januar 2014, og hvilke forældrepar der skulle stå på ventelisten indtil andet kursus (Hold 2) med opstart i august 2014.

FIGUR 3.1

Forløbsdiagram over deltagernes forløb igennem felteksperimentet.



Kilde: Egne beregninger.

I april 2014, umiddelbart efter afslutningen af første kursus, bad vi forældrene besvare det andet spørgeskema. Ved denne dataindsamling indhentede vi 262 besvarelser (81 pct.). I august 2014, umiddelbart før opstarten af andet kursus, fik vi 226 besvarelser (71 pct.), og ved sidste dataindsamling fik vi 161 besvarelser (50 pct.). Tabel 3.1 viser det præcise antal og den procentvise besvarelse ved hver dataindsamling. Ved baselinemålingen er besvarelserne ligeligt fordelt mellem Hold 1 (de forældre, som deltog på første KiK-kursus) og Hold 2 (de forældre, som stod på venteliste til andet KiK-kursus). Ved første til anden opfølgende dataindsamling er der en lille overvægt af besvarelser fra forældre på Hold 2. Dette kan skyldes, at forældrene på Hold 2 står på venteliste, hvorfor de måske forbinder en manglende besvarelse med eksklusion fra anden omgang af KiK. Tredje opfølgende måling er igen ligeligt fordelt mellem Hold 1 og Hold 2.

TABEL 3.1

Andelen af besvarelser i felteksperimentet, særskilt for de fire dataindsamlinger.  
Antal og procent.

	Baseline		1. Opfølgning		2. Opfølgning		3. Opfølgning		Total	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Hold 1	154	96,3	121	75,6	101	63,1	81	50,6	457	71,4
Hold 2	153	94,4	141	87,0	127	78,4	80	49,4	501	77,3
Total	307	95,3	262	81,4	228	70,8	161	50,0	958	74,4

Kilde: Egne beregninger.

Frafald er uundgåeligt. Desværre er det også problematisk, for vi kan pr. definition ikke sige noget om de forældre, der er faldet fra. Som tabel 3.1 viser, har dette studie også lidt frafald. Ved baselinemålingen er frafaldet minimalt, herefter stiger det langsomt. Hvis en bestemt type af forældre (f.eks. dem, der ikke fik noget ud af kurset) systematisk undgår at besvare skemaet, kan dette naturligvis påvirke resultaterne. Der er dog taget højde for et vist frafald i designet af felteksperimentet ved at inkludere ekstra familier i eksperimentet, hvorfor det relativt lille frafald ikke er problematisk i forhold til statistisk præcision. Sammenlignet med tilsvarende spørgeskemaundersøgelser er besvarelsesprocenter på over 70 dog betydeligt bedre end forventet.

## BASELINE-DATA

De næste fire tabeller beskriver karakteristika hos de 307 forældre, der besvarede baselineundersøgelsen. Vi begynder med to beskrivelser af bagvedliggende karakteristika, som køn, alder og diagnoser, hos henholdsvis forældrene og børnene. Derefter beskriver vi niveauet for responsvariablene inden randomiseringen, inden første hold forældre kom på første kursus.

### FORÆLDRE- OG FAMILIEKARAKTERISTIKA

I de første fire kolonner i tabel 3.2 ses karakteristika for de forældre, som indgår i felteksperimentet. Kolonne *n* angiver antallet af forældre, og kolonne *Gns.* angiver gennemsnit for forældre på Hold 1 eller Hold 2. Der er henholdsvis 53 og 54 pct. kvinder på Hold 1 og Hold 2. Forældrene er i gennemsnit lige gamle på de to hold (42 år) og har en biologisk tilknytning til barnet (81 pct.). For begge hold gælder det, at der bor mere end

et barn i husstanden (henholdsvis 85 pct. og 86 pct.). Udover barnet i behandling har henholdsvis 21 og 12 pct. af de andre børn i husstanden en diagnose. Ved den første måling i november 2013, viste 26 pct. af forældrene tegn på selv at have ADHD ifølge deres besvarelser af ASRS.<sup>8</sup> Størstedelen af forældrene var i arbejde (henholdsvis 54 og 60 pct.) og havde uddannet sig i 13-15 år (henholdsvis 43 og 42 pct.).

TABEL 3.2

Forældre- og familiekarakteristika ved baseline, særskilt for forældre på Hold 1, Hold 2 og deres forskel. Antal observationer, gennemsnit, forskel og p-værdi.

	Hold 1 (N = 160)		Hold 2 (N = 162)		Forskel	
	n	Gns.	n	Gns.	$\Delta$	p-værdi
Kvinde	85	53 pct.	87	54 pct.	0,01	0,92
Alder	-	42,20 år	-	41,90 år	-0,33	0,72
Biologiske forældre	130	81 pct.	131	81 pct.	0,00	0,93
Mere end et barn i husstanden	136	85 pct.	140	86 pct.	0,01	0,72
Andre børn med en diagnose	34	21 pct.	20	12 pct.	-0,09	0,03 *
ADHD hos forælder <sup>1</sup>	42	26 pct.	42	26 pct.	0,00	0,95
Under uddannelse	6	4 pct.	6	4 pct.	0,00	0,98
Arbejdende	86	54 pct.	98	60 pct.	0,06	0,22
Uden arbejde	16	10 pct.	28	17 pct.	0,07	0,07
Uddannelsesniveau <sup>2</sup>						
1, 9-10 år	0	0 pct.	4	2 pct.	0,02	0,05 *
2, 10-12 år	38	24 pct.	48	30 pct.	0,06	0,23
3, 13-15 år	68	43 pct.	68	42 pct.	-0,01	0,92
4, 15-17 år	18	11 pct.	18	11 pct.	0,00	0,97
5, 18-20 år	6	4 pct.	2	1 pct.	-0,03	0,15

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Gennemsnittet (Gns.) angiver, hvor stor en andel (i pct.) den respektive gruppe udgør af den totale gruppestørrelse (henholdsvis 162 og 160). Bortset fra alder, som er målt i år og angiver gennemsnitsalderen i de to grupper.  $\Delta$  angiver forskellen mellem de to gruppers gns. og p-værdien angiver signifikansen af denne forskel.

1. Om forældrene opfylder kravene for ADHD er bestemt ud fra deres besvarelse af del A på ASRS.

2. Opdelingen på uddannelsesniveau følger Danmarks Statistik (Jacobsen, 2004).

Kilde: Egne beregninger.

Kolonne fem og seks viser forskellen i karakteristika mellem Hold 1 og Hold 2's forældre ( $\Delta$ ), og om denne forskel er statistisk signifikant (p-værdi). Overordnet er der ikke forskel på de to forældregrupper. Det ser ud til, at baggrundskarakteristika er fordelt ligeligt mellem de to grupper, det vil sige, at der er ca. lige mange af alle typer i begge grupper, hvilket betyder, at randomiseringen er gået godt. De forskelle, der er, er små og for det meste statistisk insignifikante. To af variablene viser signifikante forskel på et 5-procents-signifikansniveau (markeret med stjerner i sid-

8. ASRS står for "Adult ADHD Self Report Scale" – for yderligere information, se afsnittet om de validerede instrumenter om forældrenes udvikling i kapitel 2.



ste kolonne), men forskellene er små. På Hold 1 er der lidt færre forældre med 9-10 års uddannelse og lidt flere søskende med en diagnose end på Hold 2.

## BØRNEKARAKTERISTIKA

Tilsvarende til tabellen med forældrekarakteristika, viser tabel 3.3 fordelingen af barnets karakteristika, særskilt for familier på Hold 1 og Hold 2.

TABEL 3.3

Børnekarakteristika ved baseline, særskilt for forældre på Hold 1, Hold 2 og deres forskel. Antal observationer, gennemsnit, forskel og p-værdi.

	Hold 1 (N = 80)		Hold 2 (N = 81)		Forskel	
	n	Gns.	n	Gns.	Δ	p-værdi
Drenge	66	83 pct.	61	75 pct.	-0,03	0,65
Alder		7,11 år		6,96 år	0,07	0,79
Diagnosticeret med ADHD	57	71 pct.	55	68 pct.	-0,03	0,65
Diagnosealder	-	6,09 år	-	6,16 år	0,07	0,80
Anden diagnose	23	29 pct.	23	28 pct.	0,00	0,96
Adfærdsforstyrrelser	7	88 pct.	7	9 pct.	0,00	0,98
Mental retardering	1	1 pct.	5	6 pct.	0,05	0,10
Angst	3	4 pct.	4	5 pct.	0,01	0,71
Tilknytningsforstyrrelser	3	4 pct.	3	4 pct.	0,00	0,99
Søvnforstyrrelser	3	4 pct.	3	4 pct.	0,00	0,99
Tics eller Tourettes syndrom	4	5 pct.	1	1 pct.	-0,04	0,17
Depression	0	0 pct.	0	0 pct.	0,00	1,00
Anden diagnose end de ovenfor nævnte	13	16 pct.	10	13 pct.	-0,04	0,48

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Gennemsnittet (Gns.) angiver, hvor stor en andel den respektive gruppe udgør af den totale gruppestørrelse (henholdsvis 81 og 80). Bortset fra alder og diagnosealder, som er målt i år og angiver gennemsnitsalderen i de to grupper. Δ angiver forskellen mellem de to gruppers gns., og p-værdien angiver signifikansen af denne forskel.

Kilde: Egne beregninger.

I tabellen ses, at henholdsvis 83 og 75 pct. af børnene er drenge, og at børnenes gennemsnitsalder er 7 år. 71 pct. af børnene i Hold-1-familier har diagnosen ADHD, mens det samme gælder for 68 pct. af børnene i Hold-2-familier. Børnenes ADHD-diagnose blev stillet omkring 6-årsalderen. Den yngste fik stillet diagnosen som 3-årig, den ældste fik stillet diagnosen som 9-årig. Udover ADHD har henholdsvis 29 og 28 pct. af børnene en anden overlappende diagnose, som primært er en adfærdsforstyrrelse. Børnenes baggrundskarakteristika er også tilfældigt fordelt mellem familierne på Hold 1 og Hold 2 – der er ingen signifikante forskelle mellem de to grupper.

## FORÆLDRENES RESPONS VARIABLE

De første fire kolonner i tabel 3.4 viser gennemsnit (Gns.) og standardafvigelser (Std. afv.) for forældrenes responsvariable før randomiseringen, og for nogen af forældrene havde deltaget i KiK.

De første to kolonner viser responsvariable for Hold 1, de næste to responsvariable for Hold 2. Femte og sjette kolonne viser tilsvarende værdier for et tilfældigt udsnit af befolkningen (også kaldet norm-scoren), såfremt det er validerede instrumenter med angivet norm-scorer. De to sidste kolonner viser forskellen i gennemsnit for Hold 1 og Hold 2 ( $\Delta$ ), samt om denne forskel er statistisk signifikant (p-værdi). De to sidste kolonner viser igen, at randomiseringen er lykkedes: Der er kun små og for det meste insignifikante forskelle mellem de to grupper, før de kom på kurset. Blandt de 14 responsvariable er der én signifikant forskel mellem Hold 1 og Hold 2 på et 5-procents-signifikansniveau. Jo flere variable man inkluderer, jo mere sandsynligt er det, at der tilfældigvis vil være forskel på enkelte af dem. Med hele 14 variable er det også forventeligt med ét mål, som viser en signifikant forskel på et 5-procents-signifikansniveau. Tabel 3.4 giver os derfor heller ikke grund til at betvivle, at randomiseringen er lykkedes, dvs. at Hold 1 og Hold 2 som udgangspunkt er ens.

Sammenligner vi derimod forældrekompetencer for deltagere i felteksperimentet med norm-scoren<sup>9</sup>, ses det, at vores forældre oplever lavere tilfredshed i forældrerollen, har mindre tro på egen mestringsevne og generelt oplever at have ringere forældrekompetencer end norm-scoren. Sammenligner vi med, hvad andre studier har fundet for forældre til børn med ADHD generelt, så ses det, at forældrene i dette studie føler sig mere tilfredse i forældrerollen [24,04 (5,38)]<sup>10</sup> og har større tiltro til egen mestringsevne [21,90 (4,96)]<sup>11</sup> end andre forældre til børn med ADHD generelt (Sonuga-Barke m.fl., 2001).<sup>12</sup> Forældrene i dette studie oplever dog ringere forældrekompetencer end forældre til børn med ADHD generelt [63,5 (9,3)]<sup>13</sup>, og endnu ringere end for forældre til børn

---

9. Norm-scoren for tilfredshed og mestringsevne dækker over candiske mødre til drengebørn i alderen 4 til 6 år. Norm-scoren for kompetencer er for candiske mødre til børn på 4 år.

10. Scoren er for engelske forældre til børn på 3 år med ADHD.

11. Scoren er for engelske forældre til børn på 3 år med ADHD.

12. Middelværdier og standardafvigelser for andre forældre angives i teksten på følgende måde [Middelværdi (standardafvigelse).]

13. Scoren er for candiske mødre til børn på 4 år med ADHD.

med både ADHD og oppositionel adfærdsforstyrrelse [57,9 (8,8)]<sup>14</sup> Cunningham & Boyles (2002).

TABEL 3.4

Forældrenes responsvariable ved baseline, samt en norm-score, særskilt for forældre på Hold 1 og Hold 2. Gennemsnit, standardafvigelse, forskel og p-værdi.

	Hold 1		Hold 2		Norm-score		Forskel	
	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.	Δ	p-værdi
<i>Indsatsfokuserede spørgsmål</i>								
Forældre-kompetencer	2,20	0,57	2,32	0,58	-	-	-0,12	0,06
Hverdagen	1,73	0,80	1,74	0,63	-	-	-0,01	0,89
Bekymringer	1,44	0,55	1,50	0,59	-	-	-0,06	0,37
Mestringsevne	1,26	0,53	1,31	0,61	-	-	-0,05	0,47
<i>Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)</i>								
Tilfredshed	32,75	6,01	33,39	7,28	37,40	6,60 <sup>1</sup>	-0,64	0,40
Mestringsevne	22,87	5,14	23,39	4,74	25,52	5,59 <sup>1</sup>	-0,52	0,36
Kompetencer	55,62	9,51	56,78	9,95	70,40	9,20 <sup>2</sup>	-1,16	0,30
<i>Parenting Style (PS)</i>								
Eftergivende	2,62	0,71	2,68	0,79	2,63	0,92 <sup>3</sup>	-0,06	0,51
Overreagerende	4,01	0,94	3,94	0,99	3,13	0,91 <sup>3</sup>	0,07	0,51
Nedgørende	2,07	0,91	1,83	0,73	1,65	0,75 <sup>3</sup>	0,24	0,01 *
Samlet score	3,20	0,54	3,22	0,56	-	-	-0,02	0,75
<i>Stress (PSS) og depression (MDI)</i>								
Stress	42,51	8,98	41,47	9,02	37,10	8,1 <sup>4</sup>	1,04	0,31
Depression	14,58	10,31	12,91	9,79	13,70	11,5 <sup>5</sup>	1,67	0,15
<i>ADHD symptomer (ASRS)</i>								
Del A	15,97	4,69	15,86	4,75	-	-	0,12	0,83
Del B	30,03	8,17	30,05	8,90	-	-	-0,02	0,98

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Gennemsnit opgjort i point, standardafvigelse (Std. afv.) samt forskellen mellem de to grupper (Δ) opgjort i point og signifikansen af denne forskel givet ved p-værdien.

