



SUNDHEDSSTYRELSEN

2017

Resultatopfølgning af forældreprogrammet

REGISTERBASERET EFFEKTANALYSE AF "EN GOD START – SAMMEN"

Resultatopfølgning af forældreprogrammet

er udgivet af

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk
Tlf. 72 22 74 00
CVR-nr.: 12070918
EAN-nr.: 5798000363007

Marts 2017

Rapporten er udarbejdet af

Rambøll Management Consulting A/S

Hannemanns Allé 53 DK-2300 København S
T +45 5161 1000
F +45 5161 1001
www.ramboll.dk



Undersøgelsen er finansieret af

Det Obelske Familiefond

INDHOLD

RAPPORTEN BESTÅR AF 4 KAPITLER OG ET APPENDIKS

Kapitler

1 SAMMENFATNING OG INTRODUKTION

2 MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

3 EFFEKTANALYSE AF FORÆLDREPROGRAMMET

3.1 EFFEKTEN PÅ SAMLIVSBRUD BLANDT FORÆLDRE

3.2 EFFEKTEN PÅ BARNETS FOBRUG AF SUNDHED

3.3 EFFEKTEN PÅ MORENS FORBRUG AF SUNDHED

3.4 EFFEKTEN PÅ FORÆLDRENES FRAVÆR PGA. BARNETS SYGDOM

3.5 EFFEKTEN PÅ LÆNGDE AF BARSEL

4 ILLUSTRATIVE BEREGNINGER AF POTENTIELLE GEVINSTER

A APPENDIKS – METODEBESKRIVELSE

Indhold

Beskrivelse af analysens baggrund, formål og indhold. Kort gennemgang af metode. Og endelig sammenfatning af hovedresultater.

Deskriptiv analyse af, hvilke forhold der har betydning for deltagelse i forældreprogrammet sammenlignet med øvrige danske familier med nyfødte.

Introduktion til effektanalysen, herunder en beskrivelse af opbygningen, afgrænsning og mål.

Resultatpræsentation af effekterne af forældreprogrammet på forældrenes samliv i form af reduceret/øget sandsynlighed for samlivsbrud.

Resultatpræsentation af effekterne af forældreprogrammet på børnenes forbrug af sundhedsrelaterede ydelser.

Resultatpræsentation af effekterne af forældreprogrammet på mødrenes forbrug af sundhedsrelaterede ydelser i året efter fødslen.

Resultatpræsentation af effekterne af forældreprogrammet på forældrenes fravær som følge af barnets sygdom.

Resultatpræsentation af effekterne af forældreprogrammet på mødrenes barselslængde.

Illustrative beregninger og eksempler på de økonomiske gevinster af effekterne af forældreprogrammet: Besparelse ved reduceret sandsynlighed for skilsmisse.

Detaljeret metodebeskrivelse af effektanalysen. Præsentation af empirisk test af matchingen.

1

INTRODUKTION OG SAMMENFATNING

SAMMENFATNING

STIGENDE ELLER UÆNDRET FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE HOS BØRNENE SAMT FÆRRE SAMLIVSBRUD BLANDT GIFTE FORÆLDRE

Denne rapport præsenterer resultaterne af en registerbaseret effektanalyse af forældreprogrammet *"En god start – sammen"*. Rapporten er udarbejdet af Rambøll Management Consulting for Sundhedsstyrelsen. Datagrundlaget for analysen består registeroplysninger for 711 børnefamilier i indsatsgruppen og 2.133 familier i den matchende kontrolgruppe.

Analysen tager udgangspunkt i en sundhedsfaglig betragtning af deltagelseffekten. Dens primære formål er at belyse, hvorvidt deltagelse i forældreprogrammet har medvirket til at styrke børnenes sundhed samt mindske sandsynligheden for samlivsbrud blandt forældre. Det kan derfor ikke udelukkes, at resultaterne kunne have set anderledes ud, hvis fokus havde været på andre udfald, fx børnenes trivsel, sociale udvikling eller forældre-kompetencer.

I det følgende opsummerer vi analysens centrale konklusioner.

Deltagelse styrker forholdet blandt gifte forældre

I barnets første fire leveår finder vi en signifikant lavere sandsynlighed for samlivsbrud blandt de gifte deltagerforældre sammenlignet med lignende kontrolfamilier.

Deltagelsen har i gennemsnittet over perioden på 3,5 år udmøntet sig i en effekt svarende til en reduktion i samlivsbrud på 2,6 procentpoint for ægtefæller. Dette svarer til en potentiel samfundsbesparelse på 1.800 kr. pr. gift deltagerfamilie alene i offentlige udgifter. Hvis alle nybagte forældre i 2015, hvoraf 56 pct. var gift, havde deltaget i forældreprogrammet, ville den samlede besparelse udgøre 59,1 mio. kr.

Ingen reduktion i samlivsbrud blandt ikke gifte forældre

Andelen af samlivsbrud for ikke gifte deltagere adskiller sig således ikke signifikant fra udviklingen blandt sammenlignelige forældrepar, der ikke har deltaget i forældreprogrammet.

Den positive effekt på forældrenes parforhold ser kun til at gælde for forældre, der på forhånd har en stærkere tilknytning.

Deltagerbørn kommer oftere til læge

En opgørelse af lægekontakter i praksissektoren (herunder egen læge, vagt- og speciallæge) viser, at børn i deltagerfamilierne har signifikant flere lægekonsultationer i de første fire leveår sammenlignet med børn i kontrolgruppen. Samme resultatet genfindes for sundhedsydelser hos alment praktiserende læge - dog kun i fødselsåret.

Deltagerbørn kommer ikke oftere til forebyggende helbredsundersøgelser

Der er ingen signifikant forskel i andelen af børn, der får foretaget forebyggende helbredsundersøgelser på tværs af indsats- og kontrolfamilierne.

Børn i deltagerfamilier kommer oftere akut på sygehuset

Børn fra familier, der deltager i forældreprogrammet, har signifikant flere ambulante sygehuskontakter end børn i kontrolgruppen i løbet af de første tre leveår. Vi finder ikke et entydigt billede af forskellen målt på antallet af sygehusindlæggelser.

SAMMENFATNING - FORTSAT

STIGENDE ELLER UÆNDRET FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER HOS BØRNENE SAMT FÆRRE SAMLIVSBRUD BLANDT GIFTE FORÆLDRE

Deltagermødre har flere sygehuskontakter kort tid efter fødslen

Mødre i indsatsgruppen har signifikant flere ambulante sygehuskontakter end mødre i kontrolgruppen i de første to måneder efter fødslen. Vi genfinder disse resultater på tværs af civilstand, antal børn og uanset, om moderen er under eller over 25 år.

Ingen entydig påvirkning på forældrenes arbejdsfravær pga. barnets sygdom

Forældreprogrammet har ingen entydig effekt på forældrenes arbejdsfravær pga. barnets sygdom. Kun for flergangsførelde findes noget signifikant forskel, der dog ikke er konsistent over tid. Her ses at deltagere har højere fravær for faren og lavere for moren.

Lidt færre mødre i indsatsgruppen er på barsel omkring 10. måned

Relativt flere mødre, der deltager i forældreprogrammet, afbryder deres barsel omkring den 10. måned sammenlignet med kontrolgruppen. Forskellen, der er afgrænset til denne måned, er størst for gifte mødre. Blandt mødre under 25 år, er der relativt færre mødre der afbryder deres barsel inden for de først 7 måneder.

Forbehold

Analysens resultater skal fortolkes med en vis forbehold, da deltagelse i forældreprogrammet har været forbundet med væsentligt selektion. Ved at anvende en lang række registeroplysninger for familierne har vi kunnet kontrollere for de observerbare karakteristika for familierne.

Deltagelsen kan dog afhænge af en række ikke-observerbare karakteristika, som ikke kan tilgås i registrene, som fx forældrenes engagement, overskud og personlighed. En del af resultaterne kan derfor potentielt forklares af, at både deltagelse og fx forbrug af sundhedsydelser er påvirket af nogle forældrekaraktertræk, som vi ikke kan opfange.

INTRODUKTION

UNDERSØGELSENS BAGGRUND OG FORMÅL

Baggrund og formål

Som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2010-2013 blev der afsat midler til at styrke og kvalitetsudvikle den tidlige tværfaglige indsats i forhold til børns trivsel i udsatte familier med særligt fokus på samarbejdet med forældre. Indsatsen skulle rette sig mod at forebygge u hensigtsmæssig sundhedsadfærd hos forældre til spæd- og småbørn samt reducere forekomsten af sundhedsrisici, der kan have konsekvenser for små børns sundhed og trivsel, herunder forebygge u hensigtsmæssig vægtudvikling hos børn. Til udmøntningen af *Børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici* blev der afsat i alt 46 mio. kr. over den fireårige periode til en tværfaglig sundhedsfremmeindsats over for børn i sårbare familier.

Rambøll Management Consulting har for Sundhedsstyrelsen gennemført en tværgående afrapportering af de 14 kommunale slutevalueringer fra de to typer af modelprojekter i satspuljen *Børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici*.

Forældreprogrammet "En god start sammen" skulle med udgangspunkt i tilknytnings- og netværksteori støtte udvikling af sunde vaner for hele familien. Programmet havde til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgsevne og handlegenerer med henblik på at etablere en tryk tilknytning mellem barn og forældre samt udvikle og fastholde sunde vaner for familien. Programmet varede i ca. 3 år, og dets primære målgruppe var alle kommende forældre i hele eller dele af kommunen. Forældreuddannelsesprogram blev gennemført i 10 kommuner.

Sundhedsstyrelsen har efter evalueringen fået midler til en resultatopfølgning af forældreprogrammet "En god start sammen" i form af en registerbaseret analyse. Indeværende rapport præsenterer resultaterne af den registerbaserede analyse af forældreprogrammet.

Den tværgående evaluering

Til
Sundhedsstyrelsen
Dokumenttype
Tværgående afrapportering
Dato
Maj 2015

BØRNS TRIVSEL I FAMILIER MED OVERVÆGT ELLER ANDRE SUNDHEDSRISICI TVÆRGÅENDE EVALUERING



RAMBØLL

INTRODUKTION

UNDERSØGELSENS INDHOLD: EFFEKTANALYSENS TRE DELANALYSER

Indhold

I denne rapport præsenteres resultater af en effektanalyse af forældreprogrammet "En god start - sammen", der skulle udvikle og understøtte sunde vaner hos udsatte familier. Rapporten belyser følgende spørgsmål: Har forældre, der har deltaget i "En god start - sammen" større sandsynlighed for at blive sammen? Og har deres børn et mindre forbrug af sundhedsydelser?

Rapporten indeholder tre delanalyser:

1. Målgruppebeskrivelse

Indledningsvis beskrives målgruppen for "En god start - sammen" med udgangspunkt i de deltagende forældre og børns socioøkonomiske og demografiske karakteristika. Målgruppeanalysen anvendes til at kortlægge forskelle mellem programdeltagerne og populationen af nye børnefamilier samt afdække centrale variable, der skal kontrolleres for i den efterfølgende matching-analyse.

2. Effekten på forældrene

Effektanalysen af forældrene undersøger, om programmet påvirker forældrenes samliv i form af reduceret sandsynlighed for skilsmisse eller brud. Yderligere ser vi på forældrenes fravær pga. barnets sygdom, morens forbrug af sygehusvæsenet efter fødslen samt barselslængden.

3. Effekten på børnene

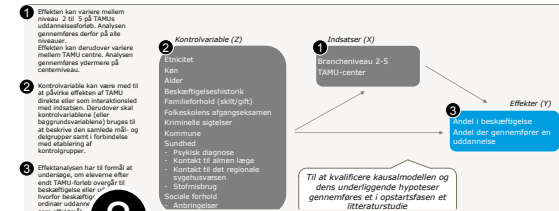
Effektanalysen af børnene belyser, om programmet påvirker – gennem forældrenes styrkede kompetencer – børnenes forbrug af sundhedsrelaterede ydelser.

Effekterne sammenlignes med en kontrolgruppe, der ikke har deltaget i forældreprogrammet, men som ligner indsatsgruppen på alle udvalgte karakteristika. Endvidere ledsages effektmålingen af en illustrativ beregning af de økonomiske gevinster en af de fundne effekter.

1 Målgruppebeskrivelse

KAUSALMODEL
ANALYSERNE BYGGES OP PÅ BAGGRUND AF KAUSALMODELLEN

Hvert element i kausalmodellen forklares i det følgende

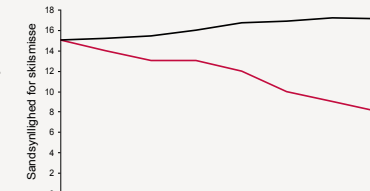


2 Effekten på forældrene

RAMBØLL

Sandsynlighed for skilsmisse

Effektmålet opgøres som sandsynligheden for at forældrene efter opstart i programmerne bliver skilt eller går fra hinanden.



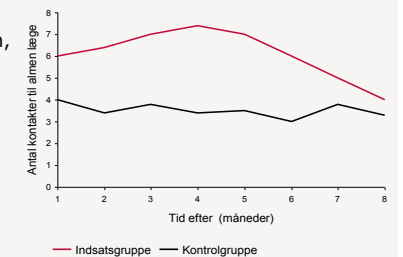
3 Effekten på børnene

Forbrug af sundhedsydelser

Eksempel:

Antal kontakter til almen læge

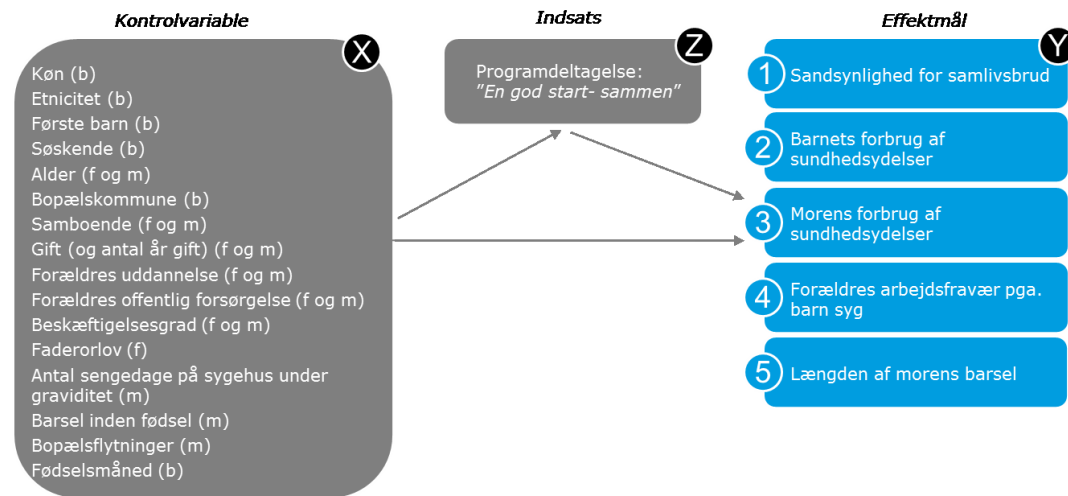
Forbruget af sundhedsydelser dækker både over kontakt til almen, psykiatri og det regionale sygehusvæsen, herudover også indlæggelser. Endvidere kan forbruget af sundhedsydelser også dække over barnets medicinforbrug og for programmet "en god start sammen" vil et relevant effektmål ligeledes være fødselsdepression.



INTRODUKTION

KORT OM ANALYSENS METODE

Effektanalyse med udgangspunkt i en kausalmodel



Effektanalysen af forældreprogrammet er foretaget på baggrund af en kausalmodel, hvor familierne, der har deltaget i forældreprogrammet sammenlignes med en kontrolgruppe, som ikke har deltaget.

Kausalmodellen består af en afhængig variabel (Y), hvoraf effekterne af indsatsvariablen (Z) og en række kontrolvariable (X) kan måles.

Effekten af forældreprogrammet måles som forskellen mellem familier, der har deltaget i forældreprogrammet, og en statistisk konstrueret kontrolgruppe (se appendiks), der ikke har deltaget i forældreprogrammet, men som er sammenlignelig på alle målbare karakteristika, disse er angivet under kontrolvariable i ovenstående figur.

Der rapporteres fem effektmål:

Effekt mål (Y):

- Sandsynlighed for samlivsbrud:** Sandsynligheden for skilsmisse eller brud mellem forældrene.
- Barnets forbrug af sundhedsydelse:** Børnenes forbrug af sundhedsydelse. Forbruget af sundhedsydelse siger noget om forældrenes bevidsthed om deres barns sundhed. I analysen ses der konkret på forbruget af sundhedsydelse inden for hhv. sygehusvæsenet og almen praksis.
- Morens forbrug af sundhedsydelse:** Morens forbrug af sundhedsydelse i sygehussektoren i året efter fødslen samt almen praksis.
- Forældrenes fravær pga. barnets sygdom:** Omfanget af fravær som følge af børns sygdom. Fravær kan betragtes som et mål for barnets sundhedstilstand, der ikke kræver behandling, og derfor ikke opfanges af *forbrug af sundhedsydelse*.
- Længden af morens barsel:** Påvirker deltagelse i forældreprogrammet forældrenes adfærd ift. barselslængde.

Etablering af kontrolgruppe gennem propensity score matching

Denne teknik indebærer, at man for hver familie i indsatsgruppen finder den familie i sammenligningspopulationen, som på en række relevante baggrundsvariable minder mest om indsatsgruppen. Den eneste forskel mellem kontrol- og indsatsfamilier, er at kontrolfamilierne ikke har deltaget i forældreprogrammet.

Kontrolvariable (X): Effekten kan variere på tværs af børn/familier

Kontrolvariablene i kausalmodellen består af en række demografiske og socioøkonomiske variable (se appendiks). Da indsatsen blev tilbudt til alle kommende forældre i deltager-kommunerne, vil der være stor forskel på familiernes socioøkonomiske karakteristika, hvad angår eksempelvis familieforhold, forældrenes uddannelse, beskæftigelsesgrad, helbred mv. Derfor vil effekten af "En god start - sammen" blive analyseret 1) samlet set for alle deltagere og 2) på tværs af udvalgte familietyper.

2

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

KARAKTERISTIKA FOR INDSATSGRUPPEN OG SAMMENLIGNINGSPOPULATIONEN

På de følgende sider ser vi nærmere på baggrundskarakteristika for familier med nyfødte børn i perioden fra 2011 til 2014, som deltog i indsatsen "En god start - sammen".

Beskrivende statistik af de centrale baggrundskarakteristika for indsatsgruppen sammenstilles med en *sammenligningspopulation* bestående af familier med nyfødte børn i samme periode, men med bopæl uden for de kommuner, hvor "En god start – sammen" blev tilbudt.

Sammenligningspopulation udgør et *repræsentativt udsnit* af de nyfødte børn og deres familier, som kunne have været i målgruppen for indsatsen, hvis deres respektive kommuner havde deltaget i indsatsen. Sammenligningspopulation vil senere danne udgangspunktet for afgrænsningen af kontrolgruppen for indsatsgruppen, som findes ved hjælp af en matching-analyse. Dvs., for hver indsatsfamilie vil vi udvælge en eller flere familier fra sammenligningspopulationen, der ligner hinanden mest muligt.

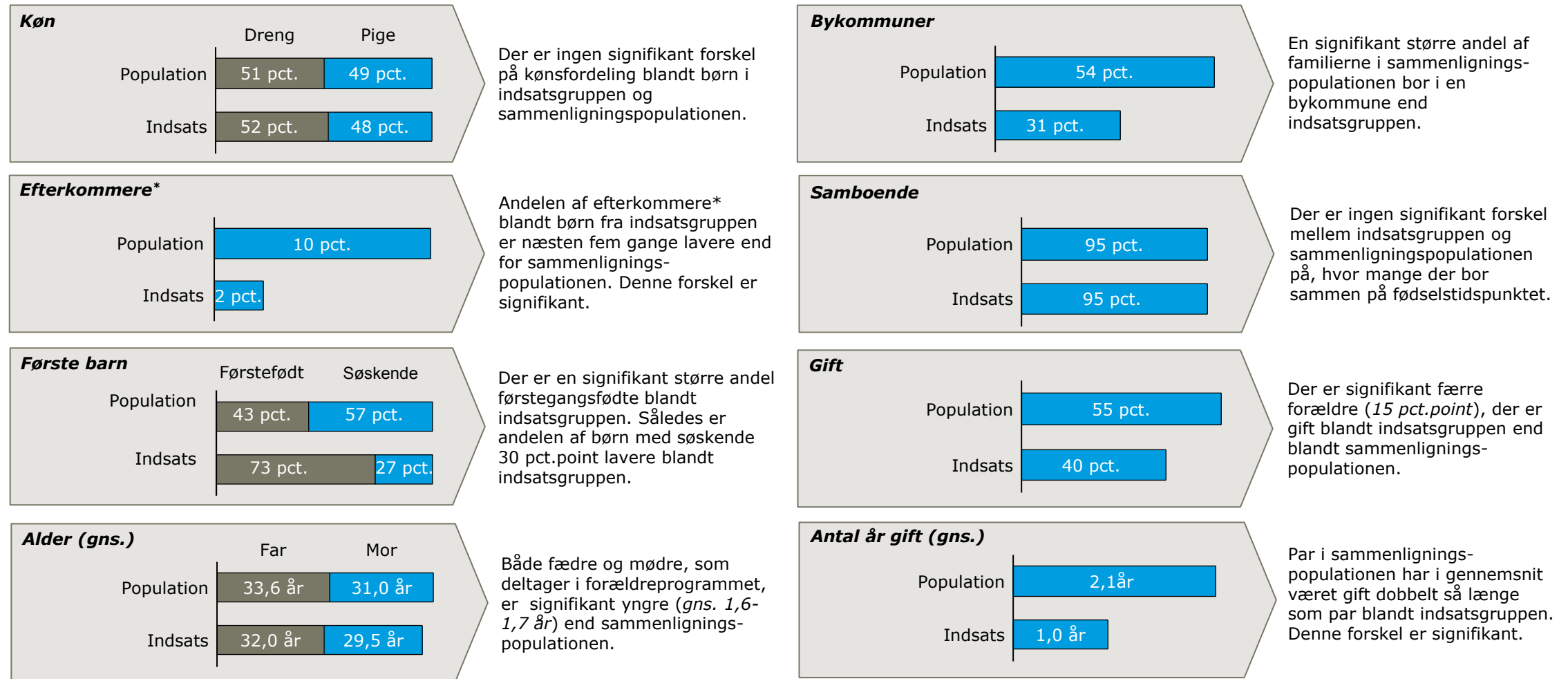
Formålet med målgruppebeskrivelsen er at se på, hvilke familier der har valgt at deltage i indsatsen og hvordan denne gruppe adskiller sig fra den samlede population af nybagte familier i samme periode.