1. Johnston & Mash (1989): Norm-scoren er for canadiske mødre til drengebørn i alderen 4 til 6 år.
2. Cunningham & Boyle (2002): Norm-scoren er for canadiske mødre til børn på 4 år.
3. Rhoades & O'Leary (2007): Norm-scoren er for amerikanske mødre til børn i alderen 3 til 7 år.
4. Berry & Jones (1995): Norm-scoren er for amerikanske mødre til børn med en gennemsnitlig alder på 6,7 år.
5. Bech m.fl. (2001): Norm-scoren er for danske voksne.

Kilde: Egne beregninger.

Sammenligner vi opdragelsesstilen for vores forældre med norm-scoren<sup>15</sup>, er de som udgangspunkt ens, men norm-scoren er kun rapporteret af mødre, og vores score er rapporteret af både mødre og fædre. Harvey m.fl. (2001) konstaterer, at fædre typisk får en lavere score, fordi de er mindre eftergivende (mere hårde) end mødre. Norm-scoren ville derfor have været mindre, såfremt fædrene også var med, og det virker derfor

14. Scoren er for canadiske mødre til børn på 4 år med ADHD og ODD (oppositional defiant disorder).

15. Norm-scoren er for amerikanske mødre til børn i alderen 3 til 7 år.

rimeligt at konkludere, at forældrene i dette studie er mere eller lige så eftergivende som norm-scoren. Keown & Woodward (2002) viser, at forældre til hyperaktive børn er mere eftergivende [2,86 (0,82)]<sup>16</sup> end norm-scoren<sup>17</sup>. Sammenligner vi med forældre til hyperaktive børn, synes forældrene i dette studie ikke at have en mere eftergivende opdragelsesstil. Forældrene i dette studie er mere overreagerende end norm-scoren<sup>18</sup>, også lidt mere overreagerende end andre forældre til børn med ADHD [3,40 (0,91)]<sup>19</sup> (Harvey m.fl., 2001) og andre forældre til hyperaktive børn [3,07 (0,85)]<sup>20</sup> (Keown & Woodward, 2002).

Før forældrene kom på kurset, var de i gennemsnit lidt mere stressede end norm-scoren<sup>21</sup>, men ikke mere deprimerede. Forældrene i dette studie er ca. fire point eller en halv standardafvigelse mere stressede end norm-scoren, men under en tiendedel af en standardafvigelse mindre deprimerede.

#### RESPONSVARIABLE OM BARNET

De første fire kolonner i tabel 3.5 viser gennemsnit og standardafvigelser for responsvariable omkring barnet før randomiseringen, og før nogen af forældrene havde deltaget i KiK. Ligesom tabel 3.4 viser de først to kolonner responsvariable for Hold 1, de næste to responsvariable for Hold 2. Femte og sjette kolonne viser tilsvarende værdier for norm-scoren. De to sidste kolonner viser forskellen i gennemsnit for Hold 1 og Hold 2, samt om denne forskel er statistisk signifikant (p-værdi). For kun én ud af de 14 responsvariable er der signifikant forskel mellem Hold 1 og Hold 2 på et 5-procents-signifikansniveau, hvilket igen tyder på, at randomiseringen er lykkedes.

---

16. Scoren er for new zealandske familier med hyperaktive drenge i førskolealderen.

17. Norm-scoren er for amerikanske mødre til børn i alderen 3 til 7 år.

18. Norm-scoren er for amerikanske mødre til børn i alderen 3 til 7 år.

19. Scoren er for amerikanske mødre til børn på 5 til 12 år med ADHD.

20. Scoren er for new zealandske familier med hyperaktive drenge i førskolealderen.

21. Norm-scoren er for amerikanske mødre til børn med en gennemsnitlig alder på 6-7 år.

TABEL 3.5

Responsvariable om barnet ved baseline samt en norm-score, særskilt for børn af forældre på henholdsvis Hold 1 og Hold 2. Gennemsnit, standardafvigelse, forskel og p-værdi.

	Hold 1		Hold 2		Norm-score		Forskel	
	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.	Gns.	Std. afv.	Δ	p-værdi
<i>Indsatsfokuserede spørgsmål</i>								
Adfærd	2,24	0,53	2,24	0,50	-	-	0	0,97
<i>Barkley Functional Impairment Scale (BFIS-CA)</i>								
Skole-hjem	4,44	1,30	4,68	1,26	1,05	1,59 <sup>1</sup>	-0,24	0,24
Nærmiljø-fritid	4,14	1,76	4,34	1,61	0,75	1,47 <sup>1</sup>	-0,20	0,47
<i>Home Situation Questionnaire (HSQ)</i>								
Socialt ufleksibel	10,53	2,79	11,21	2,50	-	- <sup>2</sup>	-0,68	0,04 *
- sværhedsgrad	4,60	1,39	4,73	1,53	-	- <sup>2</sup>	-0,13	0,48
Når der stilles krav	4,45	1,65	4,49	1,62	-	- <sup>2</sup>	-0,04	0,83
- sværhedsgrad	4,44	1,68	4,68	1,75	-	- <sup>2</sup>	-0,24	0,31
<i>Fem til Femten (FTF)</i>								
Opmærksomhed	2,53	0,37	2,58	0,32	0,39	0,43 <sup>3</sup>	-0,05	0,24
Hyperaktivitet	2,39	0,48	2,48	0,42	0,39	0,43 <sup>3</sup>	-0,09	0,17
Inaktivitet	2,00	0,46	1,95	0,52	0,26	0,37 <sup>3</sup>	0,05	0,43
Sprog	2,00	0,46	1,95	0,52	0,41	0,48 <sup>3</sup>	0,05	0,43
Planlægning	1,86	0,53	2,00	0,56	0,21	0,28 <sup>3</sup>	-0,14	0,06
Sociale kompetencer	1,85	0,40	1,92	0,40	0,13	0,24 <sup>3</sup>	-0,07	0,21
Psykiske symptomer	1,73	0,37	1,79	0,36	0,14	0,22 <sup>3</sup>	-0,06	0,27

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Gennemsnit opgjort i point, standardafvigelse (Std. afv.) samt forskellen mellem de to grupperes gennemsnit (Δ) opgjort i point og signifikansen af denne forskel givet ved p-værdien.

1. Barkley (2012). Amerikanske forældre om børn i alderen 6 til 17 år.
2. Der findes ikke norm-score på PSS-PDD (Chowdhury m.fl., 2010).
3. Korkman m.fl. (2005): Svenske forældre om børn i alderen 6 til 8 år.

Kilde: Egne beregninger.

Sammenligner vi responsvariablene for barnet med norm-scoren<sup>22</sup>, ses det, at forældrene vurderer, at børnene har flere adfærdsproblemer end jævnaldrende børn, i skolen, hjemmet, nærmiljøet og fritiden. Barkley (2012) har angivet score for børn med ADHD, og når vi sammenligner, så fungerer børnene i dette studie mindre effektivt (har flere problemer) i skolen og hjemmet [4,00 (2,26)]<sup>23</sup> og i nærmiljøet og fritiden [3,02 (2,43)]<sup>24</sup> end andre børn med ADHD. Sammenligner vi de syv skalaer i Fem til Femten med norm-scoren<sup>25</sup>, har børnene i dette studie flere problemer med at fastholde opmærksomheden, er mere hyperaktive og er mere inaktive end norm-scoren. De oplever også større problemer med

22. Norm-scoren er fra amerikanske forældre om børn i alderen 6 til 17 år.

23. Scoren er for amerikanske forældre til børn med ADHD i alderen 6 til 17 år.

24. Scoren er fra amerikanske forældre om børn med ADHD i alderen 6 til 17 år.

25. Norm-scoren er fra svenske forældre om børn i alderen 6 til 8 år.

deres sprogegenskaber, evne til at planlægge, sociale kompetencer og psykiske symptomer end normalgruppen af børn.

## EFFEKTEN AF KÆRLIGHED I KAOS

Det forrige afsnit beskrev forældrenes og børnenes baggrundskarakteristika og responsvariable, inden de får mulighed for at deltage i kurset. Dette afsnit beskriver de to parallelle udviklingsforløb som Hold 1 og Hold 2 derefter begynder. Udviklingen er beskrevet dels ved hjælp af tre empiriske modeller (se afsnittet om den statistiske metode i kapitel 2), dels illustreret ved hjælp af figurer, der afbilder udviklingen. Vi begynder med en beskrivelse af forældrenes udvikling og dernæst en beskrivelse af børnenes udvikling. Til sidst i afsnittet sammenligner vi effektstørrelserne for de forskellige responsvariable for at se, hvor familierne oplever størst udvikling.

For at kunne sammenligne effektstørrelserne skal vi måle responsvariablene på samme skala, hvor responsvariablene i forrige afsnit blev målt på vidt forskellige skalaer.<sup>26</sup> De havde forskellige gennemsnit og forskellige standardafvigelser, hvilket gør det umuligt at sammenligne dem direkte på tværs. Vi kan for eksempel ikke vurdere, om en effektstørrelse på ét point i *mestringsevnen* er større, mindre eller det samme som en effektstørrelse på ét point i *eftergivenhed*. For at standardisere alle responsvariablene til samme skala dividerer vi hver af dem med deres standardafvigelse ved baselinemålingen. I dette afsnit ser vi derfor på ændringer i standardafvigelser (Std. afv.), hvilket kan sammenlignes på tværs. En ændring på én standardafvigelse i *mestringsevnen* er således større end en halv standardafvigelse i *eftergivenhed*. I teksten refererer vi tilbage til point-ændringer igen, når det giver mening.

### FORÆLDRERESPONS PÅ INDSATSFOKUSEREDE SPØRGSMÅL

Figur 3.2 ser på forældres udvikling med og uden KiK. Øverst til venstre vises de to parallelle forløb i forælderenes vurdering af egne *forældrekompetencer*, øverst til højre vises vurderingen af overskud i *hverdagen*, nederst til venstre vises vurderingen af *bekymringer* i forhold til barnet, og nederst til højre vises vurderingen af *mestringsevne*. For de fire responsvariable viser figur 3.2 en markant forbedring, hvis forælderen deltager på kurset.

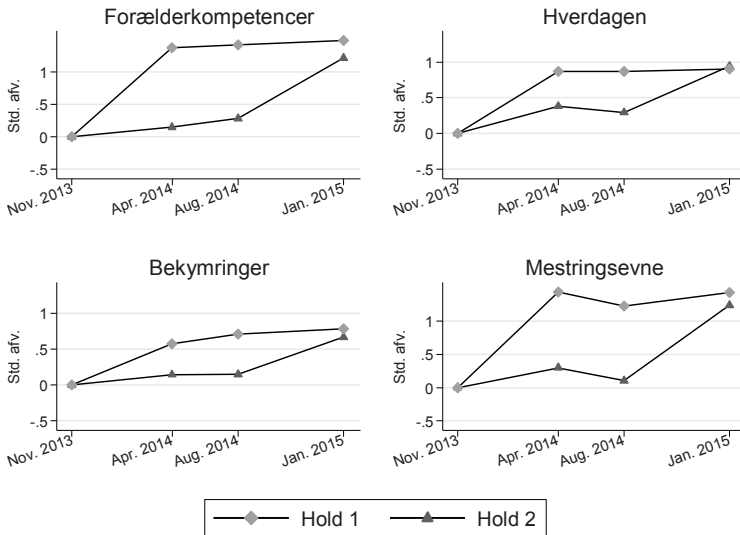
---

26. Se eventuelt tabel 3.4 og tabel 3.5.

Umiddelbart efter kurset er der en markant stigning i de fire variable, som efterfølgende flader ud. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 modtager kurset, oplever de samme markante stigning og kommer op på samme niveau som Hold 1.

FIGUR 3.2

Ændringer i forældrenes besvarelse af de indsatsfokuserede spørgsmål over tid, særligt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for fire forældrevarer. Opgjort i standardafvigelser.



Anm.: Figurerne viser model 3 i tabel 3.6, hvor der er taget højde for, at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

Tabel 3.6 viser effekten af KiK for de fire forældrevarer. For hver af de fire responsvariable og for de tre modelspecifikationer, viser tabellen afstanden mellem de to grafer i figur 3.2 i april 2014 og august 2014. Estimerne i de tre kolonner er rimeligt ens, hvilket er betryggende, fordi det betyder, at modelspecifikationen ikke påvirker resultaterne. Resultaterne er ikke drevet af den statistiske model, men af forældrenes besvarelser. Derudover er estimerne positive og signifikante. Forældrene, der kommer på kurset, oplever en positiv og signifikant forbedring i *forælderkompetencer*, *hverdagen*, *bekymringer* og *mestringsevne*. Effekterne er angivet i

standardafvigelser, men de kan også relateres til de oprindelige skalaer. Forbedringen i forældrekompetencer otte måneder efter kursusstart på 1,134 standardafvigelser svarer til en forbedring på 0,65 point på 5-points-skalaen. Dette betyder, at de forældre, som deltager i KiK, går fra et gennemsnit på 2,20 til 2,85, hvilket er en markant forbedring på en 5-points-skala.<sup>27</sup>

Der ses en medium-effekt på forældrenes opfattelse af hverdagen på 0,574 standardafvigelser, svarende til en 0,46-points-stigning på 5-points-skalaen. Effekten på forældrenes bekymringer i forhold til barnet, er på 0,564 standardafvigelser, svarende til en 0,31-points-forbedring på 5-points-skalaen. Der ses også en forholdsvis stor forbedring af forældrenes mestringssevne, som stiger med 1,118 standardafvigelser, svarende til en forbedring på 0,60 points på 5-points-skalaen.

Sammenligner vi effektstørrelsen lige efter programmet (april 2014) med effektstørrelsen fire måneder efter (august 2014) for samme responsvariabel, kan vi se, at effektstørrelsen udvandes lidt over tid. Faldet mellem de to tidspunkter er dog ikke signifikant og ser ud til at holde også et år efter kursusstart (se figur 3.5).

---

27. Middelværdier ses i tabel 3.4.



TABEL 3.6

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med de indsatsfokuserede spørgsmål, særskilt for modelspecifikationer for fire forældreevner. Opgjort i standardafvigelser.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Forældrekompetencer</i>			
April 2014	1,145 ** (0,115)	1,146 ** (0,115)	1,223 ** (0,114)
August 2014	1,070 ** (0,122)	1,074 ** (0,122)	1,134 ** (0,111)
Observationer	956	956	956
Antal familier	310	310	310
<i>Hverdagen</i>			
April 2014	0,349 * (0,140)	0,351 * (0,139)	0,485 ** (0,131)
August 2014	0,446 ** (0,132)	0,455 ** (0,130)	0,574 ** (0,120)
Observationer	956	956	956
Antal familier	310	310	310
<i>Bekymringer</i>			
April 2014	0,409 * (0,159)	0,409 * (0,159)	0,432 ** (0,158)
August 2014	0,513 ** (0,180)	0,511 ** (0,180)	0,564 ** (0,166)
Observationer	954	954	954
Antal familier	310	310	310
<i>Mestringsevne</i>			
April 2014	1,104 ** (0,136)	1,103 ** (0,135)	1,137 ** (0,132)
August 2014	1,058 ** (0,156)	1,063 ** (0,155)	1,118 ** (0,148)
Observationer	882	882	882
Antal familier	302	302	302
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

Kilde: Egne beregninger.