Resultaterne anvendes i forbindelse med valg af kontrolvariable, som skal bruges til etablering af en kontrolgruppe via *propensity score matching*. Målgruppebeskrivelsen kan ligeledes anvendes til at udvælge segmenter i målgruppen, som vil kunne have forskelligt udbytte af indsatsen. Disse segmenter vil kunne opdeles i effektanalysen for at få et nuanceret billede af konsekvenserne af indsatsen for nybagte familier.

I Appendiks A findes en opsummerende oversigt med gennemsnitsværdier for samtlige anvendte baggrundskarakteristika for indsatsgruppen, sammenligningspopulationen før matching samt kontrolgruppen efter matchingen.

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

KARAKTERISTIKA FOR INDSATSGRUPPEN OG SAMMENLIGNINGSPOPULATIONEN

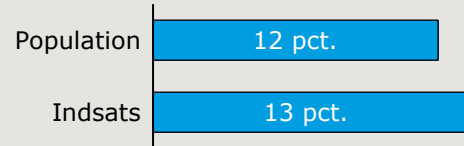


*Der er anvendt Danmark Statistiks definition for efterkommere: en person, der født i Danmark, men ingen af forældrene er hverken danske statsborgere eller født i Danmark.

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

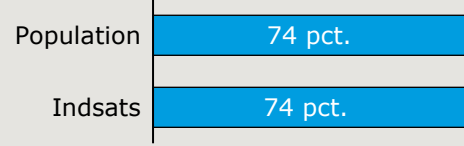
KARAKTERISTIKA FOR INDSATSGRUPPEN OG SAMMENLIGNINGSPOPULATIONEN

Fars offentlige forsørgelse, 1 år op til fødsel



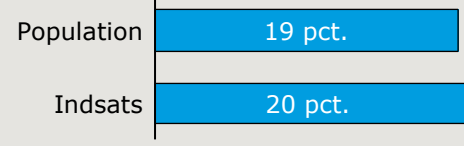
Vi finder ingen signifikant forskel i omfanget af offentlig forsørgelse (ekskl. SU) for fædre fra hhv. indsats- og sammenligningspopulationen.

Fars beskæftigelsesgrad, 1 år op til fødsel



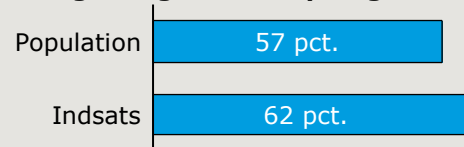
Vi finder ingen signifikant forskel i beskæftigelsesgraden for fædre fra hhv. indsats- og sammenligningspopulationen.

Mors offentlige forsørgelse, 1 år op til graviditet



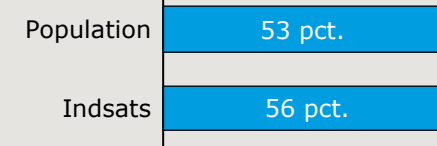
Vi finder ingen signifikant forskel i modtagelse af offentlige forsørgelsesydelse i året op til graviditeten for mødre fra hhv. indsats- og sammenligningspopulationen.

Mors beskæftigelsesgrad 1 år op til graviditet



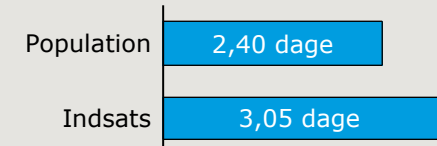
Mødre i indsatsgruppen har i højere grad været i beskæftigelse i året op til graviditeten. Denne forskel er signifikant men relativt lille.

Faderorlov, første 4 uger



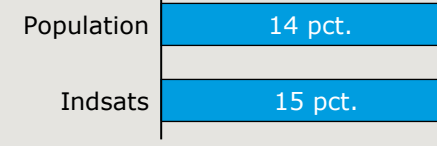
Der er ikke signifikant forskel på andelen af fædre i indsatsfamilier og familierne i sammenligningspopulationen, der tager barsel i de første fire uger efter fødslen.

Antal sengedage på sygehus under graviditet



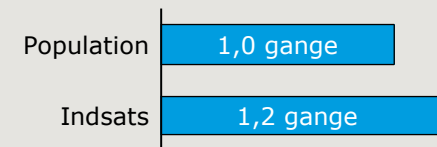
Der er ingen signifikant forskel på det gennemsnitlige antal sengedage tilbragt på sygehuset under graviditeten.

Barsel inden fødsel



Der er ingen signifikant forskel i andelen af graviditeten, som moren modtager barselsdagpenge i, mellem mødre i indsatsgruppen og sammenligningspopulationen.

Bopælsflytninger (gns., seneste tre år)

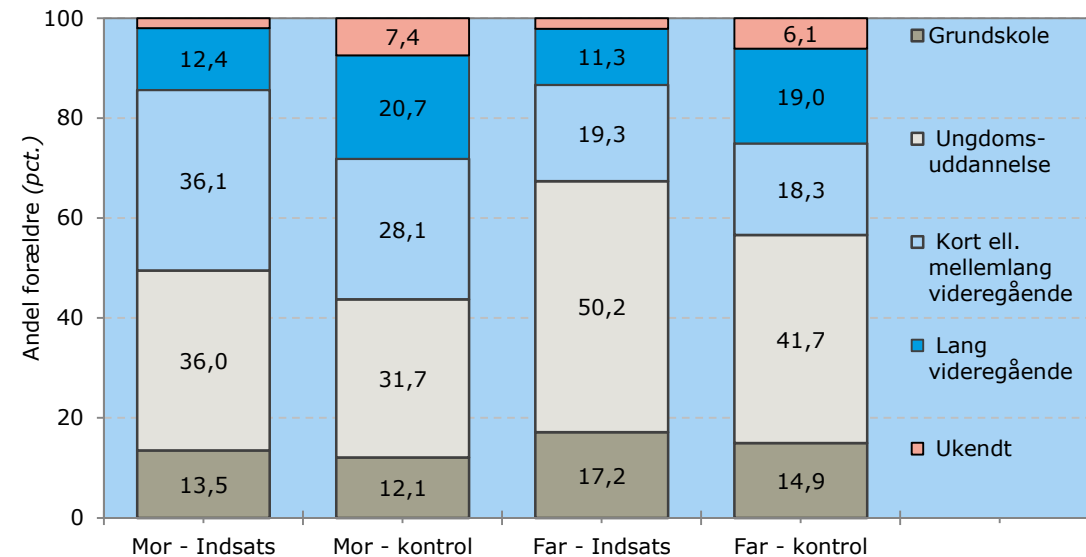


Inden for de seneste tre år op til fødslen har mødre i indsatsgruppen i gennemsnit flyttet 0,2 gange mere end mødrene i sammenligningspopulationen, hvilket er et signifikant forskel.

MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

KARAKTERISTIKA FOR INDSATSGRUPPEN OG SAMMENLIGNINGSPOPULATIONEN

Forældres uddannelse



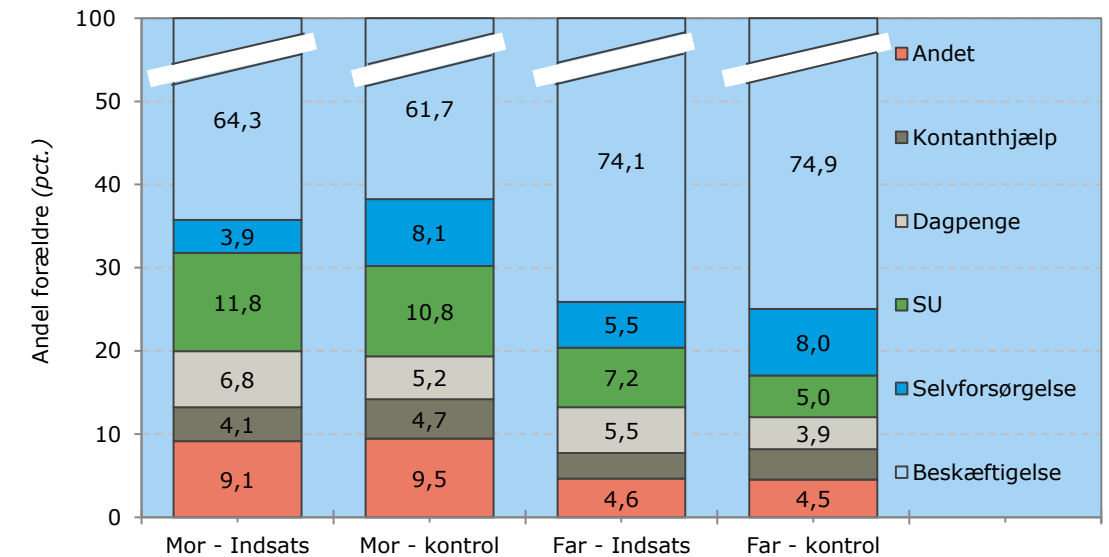
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Andelen af mødre med en lang videregående uddannelse er signifikant lavere blandt indsatsgruppen end i sammenligningspopulationen. En signifikant større andel af mødre i indsatsgruppen, har derimod højst fuldført en ungdomsuddannelse samt kort eller mellemlang videregående uddannelse.

En signifikant lavere andel fædre i indsatsgruppen har en lang videregående uddannelse ift. fædre i sammenligningspopulationen.

Andelen af både mødre og fædre med ukendt uddannelsesniveau er signifikant højere blandt indsatsgruppen.

Forældres forsørgelsesstatus



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Fars forsørgelsesstatus er opgjort ugen inden fødsel mens morens er opgjort 42 uger inden fødsel (dvs. optil graviditeten)

Mødre i indsatsgruppen og sammenligningspopulationen adskiller sig signifikant fra hinanden ift. offentligforsørgelse og dagpenge. Dobbelt så mange mødre i sammenligningspopulationen er selvforsørgende sammenlignet med indsatsfamilierne. Andelen af dagpengemodtagere er signifikant større blandt mødre i indsatsgruppen.

For fædre ses signifikante forskelle mellem indsatsgruppen og sammenligningspopulationen på selvforsørgelse, dagpenge og SU. Signifikant færre fædre i indsatsgruppen er selvforsørgende, mens en større andel er på SU og dagpenge set i forhold til sammenligningspopulationen.

3

EFFEKTANALYSE

EFFEKTANALYSE

PROPENSITY SCORE MATCHING

Kort om metoden

I det følgende afsnit ser vi nærmere på de mulige effekter af deltagelse i forældreuddannelsesprogrammet "En god start – sammen". Særligt vil vi se på forskelle i følgende fem effektparametre:

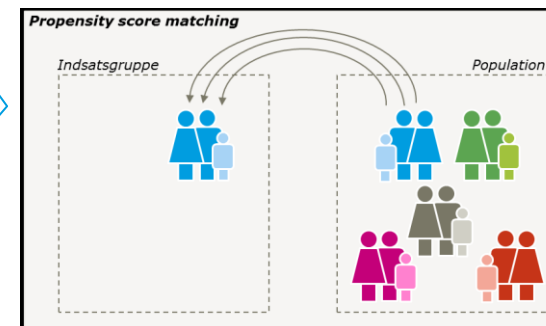
- Sandsynlighed for samlivsbrud
- Barnets forbrug af sundhedsydelser
- Morens forbrug af sundhedsydelser
- Arbejdsfravær pga. barn syg
- Barselsvarighed

Vi sammenligner disse mål for deltagende familier i forhold til en sammenlignelig gruppe af familier i øvrige kommuner, som ikke tilbød indsatsen.

Kontrolgruppen er dannet ved hjælp af *propensity score matching* på baggrund af *observerede karakteristika* for barnet og familien på fødselstidspunktet. Rent praktisk har vi for hver deltagerfamilie fundet tre familier, som har ens eller næsten ens karakteristika, men som ikke har deltaget i programmet. Forskellen mellem disse to grupper kan derfor antages at være drevet af indsatsens effekter.

Det er dog ikke muligt at kontrollere for alle baggrundsforhold som f.eks. forældrenes engagement eller tilbøjelighed til at kontakte sundhedssystemet, hvilket kan have indflydelse på både deltagelse og effektparametre.

Følgende billede illustrerer konceptet bag *propensity score matching* metoden. For hver familie, som har deltaget i forældreprogrammet, finder vi tre familier, som på alle observerbare karakteristika ligner indsatsfamilien.



Bagerst i **bilagsappendikset** findes en tabel med resultaterne af den **statistiske test af matchingen**. Her sammenlignes indsatsgruppen med sammenligningspopulationen (inden matchingen) og kontrolgruppen (efter matchingen) på samtlige anvendte observerbare karakteristika.

Tabellen viser, hvordan matchingen er med til at fjerne de forskelle i fordelingen af demografiske og socioøkonomiske baggrundsforhold, som vi ser ift. den uafgrænsede sammenligningspopulation. Således finder vi en signifikant forskel i 21 af de 33 observerbare karakteristika inden matchingen, men kun 3 efter.

	Indsatsgruppe	Kontrol gruppe, matching	Kontrol gruppe, matching
Køn (age)	48,0	48,7	47,7
Etableret	2,4	10,4	1,6
Etableret	73,1	42,5	79,6
Mor under 25 år	13,2	9,3	12,3
Mors alder (år)	29,5	31,0	29,6
Fars alder (år)	32,0	33,6	32,0
Region/kommune:			
- Bjergkommuner	31,1	54,1	33,1
- Mellemkommuner	13,4	13,9	12,7
- Landkommune	44,0	24,0	43,0
- Vækommune	11,5	7,1	11,1
Familiestruktur på fødselstidspunktet:			
- samboende	94,5	94,6	94,5
- gift	40,1	55,3	40,7
- antal år gift (alle)	1,0	2,1	1,0
- antal år gift (kun gift)	2,5	3,9	2,5
Mors uddannelse:			
- grundskole	13,5	12,1	12,5
- ungdomsuddannelse	36,0	31,7	36,2
- kort el. mellemlang videregående	36,1	28,1	37,6
- lang videregående	12,4	20,7	12,0
- ukendt	2,0	7,4	1,7
Fars uddannelse:			
- grundskole	17,2	14,9	16,5
- ungdomsuddannelse	50,2	41,7	50,4
- kort el. mellemlang videregående	19,3	18,3	18,4
- lang videregående	11,3	19,0	12,8
- ukendt	2,1	6,1	2,0
Mors offentlig forsørgelse (opført gravdatter)	20,0	19,3	18,4
Fars offentlig forsørgelse (opført gravdatter)	13,2	12,0	12,9
Fædrelov (mindst 2 uger)	56,4	53,4	54,2
Antal søskende (gravdatter)	3,1	2,4	3,0
Mors beskæftigelsesgrad - bred (opført gravdatter)	80,2	75,6	81,5
Fars beskæftigelsesgrad - bred (opført fæder)	87,2	87,2	86,3
Mors beskæftigelsesgrad (opført gravdatter)	62,3	57,5	65,3
Fars beskæftigelsesgrad (opført fæder)	73,9	74,0	73,9
Mors barselsgrad (gravdatterperioden)	14,3	15,2	13,6
Antal fødslinger	1,2	1,0	1,2
Fødselsmåned (opført oktober)	48,8	55,9	55,8
	711	88.564	2.133

■ signifikant forskel på 5 pct niveau
■ signifikant forskel på 10 pct niveau
■ signifikant forskel på 15 pct niveau

EFFEKTANALYSE – SANDSYNLIGHED FOR SAMLIVSBRUD

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Mors forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af mors barsel

Introduktion til delkapitel

I det følgende afsnit ser vi nærmere på, hvilke effekter deltagelse i forældreuddannelsesprogram "En god start - sammen" havde på forældrenes samlivsforhold. Denne delanalyse har til formål at belyse følgende spørgsmål:

- *Bidraget indsatsen til at reducere antallet af samlivsbrud blandt de deltagende forældre?*

Indledningsvis sammenligner vi den samlede udvikling i andelen af forældre, der flytter fra hinanden i løbet af barnets første tre leveår for hhv. indsatsgruppen og en kontrolgruppe med sammenlignelige observerbare karakteristika som indsatsgruppen.

Dernæst ser vi på følgende familiesegmenter:

- *Giftede og ikke giftede forældre*
- *Førstegangsførelde og flergangsførelde*
- *Mødre under 25 år og mødre, der er mindst 25 år*

Effektparameter: Den anvendte effektparameter er baseret på Danmarks Statistiks register for bopælsændringer. Her er det muligt at følge ændringer i forældrenes bopælsadresser. Konkret ser vi på hvert kvartal (13 uger) fra fødslen, hvorvidt forældrene ved udgangen af kvartalet bor sammen eller hver for sig. Således er samlivsbrud defineret ved, at forældrene går fra at være bosat på samme adresse til at bo på to forskellige adresser.

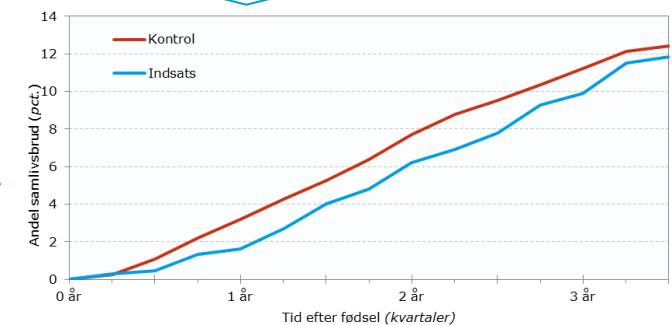
Afgrænsning af populationen:

Analysen er afgrænset til de 95 pct. af familierne, hvor begge forældre er registreret på samme bopælsadresse på fødselstidspunktet.

Læsevejledning til figurer

Til at analysere udviklingen i samlivsbrud anvender vi såkaldte *sumkurver* eller *akkumulerede frekvenskurver*. Disse kurver illustrerer den samlede andel af forældre, der er flyttet fra hinanden siden fødslen og frem til udgangen af det pågældende kvartal.

Den blå kurve viser udviklingen blandt indsatsfamilier, mens den røde viser den generelle udvikling blandt sammenlignelige forældre i kontrolgruppen.

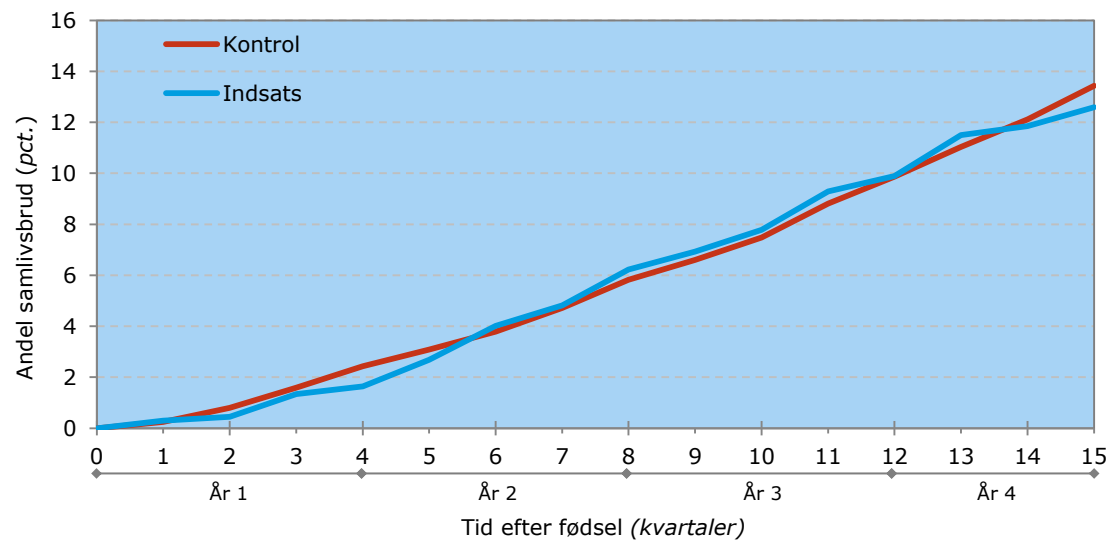


FÆRRE SAMLIVSBRUD FOR GIFTE I INDSATSGRUPPEN END KONTROLGRUPPEN

EFFEKTANALYSE – SANDSYNLIGHED FOR SAMLIVSBRUD

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Samlivsbrud blandt forældre

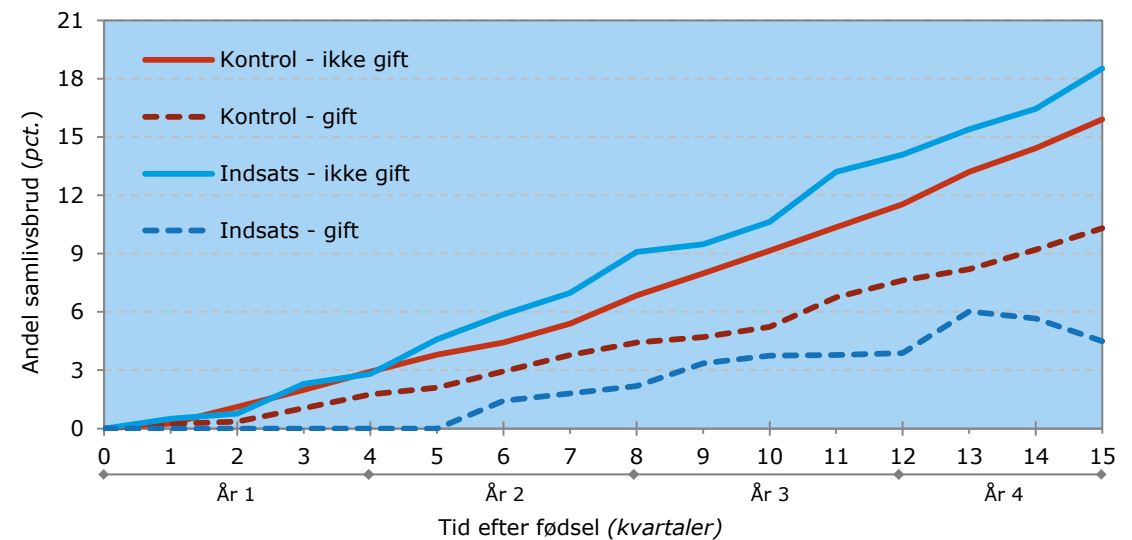


Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 1: indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 2: indsatsgruppe=649, kontrolgruppe=1.956, år 3: indsatsgruppe=600, kontrolgruppe=1.632, 3. kvartal år 3: indsatsgruppe=282, kontrolgruppe=824.