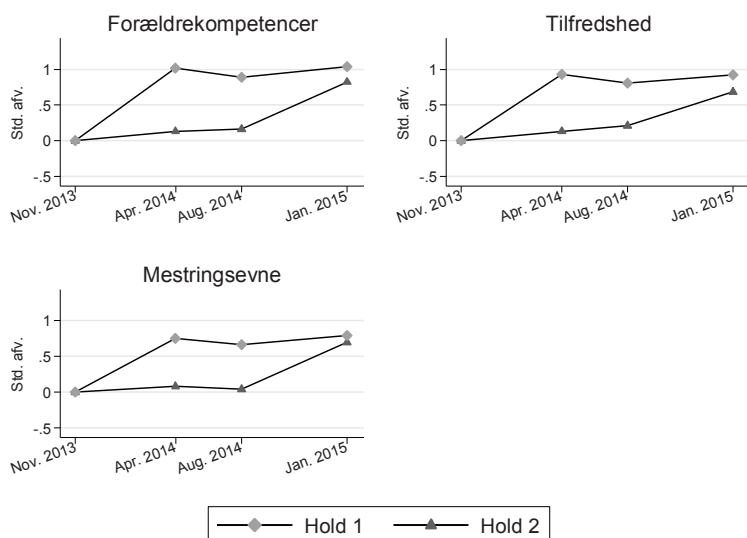
### FORÆLDRERESPONS PÅ VALIDEREDE INSTRUMENTER

Figur 3.3 viser forældres udvikling målt med ”Parenting Sense of Competence Scale” (PSOC). Denne skala er udviklet til at måle forældres *tilfredshed* med forælderrollen, deres *mestringsevne* og til at kunne give et total mål for deres samlede vurdering af egne *forældrekompetencer*. Øverst til venstre vises de to parallelle forløb i forælderens samlede vurdering af egne *forældrekompetencer*, øverst til højre vises *tilfredshed* med forælderrollen og nederst til venstre vises vurderingen af *mestringsevne*. Figuren viser igen en markant forbedring for forældre, som deltager på kurset. Umiddelbart

efter kurset er der en markant stigning i de tre variable, som efterfølgende flader ud. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 modtager kurset, oplever de samme markante stigning og kommer op på samme niveau som Hold 1 – præcis samme mønster som ved de indsatsfokuserede spørgsmål.

FIGUR 3.3

Ændringer i forældrenes score på Parenting Sense of Competence Scale (PSOC), over tid, særligt for forældre på Hold 1 og Hold 2, for tre forskellige forældrekompetencer. Opgjort i standardafvigelse.



Anm.: Figurerne viser model 3 i tabel 3.7 hvor der er taget højde for, at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

Tabel 3.7 viser effekten af KiK for PSOC. Igen svarer estimatet til afstanden i april 2014 og august 2014, mellem de to kurver i figur 3.3. Estimerne i de tre kolonner er igen rimeligt ens og ikke påvirket af modelspecifikationen. Som forventet fra mønstret i figur 3.3 er estimerne positive og signifikante – forældrene, der kommer på kurset, oplever en positiv og signifikant forbedring i *forældrekompetencer*, *tilfredshed* med forælderrollen og tro på egen *mestringsevne*. Ser vi på estimerne for august 2014 i sidste kolonne, oplever forældrene en forbedring på 0,596

standardafvigelser i *tilfredshed*, hvilket svarer til forbedring på 3,58 point. Forældre, som deltager i KiK med en gennemsnitlig tilfredshed på 32,75 point, stiger til 36,33 point, eller går fra at have en lavere tilfredshed end norm-scoren (37,40) til at have næsten samme tilfredshed som norm-scoren otte måneder efter kursusstart. Tilsvarende stiger forældrenes opfattelse af egen *mestringsevne* med 0,624 standardafvigelser, svarende til 3,20 point. Forældre, som har en middelværdi på 22,87 inden kurset, har otte måneder efter interventionen en middelværdi på 26,07, hvilket svarer til, at de har lavere mestringsevne end norm-scoren (25,52) før, men en lidt højere mestringsevne otte måneder efter første kursusdag.

TABEL 3.7

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). Særskilt for modelspecifikationer. Opgjort i standardafvigelser.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Tilfredshed</i>			
April 2014	0,778 ** (0,140)	0,777 ** (0,141)	0,796 ** (0,132)
August 2014	0,597 ** (0,146)	0,594 ** (0,147)	0,596 ** (0,133)
Observationer	956	956	956
Antal familier	310	310	310
<i>Mestringsevne</i>			
April 2014	0,653 ** (0,107)	0,653 ** (0,108)	0,668 ** (0,108)
August 2014	0,633 ** (0,129)	0,631 ** (0,129)	0,624 ** (0,121)
Observationer	956	956	956
Antal familier	310	310	310
<i>Samlede forældrekompetencer</i>			
April 2014	0,866 ** (0,129)	0,865 ** (0,130)	0,885 ** (0,126)
August 2014	0,731 ** (0,142)	0,728 ** (0,143)	0,726 ** (0,128)
Observationer	956	956	956
Antal familier	310	310	310
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

Kilde: Egne beregninger.

Med hensyn til de samlede *forældrekompetencer* stiger den med 0,726 standardafvigelser, svarende til 6,91 points, eller svarende til at gå fra et gennemsnit på 55,62 point før til 62,52 point efter. Dette er lidt lavere end

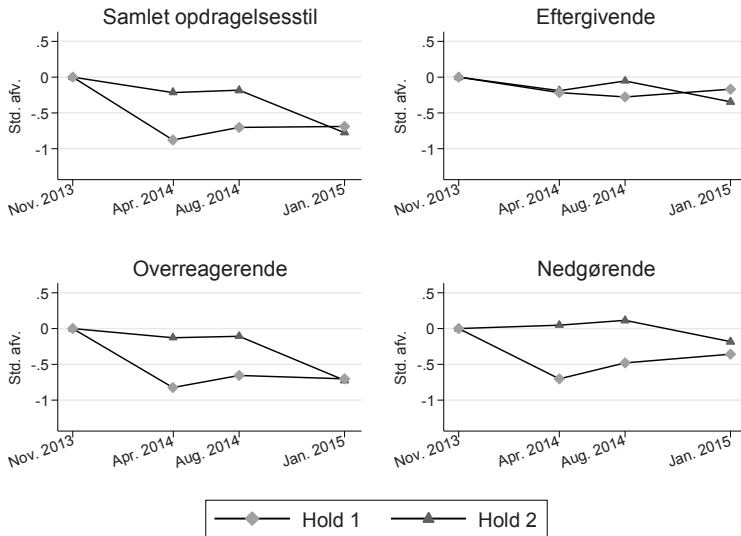
norm-scoren hos Cunningham & Boyle (2002) for forældre til børn med ADHD (63,5), og stadig noget lavere end norm-scoren generelt (70,40).

Sammenligner vi effektstørrelsen for de samlede kompetencer lige efter programmet (april 2014) med effektstørrelsen fire måneder efter (august 2014) for samme responsvariabel, kan vi se, at effektstørrelsen udvandede lidt over tid. Men faldet mellem de to tidspunkter er ikke signifikant, og ser vi på figur 3.3, ser det mere ud som et tilfældigt dyk. Effekten på samlede kompetencer ser ud til at være stabil også et år efter kursusstart.

Figur 3.4 viser forældres udvikling i forældrenes score på ”Parenting Scale” (PS), som måler opdragelsesstilen: forældrenes *eftergivenhed*, hvor meget og hvor ofte de *overreagerer*, og hvor *nedgørende* deres håndtering af børnene er. Her er skalaen omvendt, det vil sige, at en høj score indikerer dysfunktionel opdragelse, hvorfor negative effektestimater er en forbedring af forældrenes opdragelsesstil. Øverst til venstre i figuren vises de to parallelle forløb i forælderenes samlede score i PS, øverst til højre vises *eftergivenhed*, nederst til venstre vises *overreagerende* opdragelsesstil, og nederst til højre vises, hvor *nedgørende* forældrenes opdragelsesstil er. For den samlede og to af de tre opdragelsesstile viser figuren igen en markant forbedring, hvis forældrene deltager på kurset. Umiddelbart efter kurset er der et markant fald i de tre variable, men efterfølgende stiger de igen en smule frem til januar 2015, men stabiliserer sig på et lavere niveau end udgangspunktet. For nedgørende opdragelsesstil er det specielt brugen af grimt eller fornærmende sprog eller at sige ondskabsfulde ting eller kalde barnet øgenavne, når barnet er adfærdsvanskeligt, som ændres, men der er også en effekt på voldelig adfærd (smæk, lussinger, tage fat eller slå). KiK har til gengæld ingen effekt på eftergivenhed i opdragelsesstilen. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 modtager kurset, oplever de samme markante forbedring i den samlede opdragelsesstil, samt den overreagerende og den nedgørende opdragelsesstil og ender på samme niveau som Hold 1.

FIGUR 3.4

Ændringer i forældrenes score på Parenting Scale (PS) over tid, særligt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for tre forskellige opdragelsesstile og en samlet opdragelsesstil. Opgjort i standardafvigelser.



Anm.: Figureerne viser model 3 i tabel 3.8, hvor der er taget højde for, at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

Ligesom de forrige tabeller viser tabel 3.8 effekten i april og august af KiK på Parenting Scale (PS). Estimerne på tværs i de tre kolonner er igen rimeligt ens og derfor ikke påvirket af modelspecifikationen. Som forventet fra mønstret i figur 3.4 er estimerne negative og signifikante for tre af opdragelsesstilerne – forældrene, der kommer på kurset, får en signifikant forbedring i *samlet*, *overreagerende* og *nedgørende* opdragelsesstil. Otte måneder efter første kursusdag overreagerer forældrene mindre med 0,547 standardafvigelser, hvilket svarer til en forbedring på -0,52 point på den oprindelige skala. Det betyder, at forældrene, som har en gennemsnitsscore på 4,01 point inden kurset, otte måneder efter kurset har en score på 3,49 og nærmer sig norm-scoren (3,13). Den nedgørende adfærd over for barnet falder med 0,594 standardafvigelser, hvilket svarer til -0,54 på den oprindelige skala. En gennemsnitsforælder, der starter på kurset med en score på 2,07 point, reducerer scoren til 1,53 point otte

måneder efter kursusstart. Forælderen ender derfor med en mindre nedgørende opdragelsesstil over for barnet end norm-scoren (1,65).

TABEL 3.8

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med Parenting Scale (PS), særskilt for model-specifikationer. Opgjort i standardafvigelse.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Eftergivenhed</i>			
April 2014	-0,019 (0,127)	-0,018 (0,128)	-0,030 (0,134)
August 2014	-0,266 * (0,131)	-0,265 * (0,132)	-0,225 (0,131)
Observationer	953	953	953
Antal familier	309	309	309
<i>Overreagerende</i>			
April 2014	-0,677 ** (0,132)	-0,677 ** (0,132)	-0,701 ** (0,128)
August 2014	-0,556 ** (0,143)	-0,556 ** (0,143)	-0,547 ** (0,125)
Observationer	954	954	954
Antal familier	310	310	310
<i>Nedgørende</i>			
April 2014	-0,780 ** (0,116)	-0,780 ** (0,116)	-0,751 ** (0,112)
August 2014	-0,534 ** (0,126)	-0,537 ** (0,126)	-0,594 ** (0,122)
Observationer	953	953	953
Antal familier	309	309	309
<i>Samlet score</i>			
April 2014	-0,683 ** (0,119)	-0,684 ** (0,119)	-0,667 ** (0,114)
August 2014	-0,543 ** (0,129)	-0,546 ** (0,130)	-0,516 ** (0,109)
Observationer	954	954	954
Antal familier	310	310	310
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

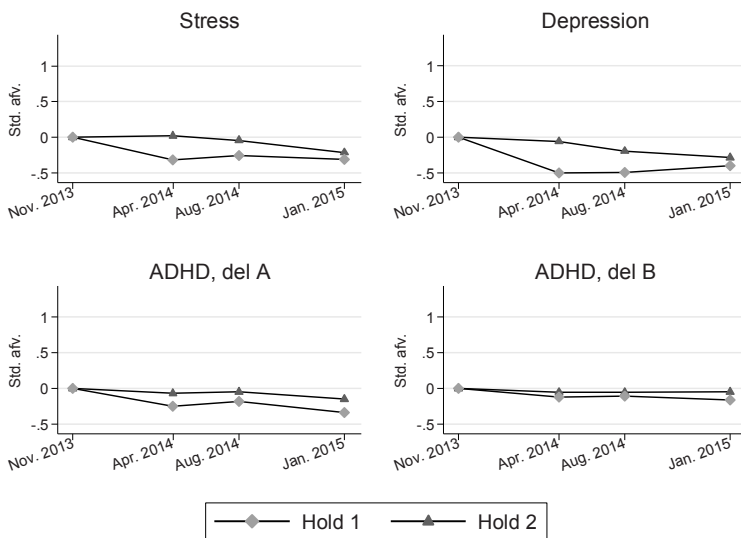
Kilde: Egne beregninger.

Figur 3.5 viser forældres udvikling i mental sundhed målt med Parental Stress Scale (PSS), som måler forældrenes stressniveau, Major Depression Inventory (MDI), som måler, hvor deprimerede forældrene er og Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), som måler forældrenes egne symptomer på ADHD (se kapitel 2 om validerede instrumenter omkring forældrenes udvikling). En høj score betyder højere stress-, depressions-,

eller ADHD-niveau, hvorfor et fald i kurven er en forbedring. Øverst til venstre i figuren vises forældrenes *stressniveau* med og uden kurset, øverst til højre vises *depressionsniveauet*, nederst vises forældrenes symptomer på *ADHD*. Generelt for alle fire responsvariable ser forskellen mellem kurverne ikke nær så markant ud som for forældrekompetencerne og opdragsstilen. Der er dog en mindre forbedring i forældrenes mentale tilstand umiddelbart efter kurset. Effekten ser ud til at forsvinde ved målingen i august 2014, tydeligst for ADHD- og stressniveauet. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 modtager kurset, oplever de ikke samme forbedring i den mentale tilstand. Det er derfor mere tvivlsomt, om kurset har en effekt på forældrenes mentale helbred.

FIGUR 3.5

Ændringer i forældrenes psykopatologi over tid, særligt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for symptomer. Opgjort i standardafvigelser.



Anm.: Figureerne viser model 3 i tabel 3.9, hvor der er taget højde for, at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

I tabel 3.9 ses kun små og insignifikante effekter på forældrenes *stressniveau*, når der ikke tages højde for, at forældrene før kurset startede på forskellige stressniveauer. Fjerner vi alle forældrenes initiale forskelle og i

stedet ser på den gennemsnitlige udvikling i de to hold, ses en gennemsnitlig forbedring på -0,337 standardafvigelser fra det initiale niveau, hvilket svarer til -3,03 point på den oprindelige skala. Det betyder, at en gennemsnitlig forælder, som initialt har et stressniveau på 42,51 point, umiddelbart efter kurset vil reducere stressniveauet til 39,48 point, men stadig være 2,38 point fra norm-scoren (37,1). Forbedringen aftager dog hurtigt – allerede fire måneder efter kursets afslutning er stressniveauet tilbage og ikke signifikant (på et 5-procents-niveau) forskelligt fra udgangspunktet før kurset.