Der er ingen signifikant forskel mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen i andelen af forældre, der flytter fra hinanden efter fødslen. Overordnet ses der en gradvis stigning i andelen af samlivsbrud på knap en procentpoint pr. kvartal i gennemsnit over de tre og et halvt år.

Samlivsbrud blandt forældre opdelt på civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 1: indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 2: indsatsgruppe=649, kontrolgruppe=1.956, år 3: indsatsgruppe=600, kontrolgruppe=1.632, 3. kvartal år 3: indsatsgruppe=282, kontrolgruppe=824.

For de gifte forældre ses en signifikant forskel i andelen af samlivsbrud over hele perioden. Blandt indsatsgruppen er der ingen samlivsbrud i de første 5 kvartaler efter barnets fødsel. I den resterende periode er stigningen i andelen af brud blandt indsatsgruppen lavere end blandt kontrolgruppen. Således stiger forskellen fra ca. to pct.point i starten af barnets andet leveår til knap seks pct.point i 15. kvartal med et gennemsnit på 2,6 pct.point.

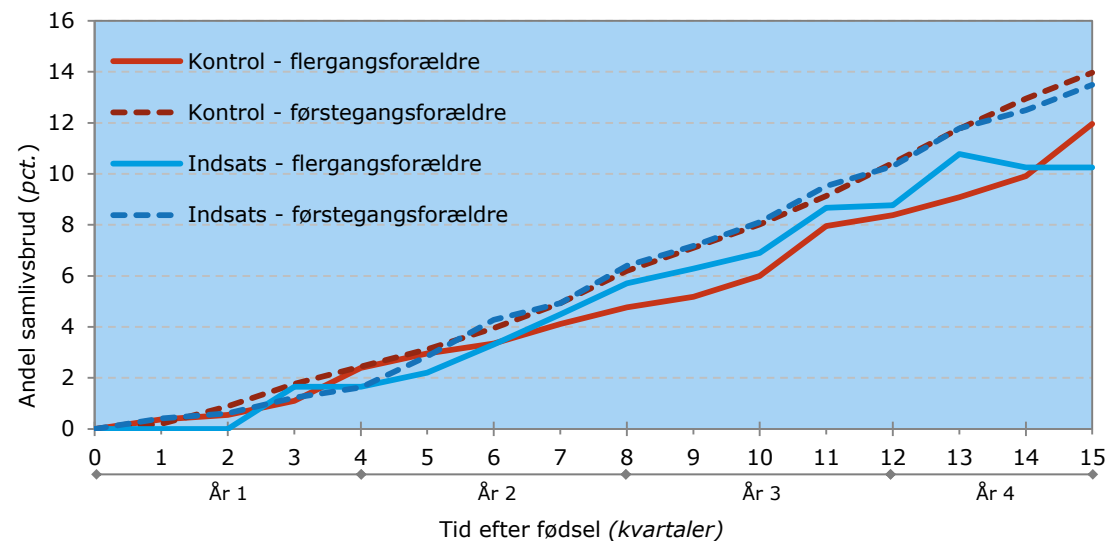
Blandt de ikke gifte forældre, der overordnet har en signifikant højere andel brud end gifte forældre, er der ingen signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppen.

FÆRRE SAMLIVSBRUD FOR GIFTE I INDSATSGRUPPEN END KONTROLGRUPPEN

EFFEKTANALYSE – SANDSYNLIGHED FOR SAMLIVSBRUD

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Mors forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af mors barsel

Samlivsbrud blandt forældre opdelt på første- og flergangsførelde

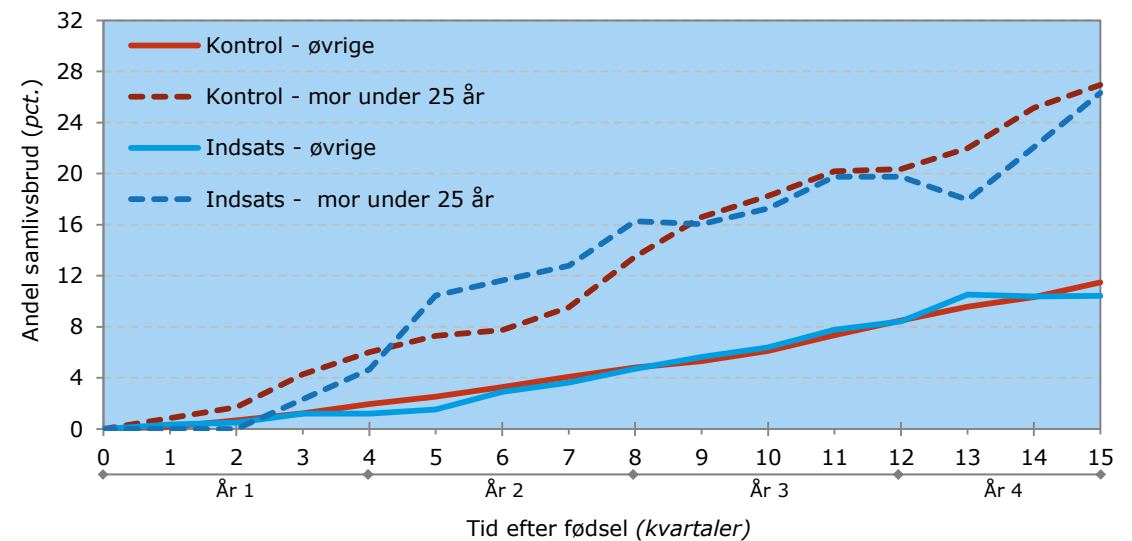


Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 1: indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 2: indsatsgruppe=649, kontrolgruppe=1.956, år 3: indsatsgruppe=600, kontrolgruppe=1.632, 3. kvartal år 3: indsatsgruppe=282, kontrolgruppe=824.

Der findes ingen signifikant forskelle i andelen af samlivsbrud mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen, når der opdeles på første- og flergangsførelde.

Samlivsbrud opdelt på morens alder



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 1: indsatsgruppe=672, kontrolgruppe=2.016, år 2: indsatsgruppe=649, kontrolgruppe=1.956, år 3: indsatsgruppe=600, kontrolgruppe=1.632, 3. kvartal år 3: indsatsgruppe=282, kontrolgruppe=824.

For mødre under 25 år i indsatsgruppen er der en signifikant højere andel samlivsbrud i kvartal 6 end for mødre der er mindst 25 år. Der ses ingen signifikante forskelle i de resterende kvartaler.

For de øvrige mødre (25 år eller derover) er der ingen signifikant effekt mellem indsats- og kontrolfamilier.

I alle kvartaler er andelen af samlivsbrud signifikant højere blandt familier, hvor moren er under 25 år, sammenlignet med familier, hvor moren er 25 år eller over.

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

1	Sandsynlighed for samlivsbrud
2	Barnets forbrug af sundhedsydelser
3	Morens forbrug af sundhedsydelser
4	Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
5	Længden af morens barsel

Introduktion til delkapitel

I det følgende afsnit ser vi nærmere på de mulige effekter af deltagelse i indsatsen på barnets forbrug af sundhedsydelser. Konkret forsøger vi at svare på spørgsmålet:

- *Bidraget til at reducere barnets forbrug af sundhedsydelser?*

Effektparametre: Til at besvare ovenstående spørgsmål, anvender vi følgende fem effektparametre:

1. **Antal kontakter i praksissektoren:** antallet af kontakter i hele praksissektoren, herunder (alment praktiserende, special- og vagt-) læger, tandlæger, fysioterapeuter, kiropraktorer mv. Kontakter er sundhedsydelser, der indebærer en direkte kontakt mellem barnet og en læge (inkl. pr. telefon eller e-mail). Effektparameteren er opgjort på kalenderår.
2. **Antal sundhedsydelser hos almen praktiserende læge:** antallet af enkelte sundhedsydelser hos almen praktiserende læge (også kaldet *egen læge*). Samtlige ydelser, der gives offentligt tilskud til, indgår i analysen. Således kan undersøgelser hos læger tælle som én kontakt, men op til flere ydelser. Effektparameteren er opgjort på kalenderår.
3. **Andel foretaget forebyggende helbredsundersøgelser:** andelen af børn, der har fået foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse hos alment praktiserende læge. Effektparameteren er opgjort på kalenderår.
4. **Antal ambulante sygehuskontakter:** antallet ambulante kontakter med sygehusvæsenet, dvs. sygehuskontakter der ikke medfører heldøgnsindlæggelse. Effektparameteren er opgjort kvartalvis.
5. **Antal af sygehusindlæggelsen:** antallet sygehuskontakter, der medfører en heldøgnsindlæggelse. Målet er opgjort kvartalvis.

Opbygning:

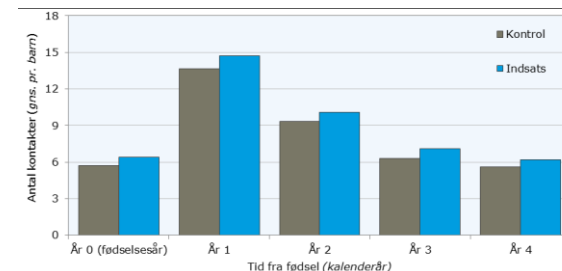
For hvert af de fire effektparametre sammenligner vi først udviklingen blandt børn fra hhv. indsats- og kontrolgruppen. Derefter ser vi på udviklingen i følgende familiesegmenter:

- *Børn af gifte og ikke gifte forældre*
- *Børn af førstegangsfødende og flergangsførældre*
- *Børn af mødre under 25 år og øvrige (NB udeladt for sygehusydelser som følge af datahensyn)*

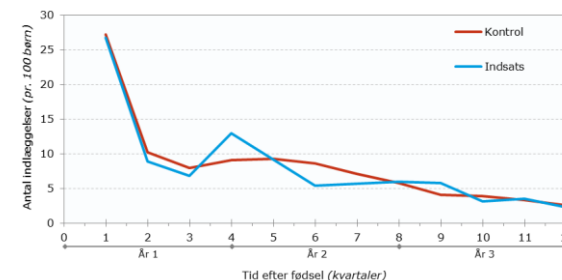
Læsevejledning til figurer

De blå kolonner viser sundhedsforbruget blandt børn fra indsatsfamilier, mens de grå kolonner tilsvarende viser forbrug blandt sammenlignelige børn i kontrolgruppen.

Forbruget af sundhedsydelser i **praksissektoren** er illustreret ved hjælp af **søjlediagrammer**, der angiver antallet af kontakter/ydelser pr. 100 børn i løbet af et kalenderår (fra fødselsåret og 4 år frem).



Forbruget af sundhedsydelser i **sygehusvæsenet** er illustreret ved hjælp af **kurvediagrammer**, der angiver antallet af sygehuskontakter/-indlæggelser pr. 100 børn i et givet kvartal over tid (op til 3 år efter fødsel).