Tilsvarende gælder for forældrenes *depressionsniveau*. Der er mindre og signifikante effekter på forældrenes depressionsniveau lige efter interventionen. Forbedringen på -0,446 standardafvigelser, når vi tager højde for initiale forskelle, svarer til -4,60 point på den originale skala. En gennemsnitsforælder med et depressionsniveau på 14,58 point før kurset oplever en reduktion i depressionsniveauet til 9,98 point umiddelbart efter kurset. Fire måneder senere er niveauet steget til 11,53 point, men det er stadig under normscoren (13,7). I figur 3.5 ses, at det meste af udvandingen af effekten mellem april 2014 og august 2014 skyldes en forbedring i depressionsniveauet hos Hold 2. En mulig forklaring kan være, at de har fået det bedre, fordi de vidste, at de snart skulle starte på kurset. Alternativt kan forbedringen skyldes frafald – at de mest deprimerede forældre på Hold 2 ikke har haft overskud til at besvare flere spørgeskemaer.

Forældrenes *ADHD-symptomer* måles ved ASRS (se kapitel 2). Igen er en højere score ensbetydende med større sandsynlighed for at have ADHD, og et negativt effektestimat er lig med en forbedring. Da forældretræningsprogrammer ikke behandler forældrenes ADHD-symptomer, er det forventeligt ikke at se nogen effekt af KiK på forældrenes symptomer. Effekterne af KiK på forældrenes ADHD-symptomer er også meget små og for det meste insignifikante. Der er dog små signifikante effekter på et 5-procents-niveau.



TABEL 3.9

Effekten af Kærlighed i Kaos målt på stress- (PSS), depressions- (MDI) og ADHD-niveau (ASRS), særskilt for modelspecifikationer. Opgjort i standardafvigelser.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Stress</i>			
April 2014	-0,168 (0,116)	-0,168 (0,116)	-0,337 ** (0,107)
August 2014	-0,067 (0,127)	-0,068 (0,127)	-0,209 (0,108)
Observationer	948	948	948
Antal familier	309	309	309
<i>Depression</i>			
April 2014	-0,306 * (0,120)	-0,306 * (0,120)	-0,446 ** (0,110)
August 2014	-0,169 (0,124)	-0,168 (0,124)	-0,296 * (0,114)
Observationer	947	947	947
Antal familier	309	309	309
<i>Del A</i>			
April 2014	-0,0745 (0,101)	-0,0737 (0,101)	-0,177 * (0,078)
August 2014	-0,030 (0,116)	-0,027 (0,116)	-0,132 (0,087)
Observationer	946	946	946
Antal familier	309	309	309
<i>Del B</i>			
April 2014	-0,037 (0,102)	-0,036 (0,102)	-0,067 (0,076)
August 2014	-0,013 (0,114)	-0,007 (0,114)	-0,054 (0,079)
Observationer	946	946	946
Antal familier	309	309	309
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

Kilde: Egne beregninger.

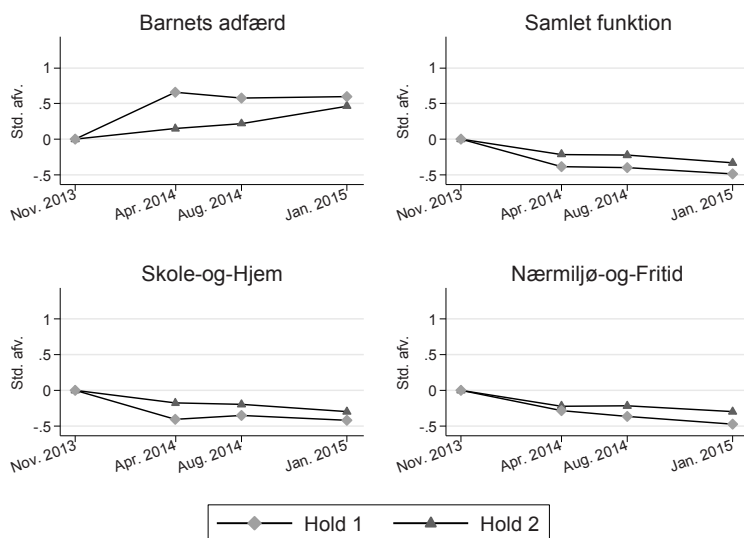
## RESPONS PÅ INDSATSFOKUSEREDE SPØRGSMÅL OM BARNET

I figur 3.6, øverst til venstre, vises den forventede udvikling i barnets adfærd, hvis dets forældre deltager og ikke deltager i forældretræningsprogrammet målt ved de indsatsfokuserede spørgsmål (f.eks. ”Mit barn hører næsten aldrig efter, hvad jeg siger”). Figuren viser en pæn forbedring i barnets adfærd umiddelbart efter kurset, som efterfølgende aftager og flader ud. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 deltog i kurset, oplever de også en stigning, men ikke nær så markant som Hold 1, dog ender de på samme niveau som Hold 1, fordi Hold 2 over hele peri-

oden oplever en svag forbedring. Sammenlignet med forældrenes udvikling er barnets udvikling ikke så markant over de første otte måneder efter kursusstart.

FIGUR 3.6

Ændringer i forældrenes besvarelse af de indsatsfokuserede spørgsmål om barnets adfærd, samt ændringerne målt i Barkley Functional Impairment Scale (BFIS), begge over tid, særligt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for specifikke situationer. Opgjort i standardafvigelser.



Anm.: Figureerne viser model 3 i tabel 3.11, hvor der er taget højde for at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

Af tabel 3.10 fremgår det, at der er en positiv og signifikant effekt på forældrene opfattelse af børnenes adfærd lige efter interventionen. Kontrol for lokalafdeling betyder intet for estimatet, mens kontrol for forældrenes vurdering af barnets initiale adfærd øger effekten en smule, men ikke betragteligt. Forbedringen på 0,509 standardafvigelser svarer til en forbedring på 0,27 point på den originale 5-points-skala. Den positive effekt mindskes dog ved målingen i august 2014.

TABEL 3.10

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med de indsatsfokuserede spørgsmål om barnets adfærd, særskilt for modelspecifikationer. Opgjort i standardafvigelser.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Adfærd</i>			
April 2014	0,444 ** (0,126)	0,445 ** (0,126)	0,509 ** (0,123)
August 2014	0,241 (0,151)	0,243 (0,151)	0,355 * (0,138)
Observationer	933	933	933
Antal familier	309	309	309
Kontrol for lokalafdeling	.	X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt	.	.	X

Anm.: \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$ . Klyngrobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

Kilde: Egne beregninger.

## RESPONS PÅ VALIDEREDE INSTRUMENTER OM BARNET

Figur 3.6, øverst til højre og nederst, viser barnets udvikling i ”Barkley Functional Impairment Scale” (BFIS). Instrumentet måler barnets adfærdsproblemer i *skole-og-hjem* og i *nærmiljøet-og-fritiden* i forhold til deres jævnaldrende. Her er skalaen omvendt, det vil sige, at en høj score indikerer større problemer i den givne situation. Øverst til højre i figuren vises de to parallelle forløb i barnets samlede score i BFIS, altså et mål for barnets problemer med at fungere i alle situationer, nederst til venstre vises barnets funktion i *skole-og-hjem*, og nederst til højre vises barnets funktion i *nærmiljøet-og-fritiden*. Forskellen mellem Hold 1 og Hold 2’s udvikling er lille i de tre figurer, men mønstret er det samme. I alle tre figurer er der en lille forbedring for Hold 1 i forhold til Hold 2. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 modtager kurset, ser Hold 1 ikke ud til at opleve nogen forbedring.

Tabel 3.11 viser effekten af KiK målt i Barkley Functional Impairment Scale (BFIS), svarende til afstanden mellem de to grafer i figur 3.6. Estimerne i de tre kolonner er ikke signifikant forskellige, men estimerne er lidt højere, når vi tager højde for, at børnene havde forskellige niveauer af problemer inden kurset. For problemer i skole-og-hjem er effekten lidt tydeligere, hvilket kan skyldes, at effekten af forældrenes øgede kompetencer først slår igennem på barnets adfærd i hjemmet, dernæst uden

for hjemmet. Der er dog ikke en signifikant effekt på barnets samlede funktion.

TABEL 3.11

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med Barkley Functional Impairment Scale (BFIS), særskilt for modelspecifikationer. Opgjort i standardafvigelse.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Skole-og-hjem</i>			
April 2014	-0,087 (0,127)	-0,087 (0,127)	-0,229 (0,120)
August 2014	-0,159 (0,151)	-0,159 (0,151)	-0,155 (0,127)
Observationer	936	936	936
Antal familier	308	308	308
<i>Nærmiljø-og-fritid</i>			
April 2014	0,019 (0,116)	0,019 (0,117)	-0,067 (0,114)
August 2014	-0,130 (0,147)	-0,129 (0,147)	-0,150 (0,136)
Observationer	937	937	937
Antal familier	309	309	309
<i>Samlet score</i>			
April 2014	-0,051 (0,124)	-0,051 (0,124)	-0,172 (0,116)
August 2014	-0,175 (0,151)	-0,174 (0,151)	-0,172 (0,131)
Observationer	937	937	937
Antal familier	309	309	309
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

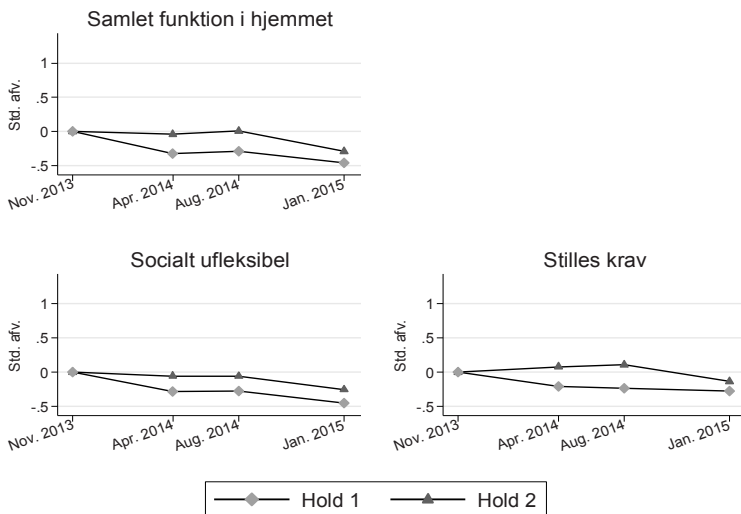
Kilde: Egne beregninger.

Figur 3.7 viser barnets udvikling i forskellige hverdagssituationer målt ved "Home Situation Questionnaire" (HSQ). En høj score indikerer større problemer i en given situation. Skalaen består af en samlet skala og to underskalaer. Den samlede skala ser på barnets problemer med at følge instruktioner, gøre, som der bliver sagt, eller følge regler i en given situation. De to underskalaer, ser dels på, om barnet er *socialt ufleksibelt*, det vil sige barnets evne til fleksibelt at omstille sig og dels på, om barnet har problemer i situationer, hvor der *stilles krav* til barnet, og hvor der forventes noget af det. Øverst til venstre i figuren vises den samlede score, nederst til venstre vises *social ufleksibilitet*, nederst til højre vises forældrenes vurdering af barnets problemer, når der *stilles krav*. Forskellen

mellem Hold 1 og Hold 2's udvikling er igen lille i de tre figurer, men også her er mønstret det samme. I alle tre figurer er der en lille forbedring på Hold 1 i forhold til Hold 2. Til forskel fra udviklingen i forhold til barnets funktion (målt med Barkley Functional Impairment Scale) er udviklingen i barnets hjemlige funktion (målt ved HSQ-instrumentet) mere tydelig. Umiddelbart efter kurset er der et lille fald i de tre variable, som efterfølgende flader ud. Mellem august 2014 og januar 2015, hvor Hold 2 modtager kurset, oplever de også en lille forbedring. Forbedringerne ser ud til at være ret ens i figur 3.7. "Home Situation Questionnaire" er i højere grad end "Barkley Functional Impairment Scale" rettet mod situationer i hjemmet og situationer, hvor forældrene har direkte indflydelse på barnet, hvilket kan forklare det lidt tydeligere mønster i HSQ end i BFIS.

FIGUR 3.7

Ændringerne i forældrenes besvarelser af Home Situation Questionnaire (HSQ) over tid, særskilt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for miljøspecifikke situationer. Opgjort i standardafvigelser.



Anm.: Figureerne viser model 3 i tabel 3.12, hvor der er taget højde for at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

Tabel 3.12 viser effekten af KiK for HSQ-scoren. Overordnet ser det ud som om, der er en lille effekt på barnets adfærd lige efter forældretræningskurset, som stiger i styrke, efterhånden som tiden går. Effekten er generelt lidt større, når vi tager højde for, at børnenes udgangspunkt er forskelligt, og familierne oplever den største forbedring i situationer, hvor der *stilles krav* til barnet, f.eks. når barnet skal op om morgenen, have tøj på eller gøre sig klar til at komme i skole eller daginstitution.

TABEL 3.12

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med Home Situations Questionnaire (HSQ), særskilt for modelspecifikationer. Opgjort i standardafvigelser.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Socialt ufleksibelt</i>			
April 2014	-0,188 (0,130)	-0,188 (0,130)	-0,226 (0,128)
August 2014	-0,265 (0,139)	-0,263 (0,140)	-0,220 (0,130)
Observationer	937	937	937
Antal familier	309	309	309
<i>Stilles krav</i>			
April 2014	-0,129 (0,134)	-0,129 (0,135)	-0,284 * (0,132)
August 2014	-0,300 * (0,139)	-0,305 * (0,138)	-0,341 ** (0,125)
Observationer	937	937	937
Antal familier	309	309	309
<i>Samlet funktion i hjemmet</i>			
April 2014	-0,182 (0,116)	-0,182 (0,116)	-0,282 * (0,113)
August 2014	-0,299 * (0,138)	-0,299 * (0,138)	-0,294 * (0,124)
Observationer	937	937	937
Antal familier	309	309	309
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerobuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

Kilde: Egne beregninger.

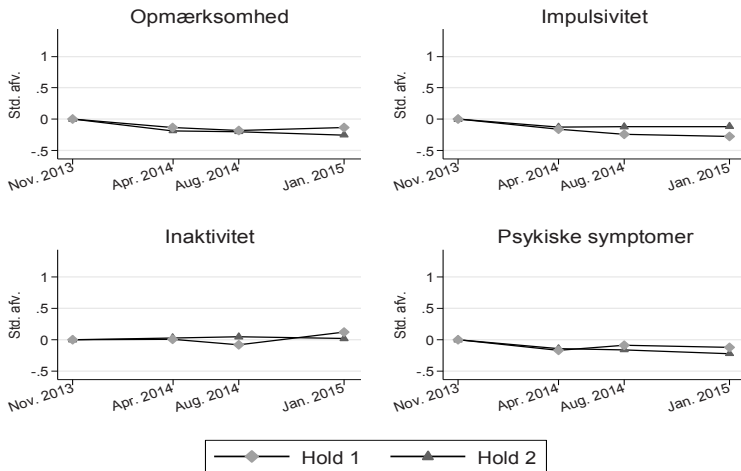
En effektstørrelse på -0,341 standardafvigelser otte måneder efter første kursusdag, svarende til, at forældre, som kommer på træningskurset, i gennemsnit oplever 0,56 færre situationer med problemer (ud af fem mulige), hvor de stiller krav til barnet. Sagt med andre ord: Før interventionen oplevede forældrene problemer i 4,45 situationer, hvor de stillede krav til barnet, men otte måneder efter, at de er startet på kurset, var det-

te antal faldet til 3,88 situationer. Effekten i antallet af situationer, hvor barnet er socialt ufleksibelt, er statistisk ikke nær så tydeligt – det vil sige, at der er stor variation i de forbedringer, som familierne oplever, selv når vi tager højde for, at børnenes udgangspunkt er forskelligt, men estimeret svarer til, at en gennemsnitsforælder, der deltager i kurset, går fra at opleve 10,53 problemer til at opleve 9,92 problemer ud af 14 situationer, hvor barnet er socialt ufleksibelt.