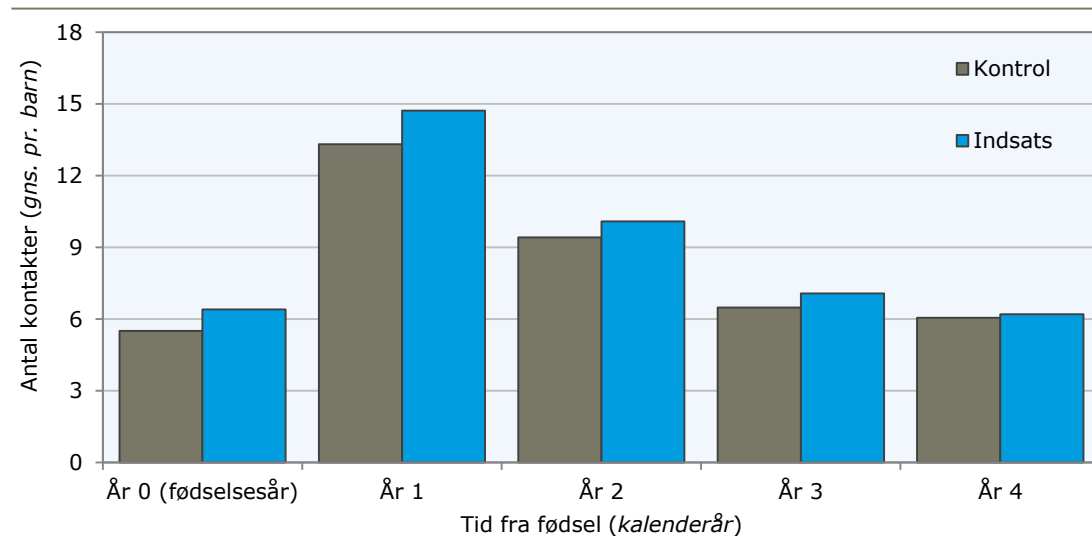
! Vær opmærk på, at der for figurene **antallet ambulante sygehuskontakter** er et brud i skalaen på y-aksen (antal kontakter). Dette gøres for at øge læsbarheden i diagrammerne, da frekvensen i alle figurer falder drastisk i de første kvartaler.

FLERE LÆGEKONTAKTER BLANDT INDSATSBØRN I DE FØRSTE FIRE ÅR

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Lægekontakter i praksissektoren



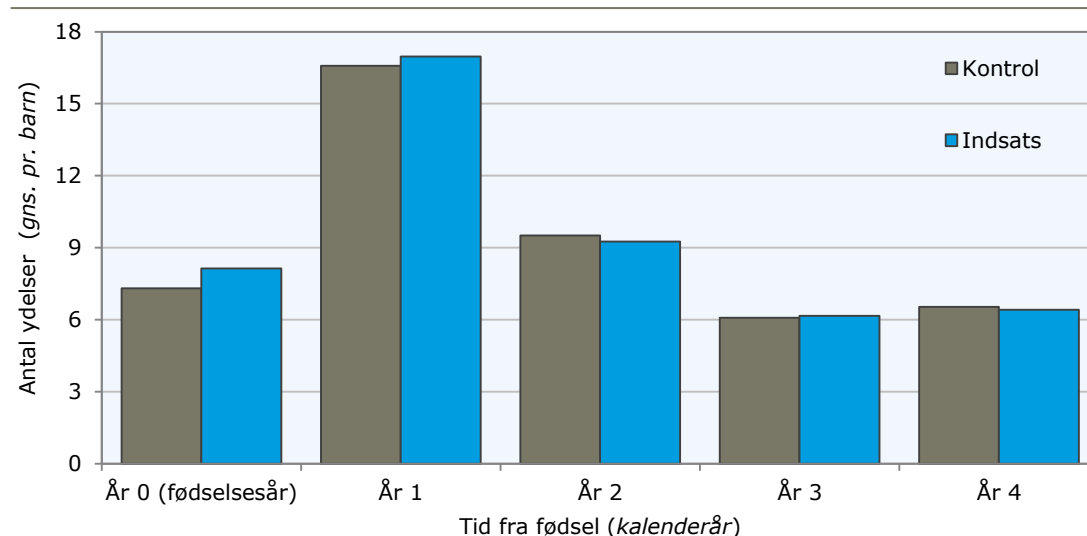
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

De fleste konsultationer med praktiserende læger (inkl. vagt-, special- og alment praktiserende læger) finder sted i barnets 1. fulde kalenderår. Det lavere antal konsultationer i år 0 skyldes, at barnet er født i løbet af år 0 (fødselsåret), og dermed kun er i risiko for sygdomme mm. en del af året.

I de første fire år ses signifikant flere lægekonsultationer blandt indsatsbørnene. Således kommer børn fra indsatsfamilier til læge i snit 0,9 ekstra gange pr. barn i løbet af et af disse år. Det svarer til en relativ faldende overfrekvens mellem 16 og 7pct.

Ydelser hos alment praktiserende læge



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Ses der på antallet af ydelser hos alment praktiserende læge, er der kun signifikant forskel mellem indsatsfamilierne og kontrolgruppen i barnets fødselsår (år 0). Således fremgår det, at børn fra indsatsfamilier har et højere forbrug af ydelser, svarende til ca. 11 pct.

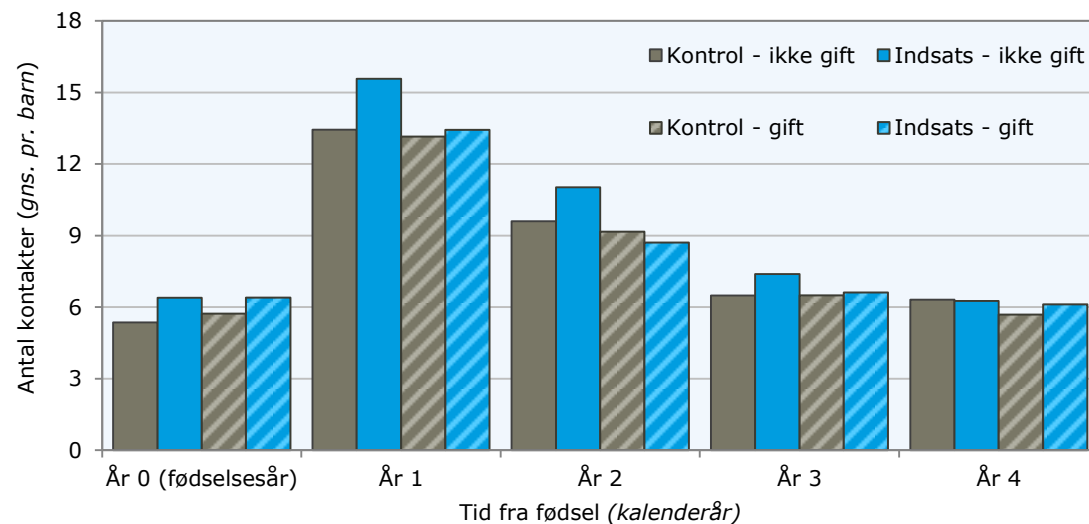
For at undgå, at der er signifikante forskelle i antallet af levemåder mellem indsats- og kontrolgruppen, indgår fødselsmåned som kontrolvariabel ved udvælgelsen af kontrolfamilier (dvs. matchingen).

FLERE LÆGEKONTAKTER BLANDT INDSATSBØRN I DE FØRSTE FIRE ÅR

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Lægekontakter i praksissektoren opdelt på forældres civilstand



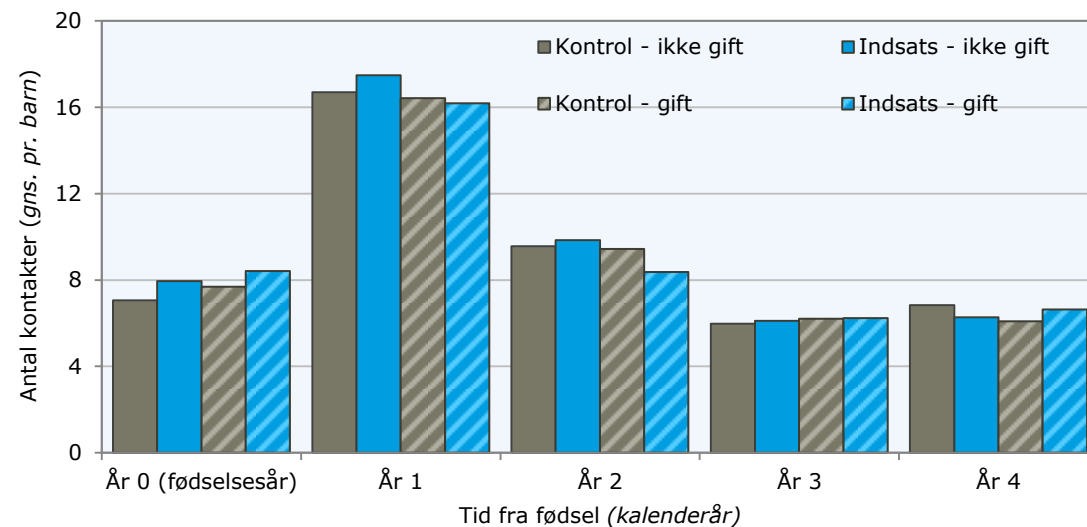
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Børn med ikke gifte forældre fra indsatsgruppen har et signifikant højere antal lægekonsultationer end børn fra kontrolgruppen. Det ses, at indsatsbørnene i gennemsnit har 1,4 flere konsultationer på et år end kontrolgruppen. Denne forskel er signifikant for de fire første leveår, dvs. fra år 0 til år 3. I år 4 er forskellen mellem børn indsats- og kontrolgruppen ikke signifikant.

For børn af gifte forældre ses kun en signifikant højere antal konsultationer i indsats- end kontrolgruppen i børnenes fødselsår (år 0). I de øvrige år er forskellen ikke signifikant.

Ydelser hos alment praktiserende læge opdelt på forældres civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

For børn i indsatsgruppen fra ikke gifte familier ses signifikant højere antal ydelser hos alment praktiserende læge i børnenes første to år, dvs. år 0 og år 1. Forskellen er ikke signifikant i de øvrige år.

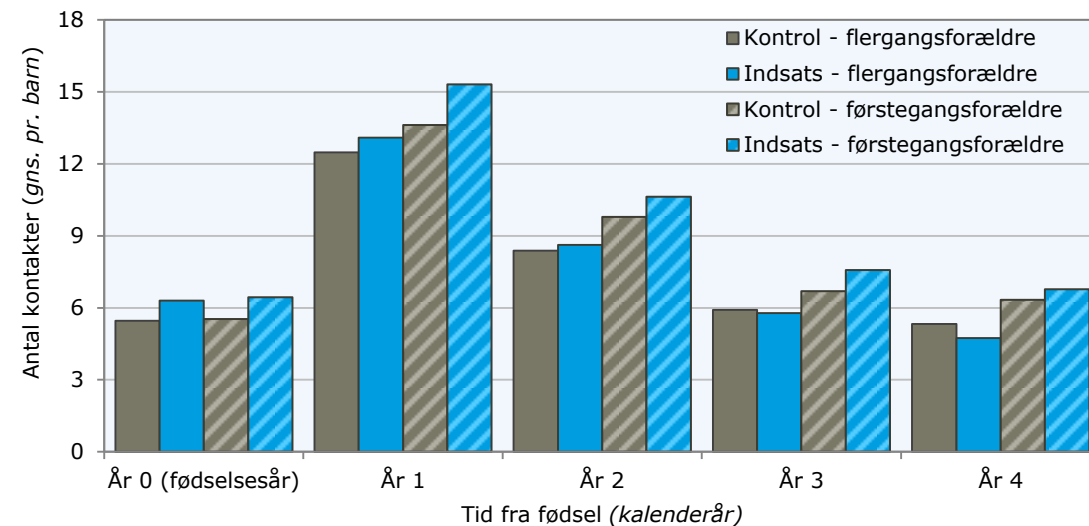
Blandt børn af gifte forældre i indsatsfamilier ses signifikant højere forbrug af ydelser i barnets første leveår. I år 2 ses også en signifikant forskel, dog er forbruget af ydelser lavere (11 pct.) blandt indsatsbørn af gifte forældre end børn i kontrolgruppen. I de resterende år er forskellen ikke signifikant.