De to sidste figurer, figur 3.8 og figur 3.9, viser barnets mentale udvikling og indlæringsvanskeligheder målt ved ”Fem til Femten” (FTF). En høj score indikerer flere symptomer og større problemer. Figurerne viser syv underskalaer: *opmærksomhed*, *impulsivitet*, *inaktivitet*, *psykiske symptomer* (figur 3.8), *planlægning*, *sprog* og *sociale kompetencer* (figur 3.9). Det er ret tydeligt, at kurset ikke har påvirket forældrenes vurdering af disse responsvariable. De to udviklingskurver for henholdsvis Hold 1 og Hold 2 ligger oven i hinanden og krydser hinanden tilfældigt. Dette mønster er gennemgående for alle syv figurer.

FIGUR 3.8

Ændringerne i forældrenes besvarelse af Fem til Femten (FTF) over tid, særligt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for symptomer. Opgjort i standardafvigelser.

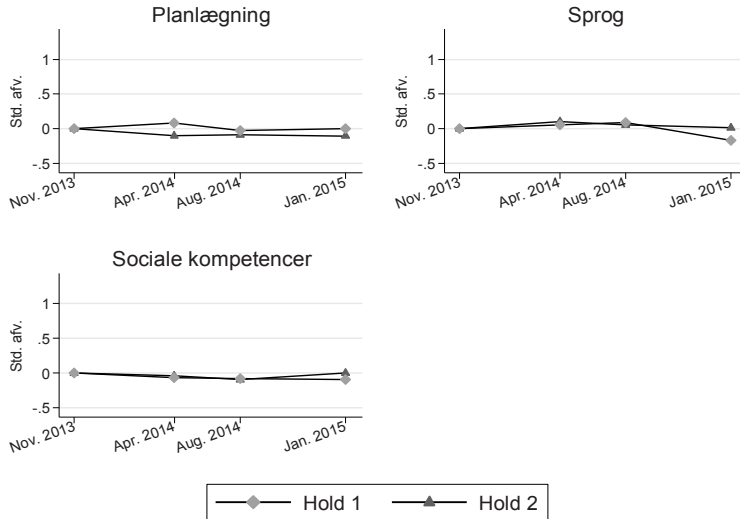


Anm.: Figurerne viser model 3 i tabel 3.13, hvor der er taget højde for at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

FIGUR 3.9

Ændringerne i forældrenes besvarelse af Fem til Femten (FTF) over tid, særskilt for forældre på Hold 1 og Hold 2 for område. Opgjort i standardafvigelser.



Anm.: Figureerne viser model 3 i tabel 3.13, hvor der er taget højde for at forældrenes udgangspunkt er forskelligt (fixed effects-estimation).

Kilde: Egne beregninger.

Tilsvarende billede ses i tabel 3.13, der viser effekttestimatet for de syv skalaer. Effekterne er generelt små og insignifikante, hvilket betyder, at kurset ikke har en effekt på barnets mentale udvikling og indlæringsvanskeligheder inden for den periode, vi ser på. Det har undret os, at der ikke er en effekt på *sociale kompetencer*, når HSQ-scoren viser en effekt på antallet af situationer, hvor barnet er *socialt ufleksibelt*. En mulig forklaring på denne forskel kan være, at HSQ-spørgsmålene er mere konkrete omkring specifikke situationer i hjemmet (leg med andre, når mor eller far taler i telefon, ved aftensmaden), mens FTF-spørgsmålene er mere generelle for flere situationer, også uden for hjemmet. En anden mulig forklaring på forskellen kan være, at FTF-spørgsmålene var i den sidste del af spørgeskemaet. Hele spørgeskemaet tog ca. én time at udfylde, så nogle forældre har muligvis besvaret de sidste spørgsmål mere tilfældigt for at få afsluttet skemaet. Sådant tilfældighed kan også forklare, hvorfor kurverne ligger tilfældigt oven i hinanden i figur 3.8 og figur 3.9.



TABEL 3.13

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med Fem til Femten (FTF), særskilt for model-specifikationer. Opgjort i standardafvigelser.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Opmærksomhed</i>			
April 2014	0,023 (0,128)	0,023 (0,129)	0,055 (0,123)
August 2014	-0,150 (0,151)	-0,160 (0,151)	0,016 (0,131)
Observationer	935	935	935
Antal familier	309	309	309
<i>Impulsivitet</i>			
April 2014	-0,045 (0,112)	-0,045 (0,112)	-0,036 (0,098)
August 2014	-0,174 (0,118)	-0,173 (0,118)	-0,117 (0,092)
Observationer	935	935	935
Antal familier	309	309	309
<i>Inaktivitet</i>			
April 2014	-0,058 (0,117)	-0,058 (0,117)	-0,022 (0,109)
August 2014	-0,227 (0,137)	-0,228 (0,137)	-0,129 (0,134)
Observationer	934	934	934
Antal familier	309	309	309
<i>Planlægning</i>			
April 2014	0,161 (0,117)	0,160 (0,117)	0,181 (0,121)
August 2014	-0,0120 (0,139)	-0,023 (0,139)	0,058 (0,138)
Observationer	933	933	933
Antal familier	309	309	309
<i>Sprog</i>			
April 2014	-0,113 (0,117)	-0,113 (0,117)	-0,049 (0,110)
August 2014	-0,097 (0,138)	-0,098 (0,137)	0,037 (0,124)
Observationer	934	934	934
Antal familier	309	309	309
<i>Sociale kompetencer</i>			
April 2014	0,039 (0,111)	0,039 (0,111)	-0,032 (0,092)
August 2014	0,055 (0,133)	0,055 (0,134)	0,016 (0,100)
Observationer	935	935	935
Antal familier	309	309	309

(Fortsættes)

TABEL 3.13 FORTSAT

Effekten af Kærlighed i Kaos målt med Fem til Femten (FTF), særskilt for model-specifikationer. Opgjort i standardafvigelse.

	(1) DiD	(2) FE	(3) FE
<i>Psykiske symptomer</i>			
April 2014	0,012 (0,117)	0,012 (0,117)	-0,031 (0,095)
August 2014	0,117 (0,133)	0,118 (0,134)	0,071 (0,103)
Observationer	934	934	934
Antal familier	309	309	309
Kontrol for lokalafdeling		X	X
Kontrol for forældres udgangspunkt			X

Anm.: \*\* p < 0,01, \* p < 0,05. Klyngerbuste standardfejl. Kolonne (1) viser en difference-in-difference-model, og kolonne (2) og (3) viser fixed-effects modeller. Kolonne (2) tager højde for lokalafdelings-fixed-effects, mens kolonne (3) tager højde for forældrenes initiale niveau i responsvariablen.

Kilde: Egne beregninger.

## RANGORDNING AF EFFEKTSTØRRELSER

Der er stor forskel i effektstørrelserne. Beskrivelsen i forrige afsnit viste, at KiK påvirker nogle responsvariable mere end andre. Fordi vi har opgjort alle effektstørrelserne i standardafvigelse, er det muligt at sammenligne effekten på tværs af responsvariablene og se, hvilke dimensioner af forældre- og børnekarakteristika og adfærd kurset påvirker mest.

Tablet 3.14 rangordner samtlige responsvariable efter effektstørrelsen otte måneder efter kursusstart (august 2014). Overordnet har KiK størst effekt på forældrevariablene, mindre på responsvariable omkring barnet. Programmet har størst effekt på adfærd, mindre på mental sundhed. Inden for forældrenes adfærd er det specielt forældrekompetencer og mestringsevne, som påvirkes. Én undtagelse er effekten på forældrenes eftergivenhed i opdragelsen – effekten på eftergivenhed er positiv, men betydeligt lavere end effekten på de andre adfærdsmønstre hos forældrene. Inden for barnets adfærd er det specielt situationer, hvor forældrene stiller krav til barnet, som forbedres. Der er mindre effekt på barnets sociale sammenhænge og situationer uden for hjemmet, hvor forældrene ikke har direkte indflydelse. Det vil for det første sige, at forældre, der deltager i KiK, oplever, at de får nogle værktøjer med hjem, så de bedre kan håndtere et barn med adfærdsvanskeligheder. For det andet opnår forældrene en større tiltro til egne evner – de går derfra med en overbevisning om, at de nu kan håndtere de udfordringer, de står over for.

TABEL 3.14

Rangordning af responsvariable efter effektstørrelse i august 2014. Opgjort i standardafvigelse.

Responsvariabel	Forældre/barn dimension	Respon- dimension	April 2014	August 2014
Forældrekompetencer	Forældre	Adfærd	1,223 **	1,134 **
Mestringsevne	Forældre	Adfærd	1,137 **	1,118 **
Samlede forældrekompetencer	Forældre	Adfærd	0,885 **	0,726 **
Mestringsevne	Forældre	Adfærd	0,668 **	0,624 **
Tilfredshed	Forældre	Adfærd	0,796 **	0,596 **
Nedgørende	Forældre	Adfærd	-0,751 **	-0,594 **
Hverdagen	Forældre	Adfærd	0,485 **	0,574 **
Bekymringer	Forældre	Adfærd	0,432 **	0,564 **
Overreagerende	Forældre	Adfærd	-0,701 **	-0,547 **
Samlet score (PS)	Forældre	Adfærd	-0,667 **	-0,516 **
Adfærd (barn)	Barn	Adfærd	0,509 **	0,355 *
Stilles krav	Barn	Adfærd	0,284 *	-0,341 **
Depression	Forældre	Mental	-0,446 **	-0,296 *
Samlet score (HSQ)	Barn	Adfærd	-0,282 *	-0,294 *
Eftergivenhed	Forældre	Adfærd	-0,030	-0,225
Socialt uflexible	Barn	Adfærd	-0,226	-0,220
Stress	Forældre	Mental	0,337 **	-0,209
Samlet score (BFIS)	Barn	Adfærd	-0,172	-0,172
Skole-og-hjem	Barn	Adfærd	-0,229	-0,155
Nærmiljø-og-fritid	Barn	Adfærd	0,067	-0,150
Del A	Forældre	Mental	-0,177 *	-0,132
Inaktivitet	Barn	Mental	-0,022	-0,129
Impulsivitet	Barn	Mental	-0,036	-0,117
Psykiske symptomer	Barn	Mental	-0,031	0,071
Planlægning	Barn	Mental	0,181	0,058
Del B	Forældre	Mental	-0,067	-0,054
Sprog	Barn	Mental	-0,049	0,037
Opmærksomhed	Barn	Mental	0,055	0,016
Sociale kompetencer	Barn	Mental	-0,032	0,016

Kilde: Egne beregninger.

## EKSPLORATIV ANALYSE

I kapitel 1 beskrev vi en række baggrundskarakteristika, som kan påvirke effekten af forældretræning. Vi har undersøgt, om disse karakteristika også er afgørende for effekten af KiK for at se, om der var nogle typer af forældre, som fik mere ud af forældretræningsprogrammet end andre typer. Vi har set på følgende baggrundskarakteristika: deltagerenes køn, tilknytning (forældre eller anden tilknytning) til barnet, om deltageren har symptomer på ADHD, om deltageren har depression, barnets køn og om barnet har mere end én diagnose. Generelt kan vi ikke se noget tydeligt mønster i effekten af KiK for de forskellige typer af forældre. Dette

kan skyldes to ting: enten at der ikke er deltagere nok med i undersøgelsen til at undersøge forskelle mellem undergrupperinger, eller at der ikke er forskel i gevinsten mellem de undergrupperinger, som vi har undersøgt. Rapporten beskriver derfor ikke disse eksplorative analyser yderligere.

## OPSAMLING

I denne rapport har vi dokumenteret effekten af forældretræningsprogrammet ”Kærlighed i Kaos” ved hjælp af et felteksperiment. I slutningen af 2013 meldte 412 egnede forældre sig til kurset. Forældrene havde et barn i alderen 3-9 år, der enten havde en ADHD-diagnose eller havde ADHD-lignende vanskeligheder. Det var altså ikke et krav, at barnet havde en diagnose, men op til forældrene at vurdere deres behov for et forældretræningskursus i regi af ADHD-foreningen.

På grund af kapacitetsbegrænsninger kunne ADHD-foreningen kun tilbyde kurset til 322 forældre (78 procent). At vi måtte afvise 22 procent af de forældre, der ønskede at deltage, afspejler et lavt udbud af forældretræningsprogrammer sammenholdt med en høj og stigende efterspørgsel. Forældrene ønsker denne type af træningsprogrammer, men kan ikke finde egnede tilbud i det nuværende behandlingssystem.

KiK er baseret på frivillighed, hvor trænerne frivilligt har valgt at undervise, fordi de har lyst til at gøre en forskel og hjælpe nogle familier, der ønsker en håndsrækning. For eksempel, som tre af trænerne skrev efter kurset:

*”Jeg meldte mig, fordi jeg ikke ville have, at forældrene skulle sidde i samme lort til halsen, som jeg selv gjorde dengang.”*

*”Man kommer tæt på familierne, bliver inviteret indenfor i deres liv – tænk at de tør. Fedt, at vi virkelig har været med til at sætte noget i gang, som de fortsætter med. Bæret over, at man får lov til at være med i det. Vi kaster bolden på banen, men det er jo dem, der spiller.”*

*”Rigtig, rigtig givende! En af de 10 fedeste ting, jeg har gjort i mit liv. Den åbenhed og tillid forældrene viste var helt ubeskrivelig.”*

Dette træner-engagement, som kan opnås gennem frivillighed, samt at kurset blev udbudt af en forening, har muligvis motiveret bestemte typer af forældre til at melde sig til KiK; forældre, som ikke selv ville opsøge et tilsvarende tilbud i privat eller offentligt regi. Samlet kan forældretræningsprogrammer som KiK derfor både være med til at lette presset på det etablerede behandlingssystem og bidrage til, at flere forældre og børn får den tidlige og forebyggende indsats, som de har behov for.

For at forberede de frivillige trænere til at undervise i KiK deltog de i tre uddannelsesweekender, hvor de blev undervist i viden om ADHD af en speciallæge. Derudover underviste en psykolog, ADHD-foreningens konsulenter og en erfaren træner fra pilotprojektet i manualens indhold og rollen som træner. De frivillige trænere blev også trænet i forskellige øvelser og elementer fra kurset. Alle trænere havde en faglig relevant erfaring, hovedsagligt lærere eller psykologer, men nogle arbejdede for eksempel også som ergoterapeut, pædagog eller sygeplejerske. Mange af trænerne havde derudover også selv en baggrund som forældre til et ældre barn med ADHD.

Blandt de 322 forældre (161 familier), som blev tilbudt kurset, trak vi lod om, hvilke familier der skulle tilbydes kurset i begyndelsen af 2014 (Hold 1), og hvilke familier der skulle stå på venteliste indtil slutningen af 2014 (Hold 2). Det eksperimentelle design – lodtrækningen – sikrer, at familie-, forældre- og børnekaraktistika er tilfældigt fordelt på de to hold. Efter lodtækningen er den eneste forskel mellem holdene, at de modtog kurset på forskudte tidspunkter. Vi kan derfor estimere effekten af KiK ved at sammenligne Hold 1 med Hold 2 og med stor sandsynlighed forudsige, hvad der vil ske med andre kommende familier, der kommer på kurset.

Forældretræningskurset er et standardiseret gruppeforløb, der strækker sig over 12 hverdagsaftner af 2 ½ time. Kurset blev afholdt i 12 af ADHD-foreningens lokalafdelinger. Forældregruppen består af 5-7 forældre- eller makkerpar, der begge er involveret i barnets opvækst.

Kurset er manualbaseret og indeholder kerneelementer, svarende til andre forældretræningsprogrammer baseret på social læringsteori. På kurset får forældrene blandt andet mere viden om ADHD og konsekvenserne af at have ADHD (psykoedukation), og de tilegner sig nye værktøjer til at håndtere et barn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder (f.eks. rosende og anerkendende tilgang samt visuel planlægning).

Op til og efter kurset fulgte vi forældrenes respons på en række spørgsmål omkring dem selv og deres barn. Spørgsmålene så hovedsageligt på forældreevner (forældrekompetencer og opdragelsesstil) og barnets adfærdsproblemer i forskellige situationer. Derudover fulgte vi også forældrenes og barnets mentale udvikling. Kurset skulle primært forbedre forældreevnerne og derigennem (over tid) forbedre barnets adfærd. Vi forventede ikke, at forældretræningen ville forbedre barnets eller forældrenes mentale tilstand. Tværtimod kunne undervisning i ADHD og konsekvenserne af ADHD give forældrene skyldfølelse i forhold til den måde, de tidligere har opdraget deres barn på samt medføre, at forældrene fik øjnene op for egne ADHD-problemer med efterfølgende udredning, diagnose og bekymringer. Man kunne derfor forvente en kortvarig forringelse i forældrenes vurdering af egen og barnets mentale tilstand som følge af kurset.

## INDEN KÆRLIGHED I KAOS

Inden kurset, ved baselinemålingen, vurderede forældrene deres forældreevner til at være lavere end for gennemsnitsforældres (norm-scoren). Målt ved Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) vurderede forældrene deres *tilfredshed*, *mestringsevne* og *forældrekompetencer* lavere end gennemsnitsforældre. Sammenligner vi derimod med forældre til børn med ADHD, vurderer forældrene i dette studie samlet set deres evner på samme niveau. Forældrenes tilfredshed med forældrerollen og vurdering af mestringsevne ligger lidt højere, mens deres vurdering af forældrekompetencer ligger lidt lavere end hos andre forældre til børn med ADHD. Det samme gælder for forældrenes opdragelsesstil ved baselinemålingen. Forælderens vurdering af opdragelsesstil, målt ved Parenting Scale (PS), var inden kurset mere eftergivende, mere overreagerende og mere nedgørende end for gennemsnitsforældre. Men deres vurdering af opdragelsesstilen minder om vurderingen af opdragelsesstil hos andre

forældre til børn med adfærdsvanskeligheder. Dog synes forældrene i dette studie at være lidt mere overreagerende end andre forældre til børn med adfærdsproblemer, men stilen er ikke signifikant forskellig.

Generelt, hvad angår forælderevner, synes forældrene i dette studie ikke at være signifikant forskellige fra andre forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Blandt disse forældre, er der ikke noget, der tyder på, at KiK tiltrækker en gruppe af forældre med specielt stærke eller svage forælderevner.

Forældrenes vurdering af deres barns adfærdsproblemer i forskellige situationer var, inden kurset, naturligvis højere end for gennemsnitsforældre (norm-scoren). Forældrene meldte sig til kurset, fordi de manglede værktøjer til at håndtere deres barns adfærd. Vurderingen af barnets adfærdsproblemer var også lidt højere – men ikke signifikant højere – end for andre forældre til børn med ADHD. Der er derfor heller ikke noget, der tyder på, at KiK tiltrækker en gruppe af forældre til børn med specielt vanskelige eller lette adfærdsproblemer. Overordnet ligner familierne i dette studie andre familier med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder.

## RESULTATER AF KÆRLIGHED I KAOS

Forældre, der følger KiK, oplever markante og signifikante forbedringer på forældrekompetencer og opdragelsesstil. For disse responsvariable har vi derfor fundet sammenlignelige studier af forældretræningsprogrammer, så vi kan sammenligne effekten af KiK med etablerede forældretræningsprogrammer. Vi ser først på forældrekompetencer målt ved Parent Sense of Competence Scale (PSOC), dernæst på opdragelsesstilen målt ved Parenting Scale (PS).

### FORÆLDREKOMPETENCER

PSOC måler *forældrekompetencer*, *tilfredshed* med forælderollen og *mestrings-evne*. KiK øger markant og signifikant alle tre dele af PSOC, hvilket stemmer overens med Anastopoulos m.fl. (1993), Pisterman m.fl. (1992), Bor m.fl. (2002), Gardner m.fl. (2006) og Trillingsgaard & Trillingsgaard (2014), som også finder, at forældretræning øger forældrekompetencer målt ved PSOC. Lige efter interventionen finder vi en samlet effekt på forældrekompetencer på 8,42 point. Tilsvarende finder Bor m.fl. (2002),



som undersøger forældretræningsprogrammet ”Triple P” (the Positive Parenting Program), at forældrenes vurdering af forældrekompetencer stiger med 10,77 point.<sup>28</sup> Anastopoulos m.fl. (1993) finder en effekt på 12,9. Gardner m.fl. (2006) finder en effektstørrelse på 5,4 point af ”De Utrolige År”. Effekten af KiK er derfor mindre end de to ældste studier, men større end det nyere studie af Gardner m.fl.(2006). Udover den overordnede skala omkring forældrekompetencer, ser T. Trillingsgaard, Trillingsgaard & Webster-Stratton (2014) og Pisterman m.fl. (1992) også på de to underskalaer *tilfredshed* og *mestringsevne*. KiK forbedrer forældrenes tilfredshed med forælderrollen med 4,79 point og deres vurdering af mestringsevne med 3,43 point. Til sammenligning finder Pisterman m.fl. (1992) en effekt på 4,3 point på tilfredshed og 4,3 point på mestringsevne. Trillingsgaard & Trillingsgaard (2014) finder for ”De Utrolige År”, målt på 36 familier, en effekt på 5,40 point på tilfredshed og 3,75 point på mestringsevne.<sup>29</sup> Det vil sige, at KiK har en tilsvarende effekt på tilfredshed med forælderrollen og en lidt mindre effekt på mestringsevne – kvalitativt er der dog ingen forskel. Med hensyn til de lidt længerevarende effekter ser effekterne af KiK ud til at holde over tid (op til et år efter kursusstart), hvilket også stemmer overens med Pisterman m.fl. (1992); Bor m.fl. (2002) og Gardner m.fl. (2006), som også finder vedholdende effekter. Overordnet matcher de effekter, vi har fundet på PSOC, godt med effekten af andre programmer. For forældrekompetencer, tilfredshed og mestringsevne har vi derfor ikke grund til at tro, at KiK ikke er mindst lige så effektivt som mere veletablerede programmer.

#### OPDRAGELSSTIL

Forældrenes opdragelsesstil er målt ved Parenting Scale (PS), der ser på *eftergivende*, *overreagerende* og *nedgørende* opdragelsesstil. Vi finder en effekt på -0,36 point for den samlede opdragelsesstil. Bor m.fl. (2002) finder en effekt på -0,77 point på den samlede opdragelsesstil. Gardner m.fl. (2006) finder en tilsvarende effekt af ”De Utrolige År” på -0,3 point. KiK har altså en mindre effekt end Bor m.fl. (2002) men større end Gardner (2002). Kvalitativt er der ikke betydelige effektforskelle mellem KiK og etablerede forældretræningsprogrammer på den samlede opdragelsesstil. Blandt de tre opdragelsesstile, *eftergivende*, *overreagerende* og *nedgørende*, har

---

28. Når vi beregner et simpelt Difference-in-Difference-estimat på baggrund af deres deskriptive data.

29. Effekt fundet ved simpel før/efter-sammenligning.

KiK ingen effekt på forældrenes eftergivenhed. Dette skyldes højst sandsynligt, at kurset ikke forsøger at gøre forældrene mindre eftergivende. Tværtimod lærer forældrene, at de – som forældre til et barn med kognitive udfordringer – skal vælge deres kampe med omhu, og at de gerne må glide af ind imellem.

#### ADFÆRDSPROBLEMER

Udover de positive effekter på forældrekompetencer og opdragelsesstilen, ser vi begyndende effekter på barnets adfærd. Det er specielt for barnets adfærd i hjemmet, at vi ser en gryende adfærdsændring. Men effekterne her er, som forventet, ikke så tydelige som hos forældrene. Forældretræningskurser træner forældrenes forældreevner og ifølge den sociale læringsteori vil forbedrede forældreevner først efterfølgende påvirke barnets adfærd. Vi ser en begyndende adfærdsforbedring i hjemmet, specielt når forældrene stiller krav til barnet, for eksempel når barnet skal op om morgenen, have tøj på eller gøre sig klar til at komme i skole eller i daginstitution. Vi målte ingen effekt af KiK på barnets adfærd uden for hjemmet. Der er umiddelbart to forklaringer på denne forskel i adfærd i og uden for hjemmet. Det kan skyldes, at KiK bare ikke har en effekt på barnets adfærd uden for hjemmet. Det kan også skyldes, at den afsmitende effekt på barnets adfærd uden for hjemmet først sker senere. Altså, at der er endnu et niveau i barnets sociale læring; først barnets adfærd i hjemmet, dernæst barnets adfærd udenfor hjemmet.

#### MENTALE TILSTAND

Forældrene føler sig stadig stressede efter at have deltaget i kurset. Dette er dog forventeligt, da forældrene skal anvende de nye redskaber, samt den nye viden og forståelse, som f.eks. følger med, at ens barn rent faktisk har et neurologisk handicap. Det kan yderligere være en hård erkendelse, at man ikke har behandlet barnet bedst muligt – f.eks. at man har været for hård og overset de vanskeligheder, som barnet dagligt kæmper med. I tråd med dette er det heller ikke overraskende, at hverken børn eller forældre oplever færre ADHD-symptomer. Forældrene er blevet undervist i symptomerne og er dermed blevet mere opmærksomme på både barnets og eventuelle egne symptomer. Som følge af denne erkendelse af egne ADHD-relaterede udfordringer, begynder forældrene også at bearbejde egne udfordringer. At Hold 2 oplever en mindre effekt på forældrenes mentale tilstand end Hold 1, kan skyldes, at Hold 2 starter

på KiK i august 2014, hvilket for nogle børn falder sammen med skolestart og skolereformen.

#### FORÆLDRE-BARN RELATION

De kvantitative effektstørrelser viser, at KiK hovedsagligt bidrog til, at forældrene fik flere forældrekompetencer, oplevede større tilfredshed i hverdagen og fik større tiltro til, at de fremadrettet selv kunne håndtere de problemer, de stod over for. Sekundært så vi begyndende effekter på barnets adfærd, primært i situationer, hvor der blev stillet krav til barnet i hjemmet, som f.eks. nemmere morgener, hyggeligere spisesituationer og roligere sengelægninger.

Effektstørrelserne viser den gennemsnitlige forbedring for alle de familier der deltog på kurset, og dækker over familier, som fik mere eller mindre ud af træningskurset. Evalueringen indeholdt ikke en systematisk kvalitativ evaluering, som kan nuancere disse gennemsnit, men flere af forældre har beskrevet deres oplevelse af forløbet; oplevelser som afspejler de primære og sekundære effektstørrelser. For eksempel beskriver fem forældre, hvordan KiK ændrede deres forældreevner og relation til deres børn:

*"Tak, for at jeg har fået glæden ved mit barn tilbage"*

*"Som forælder har jeg fået markant bedre forståelse og langt flere værktøjer til at hjælpe min dreng, og jeg føler, det har haft gigantisk værdi for mig"*

*"Tak for et super kursus. Det har ændret og vil fortsat ændre vores liv"*

*"Det har været en fantastisk rejse at være på"*

*"Jeg føler, at det har gjort en kæmpe forskel for mig og børnene. Jeg har bl.a. kæmpet med at få mine børn til at sove de sidste 8 år, og allerede efter en måned på kurset var det ikke længere et problem!"*

Samlet tegner dette et billede af en hverdag med mindre gråd og skæld ud, mere kærlighed og nærvær og en mere positiv forældre-barn relation, som giver overskud, livskvalitet og selvværd.

#### BEGRÆNSNINGER

Det perfekte eksperiment ville estimere kausale effektstørrelser (præcis årsagssammenhæng) af interventionen for målgruppen, men felteksperi-

menter er aldrig perfekte, og dette eksperiment har også sine begrænsninger. For at deltage på kurset skulle forældrene have en partner, selv registrere sig til kurset og være villige til at besvare de fire spørgeskemaer. Med hensyn til at finde en partner var vi nødt til at ekskludere nogle forældre, der ikke kunne finde en kursusmakker, og vi kan derfor ikke sige, om kurset virker for denne type af forældre, da de ikke var med i eksperimentet. Med hensyn til selvregistrering skulle forældrene selv vurdere, om barnet havde ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder. Kurset blev udbudt i regi af ADHD-foreningen, hvorfor det virker rimeligt at antage, at forældrene som minimum har haft mistanke om ADHD, men at der kan være tale om andre adfærdsforstyrrelser. Dette er ikke nødvendigvis en begrænsning for kurset, det betyder blot, at vi, sådan som kurset blev undersøgt i dette projekt, kan sige, at kurset virker både for familier med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder.

Med hensyn til spørgeskemaer kan forældrene som deltog være mere ressourcestærke end forældre til børn med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder generelt. Man kunne forestille sig, at forældre, som først opdager kurset, derefter registrerer sig og endelig bruger tid på at udfylde fire spørgeskemaer, er mere ressourcestærke end andre forældre i målgruppen, og at disse forældre måske har lettere ved at tilegne sig de værktøjer, som kurset tilbyder. Hvis det er tilfældet, har vi estimeret en øvre effektstørrelse af at deltage på kurset. På den anden side skal forældre, som er i målgruppen for KiK, have et minimum af ressourcer, da kurset kræver, at forældrene opdager kurset og registrerer sig. Samtidig forventes det, at begge forældre kommer på de 12 kursusgange og deltager aktivt. Kurset vil derfor ikke være velegnet for de allermest ressourcesvage forældre.