FLERE LÆGEKONTAKTER BLANDT INDSATSBØRN I DE FØRSTE FIRE ÅR

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Lægekontakter i praksissektoren opdelt på første- og flergangsførelde



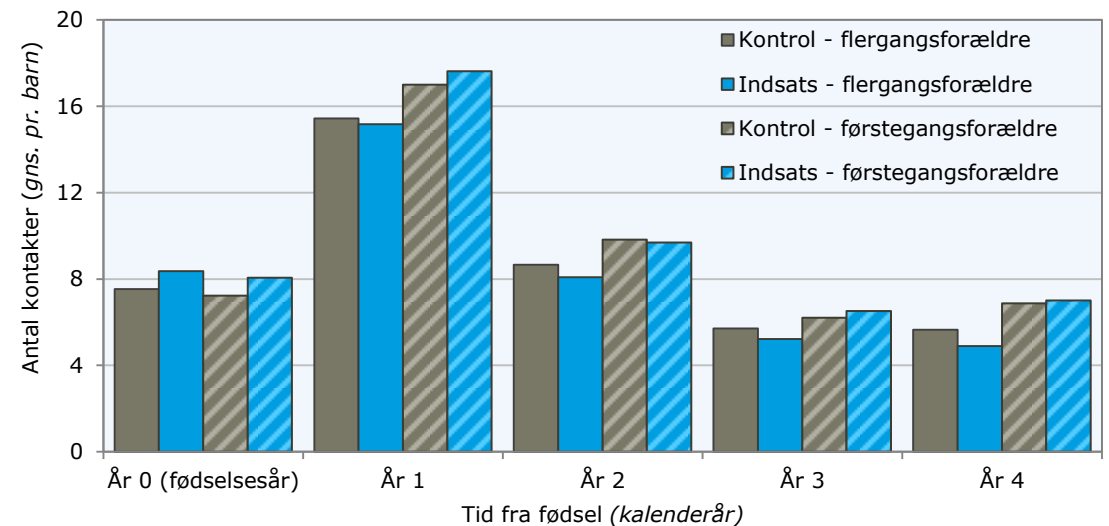
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Blandt børn af flergangsførelde er der kun signifikant højere antal lægekonsultationer i indsatsgruppen end kontrolgruppen i barnets fødselsår (år 0). Forskellen mellem grupperne er ikke signifikant i de øvrige kvartaler.

Blandt børn af førstegangsførelde i indsatsgruppen er der signifikant højere antal lægekonsultationer end i kontrolgruppen. Forskellen er signifikant i de første fire år, dvs. år 0 til år 3.

Ydelser hos alment praktiserende læge opdelt på første- og flergangsførelde



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

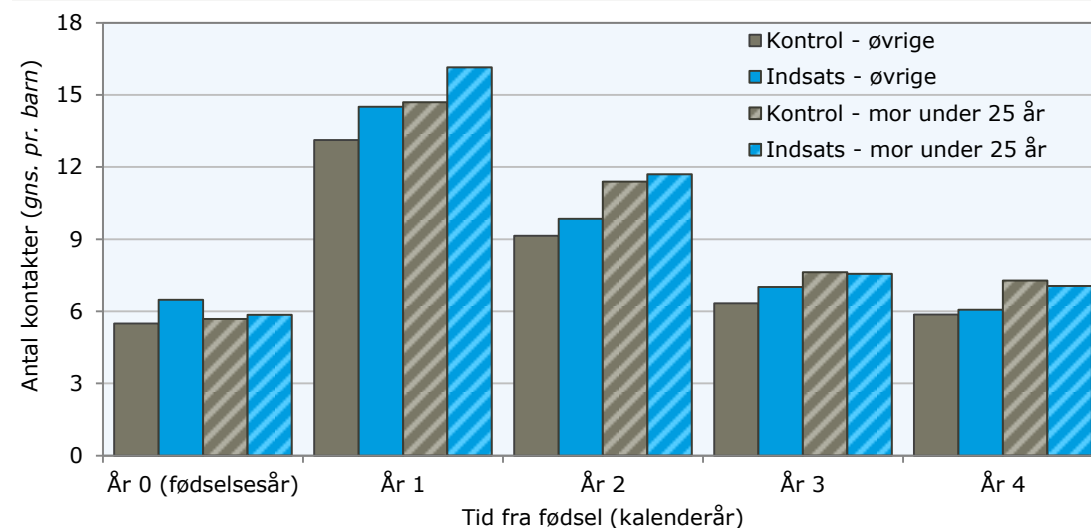
Børn af både førstegangsførelde og flergangsførelde i indsatsfamilier har signifikant højere forbrug af ydelser hos alment praktiserende læge i børnenes fødselsår (år 0) end kontrolgruppen. For de øvrige år ses der ingen signifikant forskel i antallet af ydelser mellem indsatsgruppen og kontrolgruppen.

FLERE LÆGEKONTAKTER BLANDT INDSATSBØRN I DE FØRSTE FIRE ÅR

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Lægekøntakter i praksissektoren opdelt på morens alder



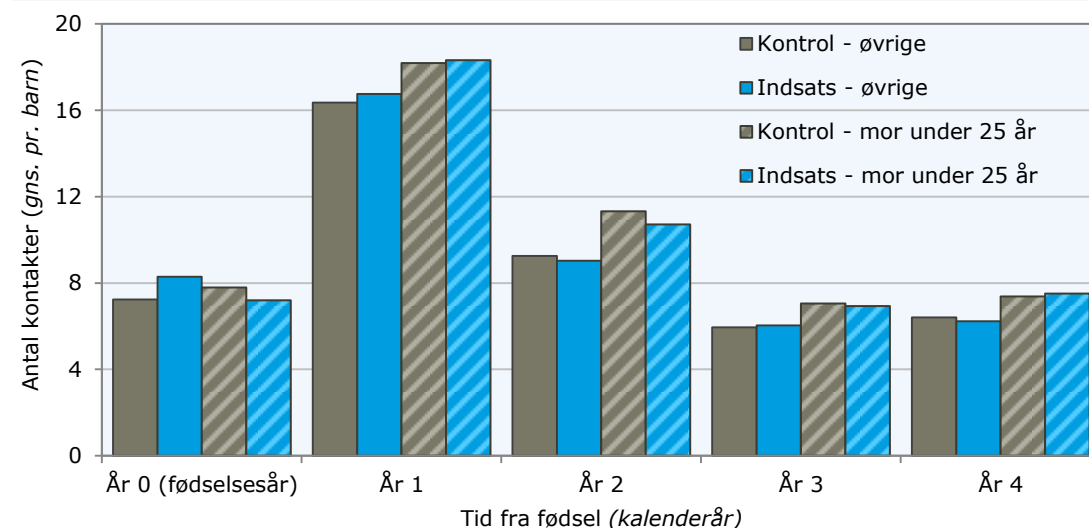
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Børn af mødre i indsatsgruppen, der er mindst 25 år gamle, har signifikant højere antal lægekonsultationer i de første fire år, dvs. fra år 0 til år 3, end mødre i kontrolgruppen. Forskellen er ikke signifikant i år 4.

Der er ingen signifikante forskelle i antal konsultationer mellem indsatsbørn af mødre under 25 år og kontrolgruppen.

Ydelser hos alment praktiserende læge opdelt på morens alder



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Blandt indsatsbørn af mødre, der er mindst 25 år gamle, ses der et signifikant højere forbrug af sundhedsydelser hos alment praktiserende læge i fødselsåret (år 0) sammenlignet med tilsvarende børn i kontrolgruppen.

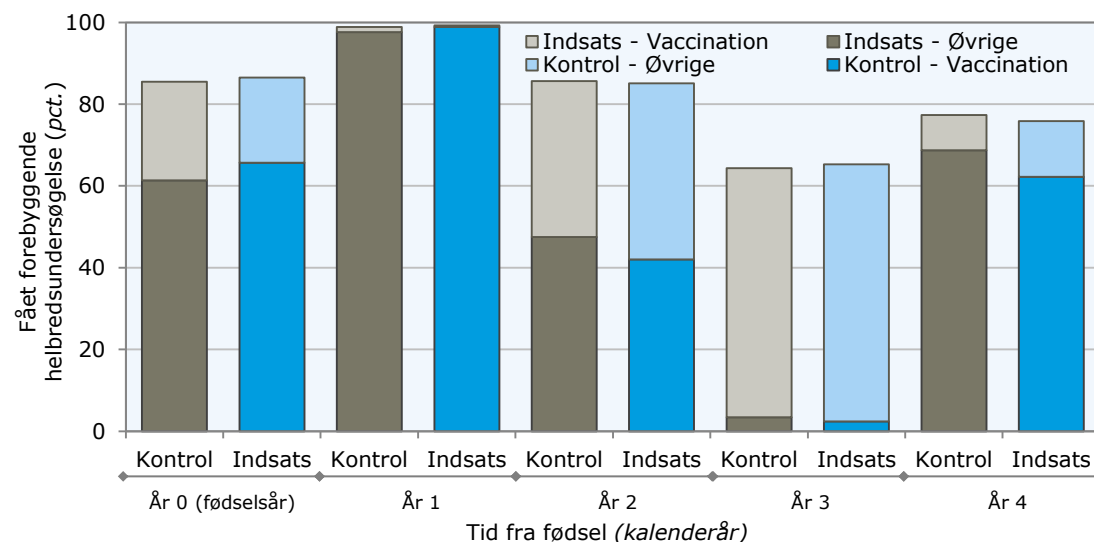
Blandt børn af mødre under 25 år er der ingen signifikante forskelle mellem indsatsbørn og børn fra kontrolgruppen.

FLERE BØRN I INDSATSGRUPPEN BLIVER VACCINERET I DE FØRSTE TO LEVEÅR

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Forebyggende helbredsundersøgelser af børn hos egen læge



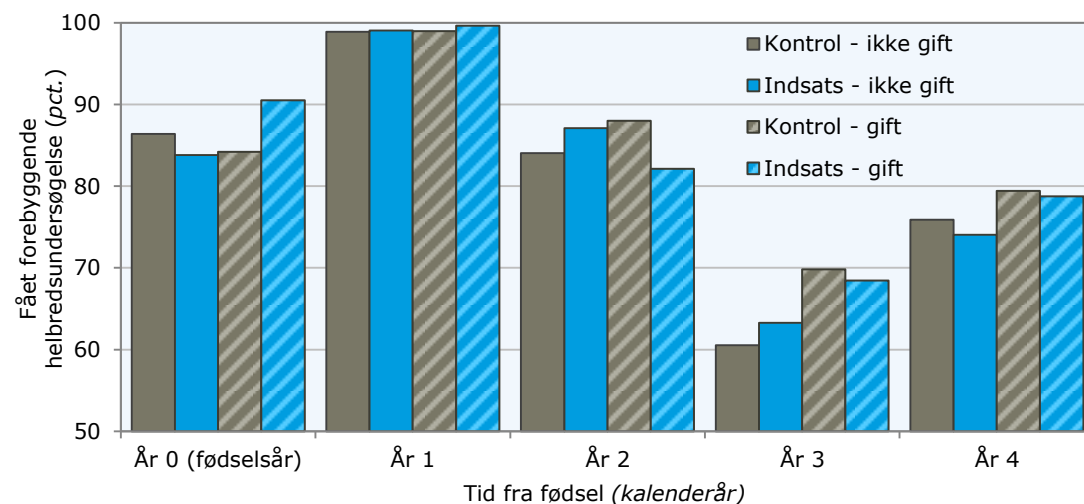
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Ses der på den samlede andel børn, der har fået foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse hos en praktiserende læge i løbet af de første fem leveår, finder vi ingen signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppen.