En tilsvarende begrænsning kommer fra frafald. Forældre, der ikke besvarer spørgeskemaerne, kan vi per definition ikke sige noget om. Et par forældre skrev f.eks. til os, at de ikke havde overskud til at svare på skemaet på grund af depression. Hvis det er et generelt billede for de forældre, som ikke besvarede spørgeskemaet, kan det have påvirket effektstørrelsen. Hvis de forældre, som ikke har besvaret skemaet, også er dem, som fik mindst ud af kurset, vil effektstørrelserne igen estimere en øvre grænse for, hvad forældre generelt kan få ud af kurset. Det skal dog nævnes, at frafaldet var yderst begrænset, som det ses i figur 3.1 og tabel 3.1.

For at undersøge, om forskellige forældrekarakteristika kan have indflydelse på effektstørrelserne, har vi estimeret effektstørrelserne i empiriske modeller, der ignorerer og tager højde for forældrekarakteristika. Effektstørrelserne var ikke signifikant forskellige i de to typer af modeller. Om noget bliver effektstørrelserne større, når vi kontrollerer for forældrenes udgangspunkt, hvilket tyder på, at vi i stedet for en øvre effekt har estimeret en nedre effektstørrelse.

## AFRUNDING

Hver dag får over 14 børn i Danmark stillet diagnosen ADHD, men endnu flere familier kæmper med ADHD-lignende vanskeligheder. Ubehandlet kan barnets vanskeligheder skade hele familiens trivsel og livsglæde og hindre barnets udvikling og selvværd igennem dets barndom og langt ind i voksenlivet. Udover medicinsk behandling er der få effektive og veldokumenterede behandlingstilbud til familierne, og de tilbud, der er, er ofte forbundet med høje omkostninger (i form af lønninger og licenser) og er begrænset af antallet af professionelle behandlere. Det etablerede behandlingssystem har derfor svært ved at følge med det voksende behov for behandling.

En større udbredelse af forældretræning i foreninger og den frivillige sektor har flere fordele. For det første kan udbredelsen frigive kræfter i det etablerede behandlingssystem, kræfter som i stedet for kan bruges på familier med flere og mere komplekse problemer. For det andet kan foreninger og den frivillige sektor nå en bredere gruppe af familier ved at tiltrække forældre, som ikke selv ville opsøge et offentligt tilbud. For det tredje kan forældretræning fungere som en tidlig og forebyggende indsats, fordi forældrene selv kan tilmelde sig kurset, mens problemerne endnu er små; indsatsen kan dermed forebygge og bremse udvikling af andre diagnoser (f.eks. andre adfærdsforstyrrelser, angst, depression eller indlæringsvanskeligheder), som ofte er tilknyttet udviklingen af ADHD.

Kærlighed i Kaos bygger på foreningslivet og de frivillige kræfter, og med det videnskabelige eksperimentet har vi her dokumenteret, at denne sektor kan bidrage med et effektivt behandlingstilbud til familier med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder på niveau med etablerede tilbud. Resultaterne af felteksperimentet viser, at KiK styrker foræl-

drekompetencer, tilfredshed med forælderrollen og tiltro til egne evner som forælder, at KiK forbedrer opdragelsen af barnet, og at KiK, gennem forældrenes forandringer, har en positiv afsmittende effekt på barnets adfærd med markant færre konflikter i hjemmet. KiK giver en lettere hverdag med mere livsglæde og mere kærlighed. Med tilbud som Kærlighed i Kaos kan de mange familier, der dagligt kæmper med gråd, skældud og kaos, derfor gå en tryk fremtid i møde med mere kærlighed i mindre kaos.

# LITTERATUR

- Adler, L., R.C. Kessler & T. Spencer (udateret) *Adult ADHD Self-report Scale (ASRS-v1.1) Symptom Checklist Instructions*.
- Anastopoulos, A.D., T.L. Shelton, G.J. DuPaul & D.C. Guevremont (1993): "Parent Training for Attention-deficit Hyperactivity Disorder: Its Impact on Parent Functioning." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(5), s. 581–596.
- Arbejdsgruppe 2 under regeringens udvalg om psykiatri (2013): *Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udvikling i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2*. Albertslund.
- Barkley, R.A. (2012): *Barkley Functional Impairment Scale-Children and Adolescents (BFIS-CA)*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R.A. & G.H. Edwards (2001): "Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)." I: *The Disorders* Academic Press, s. 83–96.
- Bech, P., N., A. Rasmussen, L.R. Olsen, V. Noerholm & W. Abildgaard (2001): "The Sensitivity and Specificity of the Major Depression Inventory, Using the Present State Examination as the Index of Diagnostic Validity." *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), s. 159–164.
- Berger, I., T. Dor, Y. Nevo & G. Goldzweig (2008): "Attitudes Toward Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Treatment:

- Parents' and Children's Perspectives." *Journal of Child Neurology*, 23(9), s. 1036–1042.
- Berry, J.O. & W.H. Jones (1995): "The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence." *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), s. 463–472.
- Bor, W., M.R. Sanders & C. Markie-dadds (2002): "The Effects of the Triple P-Positive Parenting Program on Preschool Children With Co-Occurring Disruptive Behavior and Attentional/Hyperactive Difficulties." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), s. 571–587.
- Bussing, R., B.T. Zima, A.R. Perwien, T.R. Belin & M. Widawski (1998): "Children in Special Education Programs: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Use of Services, and Unmet Needs." *American Journal of Public Health*, 88(6), s. 880–886.
- Bærentzen, K., J. Beyer & C.C. Jensen (2014): *Mennesker med ADHD - sociale indsatser, der virker*. Odense: Socialstyrelsen.
- Charach, A., P. Carson, S. Fox, M.U. Ali, J. Beckett & C.G. Lim (2013): "Interventions for Preschool Children at High Risk for ADHD: A Comparative Effectiveness Review." *Pediatrics*, 131(5), s. e1584–604.
- Chowdhury, M., M.G. Aman, L. Scahill, N. Swiezy, L.E. Arnold, L. Lecavalier, C. Johnson, B. Handen, K. Stigler, K. Bearss, D. Sukhodolsky & C.J. McDougle (2010): "The Home Situations Questionnaire-PDD version: Factor structure and psychometric properties." *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), s. 281–91.
- Christoffersen, M.N. & I. Hammen (2011): *ADHD-indsatser: En forskningsoversigt*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:14.
- Chronis, A.M., A. Chacko, G. a Fabiano, B.T. Wymbs & W.E. Pelham (2004): "Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children With ADHD: Review and Future Directions." *Clinical child and family psychology review*, 7(1), s. 1–27.
- Chronis, A.M., H., A Jones & V.L. Raggi (2006): "Evidence-based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Clinical psychology review*, 26(4), s. 486–502.



- Cunha, F. & J. Heckman (2007): "The Technology of Skill Formation." *American Economic Review*, 97(October 2003), s. 31–47.
- Cunningham, C.E. & M.H. Boyle (2002): "Preschoolers at Risk for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder: Family, Parenting, and Behavioral Correlates." *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), s. 555–569.
- Currie, J. & M. Stabile (2006): "Child Mental Health and Human Capital Accumulation: The Case of ADHD." *Journal of Health Economics*, 25, s. 1094–1118.
- Daley, D., R.H. Jacobsen, A. Lange, A. Sørensen & J. Walldorf (2014): *Private and Social Costs of ADHD: Cost Analysis*. Odense: The Rockwool Foundation Research Unit.
- Dalsgaard, S., S.D. Østergaard, J.F. Leckman, P.B. Mortensen & M.G. Pedersen (2015): "Mortality in Children, Adolescents, and Adults With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a Nationwide Cohort Study." *The Lancet*, 6736(14), s. 1–9.
- Damm, D. & P.H. Thomsen (2012): *Børneliv i kaos. (2nd udg.)* København: Hans Reitzels forlag.
- DR (2009): *ADHD – eller bare fuld af krudt*. Tilgængelig på: <http://www.dr.dk/sundhed/Sygdom/ADHD/Artikler/2009/0902135213.htm>. Besøgt 09-03-2015.
- Due, P., F. Diderichsen, C. Meilstrup, M. Nordentoft & C. Obel (2014): *Børn og unges mentale helbred*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- DuPaul, G.J., K.E. McGoey, T.L. Eckert & J. VanBrakle (2001): "Preschool Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in Behavioral, Social, and School Functioning." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), s. 508–15.
- Faraone, S. V & J. Biederman (1998): "Neurobiology of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder." *Biological Psychiatry*, 44(10), s. 951–958.
- Firestone, P. (1982): "Factors Associated With Children's Adherence to Stimulant Medication." *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), s. 447–57.
- Fletcher, J.M. (2014): "The Effects of Childhood ADHD on Adult Labor Market." *Health economics*, 23, s. 159–181.

- Gadow, K.D., E.E. Nolan, L. Litcher, G.A. Carlson, N. Panina, E. Golovakha, J. Sprafkin & E.J. Bromet (2000): "Comparison of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Subtypes in Ukrainian Schoolchildren." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), s. 1520–7.
- Graham, J., T. Banaschewski, J. Buitelaar, D. Coghill, M. Danckaerts, R.W. Dittmann, M. Döpfner, R. Hamilton, C. Hollis, M. Holtmann, M. Hulpke-Wette, M. Lecendreux, E. Rosenthal, A. Rothenberger, P. Santosh, J. Sergeant, E. Simonoff, E. Sonuga-Barke, I.C.K. Wong, A. Zuddas, H.-C. Steinhausen & E. Taylor (2011): "European Guidelines on Managing Adverse Effects of Medication for ADHD." *European child & adolescent psychiatry*, 20(1), s. 17–37.
- Harvey, E., J.S. Danforth, T. Eberhardt Mckee, W.R. Ulaszek & J.L. Friedman (2003): "Parenting of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Parental ADHD Symptomatology." *Journal of Attention Disorders*, 7(1), s. 31–42.
- Harvey, E., J.S. Danforth, W.R. Ulaszek & T.L. Eberhardt (2001): "Validity of the Parenting Scale for Parents of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder." *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), s. 731–743.
- Jacobsen, K.F. (2004): *Befolkningens uddannelsesniveaueu*. København: Danmarks Statistik.
- Johnston, C. & E. Mash (2001): "Families of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research." *Clinical child and family psychology review*, 4(3), s. 183–207.
- Johnston, C. & E.E. Mash (1989): "A measure of Parenting Satisfaction and Efficacy." *Journal of clinical child psychology*, 18(2), s. 167–175.
- Kadesjö, B., L.-O. Janols, M. Korkman, K. Mickelsson, G. Strand, A. Trillingsgaard & C. Gillberg (2004): "The FTF (Five to Fifteen): the Development of a Parent Questionnaire for the Assessment of ADHD and Comorbid Conditions." *European child & adolescent psychiatry*, 13 Suppl 3, s. 3–13.
- Keown, L.J. & L.J. Woodward (2002): "Early Parent – Child Relations and Family Functioning of Preschool Boys with Pervasive

- Hyperactivity.” *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), s. 541–553.
- Korkman, M., B. Kadesjö, A. Trillingsgaard, K. Mickelsson, L.-O. Janols, G. Strand & C. Gillberg (2005): *Dansk manual 5-15*. (Bd. 15).
- Kotchick, B.A., A. Shaffer, S. Dorsey & R. Forehand (2004): “Parenting Antisocial Children and Adolescents.” I: M.S. Hoghugh & N. Long (red.): *Handbook of Parenting: Theory and Research for Practice* London: Sage Publications Ltd.
- Loe, I.M. & H.M. Feldman (2007): “Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD.” *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), s. 643–654.
- Owens, E.B., S.P. Hinshaw, H.C. Kraemer, L.E. Arnold, H.B. Abikoff, D.P. Cantwell, C.K. Conners, G. Elliott, L.L. Greenhill, L. Hechtman, B. Hoza, P.S. Jensen, J.S. March, J.H. Newcorn, W.E. Pelham, J.B. Severe, J.M. Swanson, B. Vitiello, K.C. Wells & T. Wigal (2003): “Which Treatment for Whom for ADHD? Moderators of Treatment Response in the MTA.” *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), s. 540–552.
- Pelham, W.E. & G. a Fabiano (2008): “Evidence-based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.” *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), s. 184–214.
- Pelham, W.E., T. Wheeler & A.M. Chronis (1998): “Empirically Supported Psychosocial Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder.” *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), s. 190–205.
- Pisterman, S., P. Firestone, P. McGrath, J.T. Goodman, I. Webster, R. Mallory & B. Coffin (1992): “The Effects of Parent Training on Parenting Stress and Sense of Competence.” *Canadian Journal of Behavioural Science*, 24(1), s. 41–58.
- Politiken (2012): *Raske børn risikerer ADHD- stempel*. Tilgængelig på: <http://politiken.dk/indland/ECE1587368/raske-boern-risikerer-adhd-stempel/>. Besøgt 24-03-2015.
- Pottgård, A., B.K. Bjerregaard, D. Glintborg, L.S. Kortegaard, J. Hallas & S.I. Moreno (2013): “The Use of Medication Against Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Denmark: A Drug Use Study From a Patient Perspective.” *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69, s. 589–598.

- Pottegård, A., B.K. Bjerregaard, L.S. Kortegaard & H. Zoëga (2015): "Early Discontinuation of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Drug Treatment: A Danish Nationwide Drug Utilization Study." *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 116, s. 349–353.
- Regeringens udvalg om Psykiatri (2013): *En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser*.
- Rewitz, A.F. (2011): *Manual til forældretræning - Kærlighed i Kaos. (1. udg.)* ADHD-foreningen med støtte fra TrykFonden.
- Rhoades, K. a & S.G. O'Leary (2007): "Factor Structure and Validity of the Parenting Scale." *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 36(2), s. 137–46.
- Rieppi, R., L.L. Greenhill, R.E. Ford, S. Chuang, M. Wu, M. Davies, H.B. Abikoff, L.E. Arnold, C.K. Conners, G.R. Elliott, L. Hechtman, S.P. Hinshaw, B. Hoza, P.S. Jensen, H.C. Kraemer, J.S. March, J.H. Newcorn, W.E. Pelham, J.B. Severe, J.M. Swanson, B. Vitiello, K.C. Wells & T. Wigal (2002): "Socioeconomic Status as a Moderator of ADHD Treatment Outcomes." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(3), s. 269–77.
- Rockwool Fondens Forskningsenhed (2014): *ADHD koster ubehandlet mindst 3½ mia. kroner om året*. København.
- Rutter, M. & L.A. Sroufe (2000): "Developmental Psychopathology: Concepts and Challenges." *Development and Psychopathology*, 12(3), s. 265–296.
- Socialstyrelsen (2014): *Køn og ADHD*. Tilgængelig på: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/adhd/om-adhd/et-sundhedsfagligt-perspektiv/kon-og-adhd>.
- Sonuga-Barke, E.J.S., D. Brandeis, S. Cortese, D. Daley, M. Ferrin, M. Holtmann, J. Stevenson, M. Danckaerts, S. van der Oord, M. Döpfner, R.W. Dittmann, E. Simonoff, A. Zuddas, T. Banaschewski, J. Buitelaar, D. Coghill, C. Hollis, E. Konofal, M. Lecendreux, I.C.K. Wong & J. Sergeant (2013): "Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments." *The American journal of psychiatry*, 170(3), s. 275–89.

- Sonuga-Barke, E.J.S., D. Daley & M. Thompson (2002): "Does Maternal ADHD Reduce the Effectiveness of Parent Training for Preschool Children's ADHD?" *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), s. 696–702.
- Sonuga-Barke, E.J.S., D. Daley, M. Thompson, C. Laver-Bradbury & A. Weeks (2001): "Parent-Based Therapies for Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Controlled Trial With a Community Sample." *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), s. 402–8.
- Strandgaard, P.B. & M. Ebsen (2014): *Ulighedens Danmarkskort 2013 Socioøkonomisk ulighed*. Cevea.
- Sundhedsstyrelsen (2012): *Udviklingen i den børne- og ungdomspsykiatriske virksomhed 2007-2010*. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *National kliniske retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge*. København S: Sundhedsstyrelsen.
- Taylor, E. (1999): "Developmental Neuropsychopathology of Attention Deficit and Impulsiveness." *Development and Psychopathology*, 11(3), s. 607–628.
- Thomsen, P.H. & D. Damm (2011): *Et liv i kaos - om voksne med ADHD*. (2. udgave.) København: Gyldendal Akademisk.
- Trillingsgaard, A. & T. Trillingsgaard (2014): *Virkningen af "De Utrolige Års" forældretræning i forhold til yngre børn med ADHD-symptomer*. Aarhus.
- Trillingsgaard, T., A. Trillingsgaard & C. Webster-Stratton (2014): "Assessing the Effectiveness of the 'Incredible Years®' Parent Training' to Parents of Young Children With ADHD Symptoms - a Preliminary Report". *Scandinavian Journal of Psychology*.



## SFI-RAPPORTER SIDEN 2014

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra [www.sfi.dk](http://www.sfi.dk). Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 14:01 Bach, H.B. & M.R. Larsen: *Dagpengemodtageres situation omkring dagpengeophør*. 135 sider. e-ISBN: 978-87-7119-223-0. Netpublikation.
- 14:02 Loft, L.T.G.: *Parinterventioner og samlivsbrud. En systematisk forskningsoversigt*. 81 sider. e-ISBN: 978-87-7119-225-4. Netpublikation.
- 14:03 Aner, L.G. & H.K. Hansen: *Flytninger fra byer til land- og yderområder. Højtuddannede og socialt udsatte gruppers flytninger fra bykommuner til land- og yderkommuner – Mønstre og motiver*. 169 sider. e-ISBN: 978-87-7119-226-1. Netpublikation.
- 14:04 Christensen, E.: *2 år efter starten på Nakuusa*. 57 sider. e-ISBN: 978-87-7119-228-5. Netpublikation.
- 14:05 Christensen, E.: *NAKUUSAP aallartimmalli ukiut marluk qaangiunneri*. 61 sider. e-ISBN: 978-87-7119-230-8. Netpublikation.
- 14:06 Bengtsson, S., L.B. Larsen & M.L. Sommer: *Dødfødte børn og deres livsbetingelser*. 147 sider. ISBN: 978-87-7119-232-2. e-ISBN: 978-87-7119-233-9. Vejledende pris: 140,00 kr.

- 14:07 Larsen, L.B., S. Bengtsson & M.L. Sommer: *Døve og dobbelte mennesker. Hverdagsliv og levevilkår*. 169 sider. ISBN: 978-87-7119-234-6. e-ISBN: 978-87-7119-235-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:08 Oldrup, H. & A.-K. Højen-Sørensen: *De aldersopdelte fokusområder i ICS. Kvalificeringen af den socialfaglige metode*. 189 sider. e-ISBN: 978-87-7119-236-0. Netpublikation.
- 14:09 Fridberg, T. & L.S. Henriksen: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. 304 sider. ISBN: 978-87-7119-237-7. e-ISBN: 978-87-7119-238-4. Vejledende pris: 300,00 kr.
- 14:10 Lauritzen, H.H.: *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af ældredatabasen*. 142 sider. ISBN: 978-87-7119-239-1. e-ISBN: 978-87-7119-240-7. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:11 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Litteraturstudie af handicap og beskæftigelse*. 202 sider. ISBN: 978-87-7119-241-4. e-ISBN: 978-87-7119-242-1. Vejledende pris: 200,00 kr.
- 14:12 Bille, R. & H. Holt: *Kommunal praksis på arbejdsskadeområdet. En kvalitativ analyse af fire jobcentres håndtering af arbejdsskader*. 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-244-5. Netpublikation.
- 14:13 Rosdahl, A.: *Fra 15 år til 27 år. PISA 2000-eleverne i 2011/12*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-245-2. e-ISBN: 978-87-7119-246-9. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:14 Bengtsson, S., K. Bengtsson, A.A. Kjær, M. Damgaard, C. Kolding-Sørensen. *Hvilken forskel gør en tilkendelse af førtidspension?* 144 sider. ISBN: 978-87-7119-247-6. e-ISBN: 978-87-7119-248-3. Vejledende pris: 140,00 kr.
- 14:15 Bach, H.B.: *Skadelidtes reaktion på en verserende arbejdsskadesag*. e-ISBN: 978-87-7119-249-0. Netpublikation.
- 14:16 Weatherall, C.D., H.H. Lauritzen, A.T. Hansen & T. Termansen: *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. 160 sider. ISBN: 978-87-7119-250-6. e-ISBN: 978-87-7119-251-3. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:17 Pontoppidan, M., N. K. Niss: *Instrumenter til at måle små børns trivsel*. 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-252-0. Netpublikation
- 14:18 Ottosen, M.H., A. Liversage & R.F. Olsen: *Skilsmissebørn med etniske minoritetsbaggrund*. 256 sider. ISBN: 978-87-7119-253-7. e-ISBN: 978-87-7119-254-4. Vejledende pris: 250,00 kr.



- 14:19 *Antidemokratiske og ekstremistiske miljøer i Danmark. En kortlægning.* 86 sider. E-ISBN: 978-87-7119-255-1, Netpublikation
- 14:20 Amilon, A.G., P. Rotger & A.G. Jeppesen: *Danskernes pensionsopsparinger og indkomster 2000-2011.* 160 sider. ISBN: 978-87-7119-256-8. e-ISBN: 978-87-7119-257-5. Vejledende pris: 160,00 kr.
- 14:21 Jonasson, A.B.: *Konsekvenser af dagpengeperiodens halvering.* 112 sider. ISBN: 978-87-7119-258-2. e-ISBN: 978-87-7119-259-9. Vejledende pris: 100,00 kr.
- 14:22 Siren, A., & S.G. Knudsen: *Ældre og digitalisering. Holdninger og erfaringer blandt ældre i Danmark.* 128 sider. ISBN: 978-87-7119-260-5. e-ISBN: 978-87-7119-262-2. Vejledende pris: 120,00 kr.
- 14:23 Christoffersen, M.N., A.-K. Højen-Sørensen & L. Laugesen: *Daginstitutionens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt.* 192 sider. ISBN: 978-87-7119-266-7. e-ISBN: 978-87-7119-262-9. Vejledende pris: 190,00 kr.
- 14:24 Keilow, M., A. Holm, S. Bagger & S. Henze-Pedersen: *Udvikling af trivselsmålinger i folkeskolen. En pilotundersøgelse.* 180 sider. e-ISBN: 978-87-7119-263-6. Netpublikation.
- 14:25 Christensen, C.P., I.G. Andersen, P. Bingley & C.S. Sonneschmidt: *Effekten af It-støtte på elevers læsefærdigheder.* 80 sider. ISBN: 978-87-7119-264-3. e-ISBN: 978-87-7119-265-0. Vejledende pris: 80,00 kr.
- 14:26 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap, uddannelse og beskæftigelse.* 78 sider. e-ISBN: 978-87-7119-267-4. Netpublikation
- 14:27 Jakobsen, V., S. Jensen, H. Holt & M. Larsen: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2014.* 208 sider, ISBN: 978-87-7119-268-1. e-ISBN: 978-87-7119-269-8. Pris: 200,00 kr.
- 14:28 Pejtersen, J. H., T. Dyrvig: *Forebyggelse af udadreagerende adfærd hos ældre med demens.* 96 sider. ISBN: 978-87-7119-270-4. e-ISBN: 978-87-7119-271-1. Pris: 90,00 kr.
- 14:29 Bengtsson, S., L.N. Johansen & C.E. Andersen: *Hjemmetraining. Evaluering af regelsættet om hjælp og støtte efter Servicelovens § 32 st. 6-9.* 102 sider. e-ISBN: 978-87-7119-272-8. Netpublikation.
- 14:30 Ottosen, M.H., D. Andersen, K.M. Dahl, A.T. Hansen, M. Lausten & S.V. Østergaard: *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2014.* 248 sider. ISBN: 978-87-7119-274-2. e-ISBN: 978-87-7119-275-9. Pris: 250,00 kr.

- 15:01 Ottosen, M.H., M. Lausten, S. Frederiksen & D. Andersen: *Anbragte børn og unges trivsel 2014*. 122 sider. ISBN: 978-87-7119-276-6. e-ISBN: 978-87-7119-277-3. Pris: 120,00 kr.
- 15:02 Benjaminsen, L., T. Dyrvig & T. Gliese: *Livet på hjemløseboformer*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-278-0. e-ISBN: 978-87-7119-279-7. Pris: 140,00 kr.
- 15:03 Gorinas, C. & V. Jakobsen: *Indvandreres og efterkommeres placering på det danske arbejdsmarked*. 176 sider. ISBN: 978-87-7119-280-3. e-ISBN: 978-87-7119-281-0. Pris: 170,00 kr.
- 15:04 Niss, N.K., A. Kierkgaard, A.-K. Højen-Sørensen & A.Aa. Hansen: *Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. En analyse af barrierer for frontpersonalet*. 145 sider. e-ISBN: 978-87-7119-282-7. Netpublikation
- 15:05 Bengtsson, S., A. L. Rasmussen & S. Gregersen: *Metoder i botilbud*. 208 sider. ISBN: 978-87-7119-283-4. e-ISBN: 978-87-7119-284-1. Pris: 200,00 kr.
- 15:06 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2014*. 240 sider. ISBN: 978-87-7119-285-8. e-ISBN: 978-87-7119-286-5. Pris: 240,00 kr.
- 15:07 Dietrichson, J., M. Bøg, T. Filges & A.-M. K. Jørgensen: *Skolerettede indsatser for elever med svag socioøkonomisk baggrund*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-287-2. e-ISBN: 978-87-7119-288-9. Pris: 140,00 kr.
- 15:08 Østergaard, S.V., A.B. Steensgaard, A.T. Hansen, S. Henze-Pedersen & J. Østergaard: *På vej mod ungdomskriminalitet. Hvilke faktorer i barndommen gør en forskel?*. 100 sider. e-ISBN: 978-87-7119-289-6. Netpublikation.
- 15:09 Keilow, M. & A. Holm: *Udvikling af måleinstrument for elevadfærd og -holdninger. Baseline data fra evaluering af folkeskolereformen*. 56 sider. e-ISBN: 978-87-7119-290-2. Netpublikation.
- 15:10 Albæk, K., H.B. Bach, R. Bille, B.K. Graversen, H. Holt, S. Jensen & A.B. Jonassen: *Evaluering af mentorordningen*. 144 sider. e-ISBN: 978-87-7119-291-9. Netpublikation.
- 15:12 Christensen, E. & S. Baviskar: *Unge i Grønland. Med fokus på seksualitet og seksuelle overgreb*. 128 sider. ISBN: 978-87-7119-293-3. e-ISBN: 978-87-7119-294-0. Pris: 120,00 kr.

- 15:13 Christensen, E. & S. Baviskar: *Kalaallit nunaanni inuusuttut. Kinguaassiuntinut tunngasut kinguaassiutitigullu innarliisarnerit qitiunneqarlutik*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-295-7. e-ISBN: 978-87-7119-296-4. Pris: 140,00 kr.
- 15:14 Rangvid, B.S., V.M. Jensen & S.S. Nielsen. *Forberedende tilbud og overgang til ungdomsuddannelse*. 99 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 297-1. Netpublikation.
- 15:15 Amilon, A. (red.): *Inkluderende skolemiljøer – elevernes roller*. 288 sider. ISBN: 978-87-7119-304-6. e-ISBN: 978-87-7119- 300-8. Pris: 280,00 kr.
- 15:16 Amilon, A: *Evaluering af lokale initiativer for førtidspensionister*. 96 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 301-5. Netpublikation
- 15:17: Jakobsen, V: *Uddannelses- og beskæftigelsesmønstre i årene efter grundskolen. En sammenligning af indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande og etniske danskere*. 144 sider. ISBN: 978-87-7119-305-3. e-ISBN: 978-87-7119- 306-0. Pris: 140,00 kr.
- 15:18 Christensen, G., A.G. Jeppesen, A.A. Kjær & K. Markwardt: *Udsættelser af lejere – Udvikling og benchmarking. Lejere berørt af fogedsager og udsættelser i perioden 2007-13*. 178 sider, e-ISBN: 978-87-7119-307-7. Netpublikation
- 15:19 Christensen, C.P. & C. Scavenius: *Et felteksperiment med Kærlighed i Kaos. Et forældretræningsprogram til familier med ADHD eller ADHD-lignende vanskeligheder*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-308-4. e-ISBN: 978-87-7119- 309-1. Pris: 90,00 kr.
- 15:20 Larsen, M.R. & J. Høgelund: *Handicap og beskæftigelse i 2014. Regionale forskelle*. 96 sider. ISBN: 978-87-7119-310-7. e-ISBN: 978-87-7119- 311-4. Pris: 90,00 kr.
- 15:21 Nielsen, C.P., M.D. Munk, M.T. Jensen, K. Karmsteen & A-M. K. Jørgensen: *Mønsterbryderindsatser på de videregående uddannelser. En forskningskortlægning*. 168 sider. e-ISBN: 978-87-7119- 312-1. Netpublikation.



















## ET FELTEKSPERIMENT MED KÆRLIGHED I KAOS

### ET FORÆLDRETRÆNINGSPROGRAM TIL FAMILIER MED ADHD ELLER ADHD-LIGNENDE VANSKELIGHEDER

Som et nyt tilbud til danske forældre med børn med ADHD og ADHD-lignende vanskeligheder har ADHD-foreningen udviklet forældretræningsprogrammet Kærlighed i Kaos, hvor frivillige hjælper forældre til børn med ADHD, der står med et særligt vanskeligt opdragelsesarbejde.

Denne rapport har til formål at undersøge effekten af forældreprogrammet for disse forældre og deres børn. I alt 322 forældre og 161 børn har været med i undersøgelsen, der er den hidtil største effektmåling af forældretræning i Danmark.

Undersøgelsen viser, at forældrene, der har deltaget i programmet, oplever, at de forbedrer deres forældrekompetencer. De bliver mere tilfredse med deres rolle som forældre, og de får større tiltro til deres egne evner som forældre. Det betyder også, at de ændrer i deres måde at opdrage på. Forældrenes øgede selvværd i rollen som forældre har flere afsmittende effekter. Fx opstår der færre konflikter, når forældrene stiller krav til børnene.

Resultaterne i denne rapport har interesse for fagpersoner, behandlere, undervisere, beslutningstagere, frivillige organisationer, foreninger og de mange nuværende og kommende familier, som dagligt kæmper med adfærdsvanskeligheder – såsom ADHD.

Effektmålingen er finansieret af TrygFonden.