For børn, der har fået børnevaccination, ses der signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen i alle år undtagen år 3. I børnenes første to leveår (år 0 og 1) er denne andel signifikant højere blandt indsatsgruppen, svarende til knap 3 pct.point i gennemsnit. I modsætning hertil er andelen blandt indsatsbørnene signifikant lavere i både år 2 og år 4 med en gennemsnit på 6 pct.point.

Forebyggende helbredsundersøgelser opdelt på forældrenes civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Blandt børn af gifte forældre er der en signifikant højere andel, der har fået foretaget en forebyggende helbredsundersøgelse i fødselsåret (år 0) i indsatsgruppen sammenlignet med børn i kontrolgruppen. Modsvarende har samme gruppe i indsatsgruppen en signifikant lavere andel i år 2.

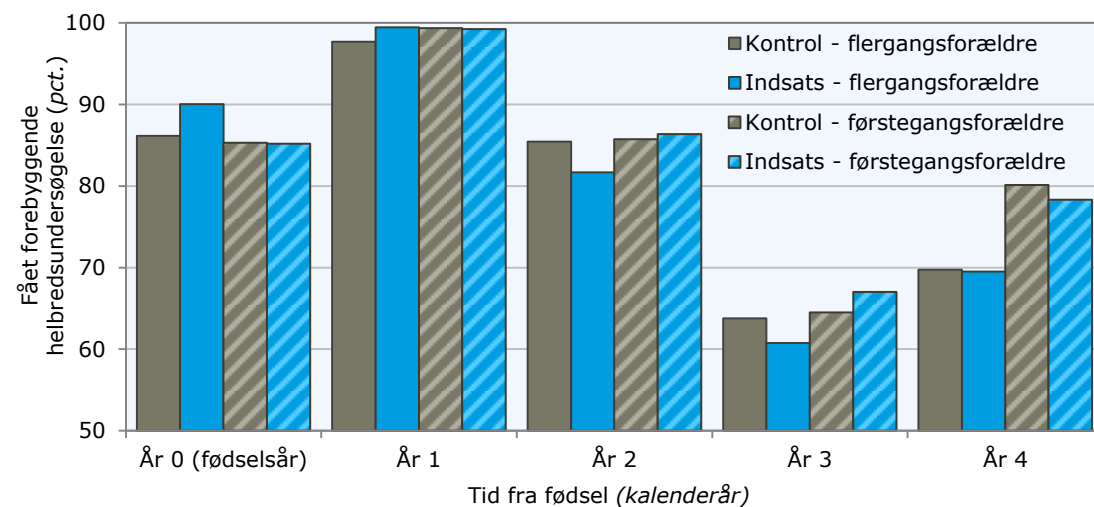
Ingen signifikant forskel i andelen af forebyggende helbredsundersøgelse blandt børn af ikke gifte forældre.

FLERE BØRN I INDSATSGRUPPEN BLIVER VACCINERET I DE FØRSTE TO LEVEÅR

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Forebyggende helbredsundersøgelser opdelt på første- og flergangsførelde



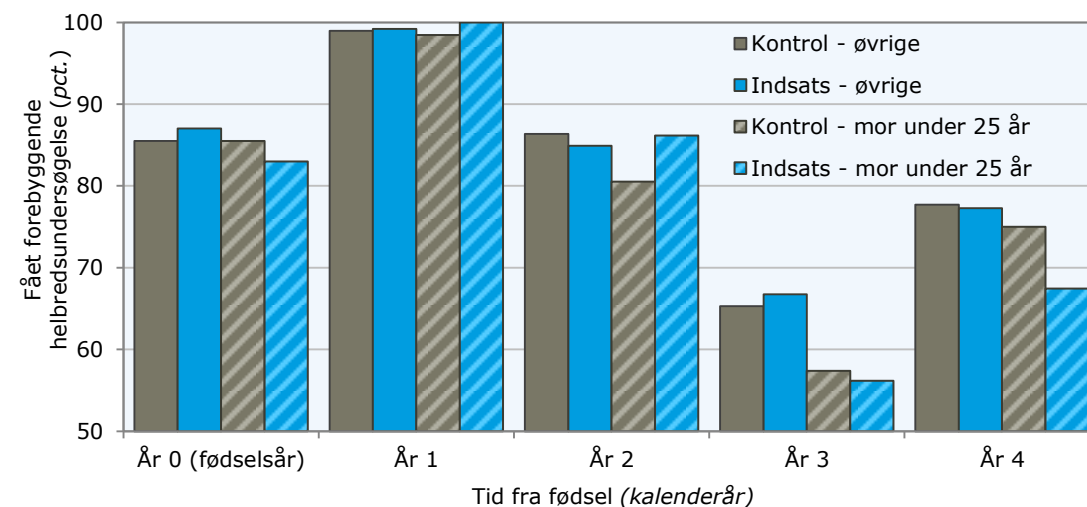
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Indsatsbørn af flergangsførelde har en signifikant højere andel forebyggende helbredsundersøgelser i år 1 sammenlignet med børn i kontrolgruppen. For de resterende år ses der ingen signifikante forskelle.

For børn af førstegangsførelde er der ingen signifikante forskelle mellem børn i indsats- og kontrolgruppen i andelen af forebyggende helbredsundersøgelser.

Forebyggende helbredsundersøgelser opdelt på morens alder



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 0 (fødselsår): indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 1: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, år 2: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094, år 3: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=1998, år 4: indsatsgruppe=294, kontrolgruppe=882.

Der er signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppen blandt børn af mødre under 25 år i fødselsår (år 0). Således får børn af mødre under 25 år i indsatsgruppen i højere grad foretaget forebyggende helbredsundersøgelser end børn i kontrolgruppen. I de resterende år er der ingen signifikante forskelle.

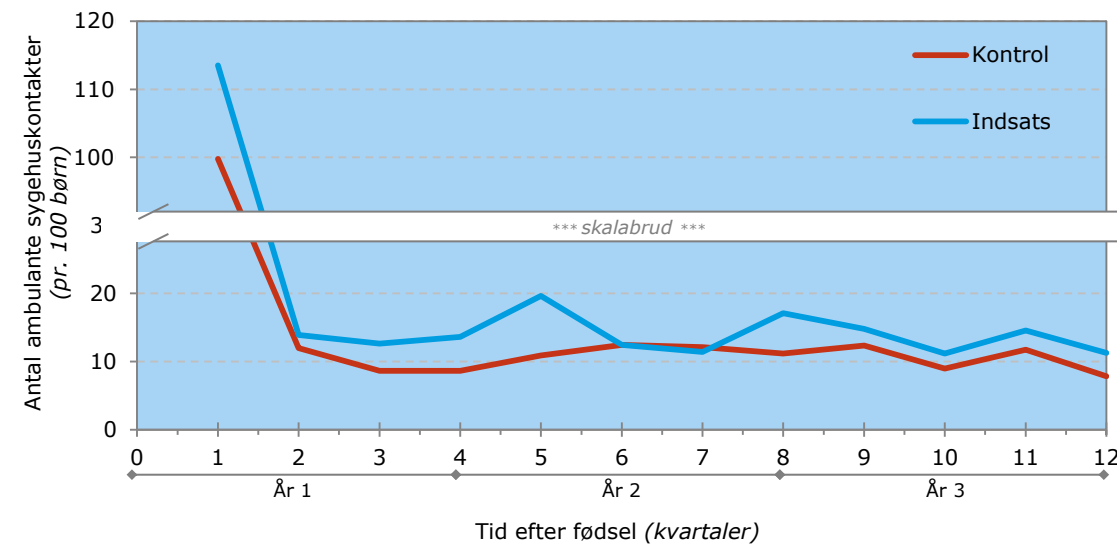
Der er ingen signifikant forskel mellem børn i indsats- og kontrolgruppen, hvor moren er mindst 25 år.

BØRN I INDSATSGRUPPEN HAR FLERE AMBULANTE SYGEHUSKONTAKTER

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morsens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af mors barsel

Ambulante sygehuskontakter

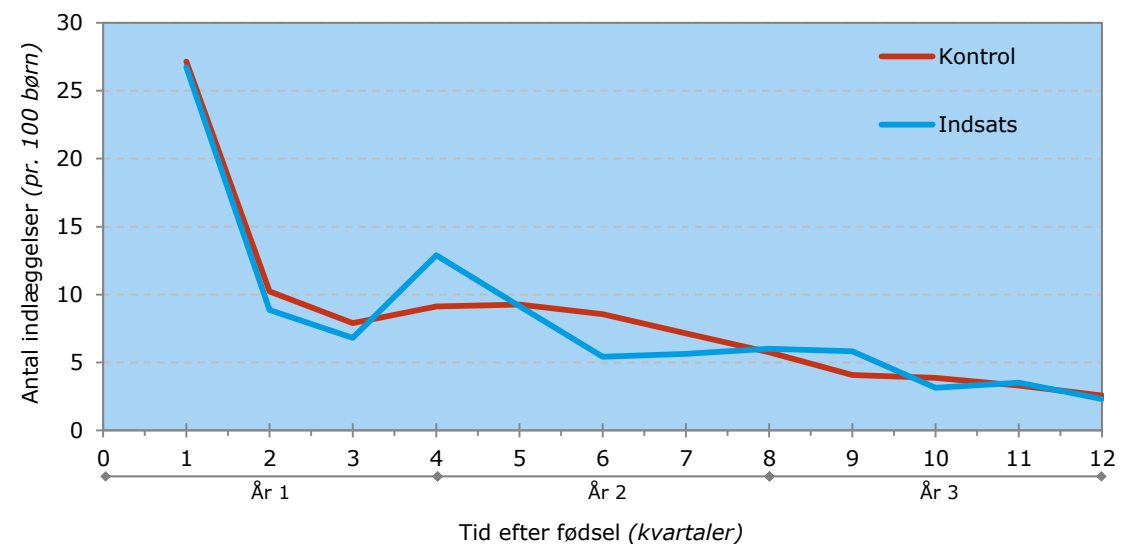


Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094 år 2: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=2.002, år 3: indsatsgruppe=302, kontrolgruppe=896.

Børn i indsatsgruppen har et højere antal ambulante sygehuskontakter set over hele perioden på nær 6. og 7. kvartal. Forskellen er mest markant i de første fem kvartaler af barnets liv. Her finder vi en signifikant forskel i alle kvartaler på nær 2. kvartal. I disse 5 måneder har indsatsbørnene i gennemsnit knap 7 flere sygehuskontakter i kvartalet pr. 100 børn over de første år. I de resterende år er forskellen ikke signifikant.

Antal sygehusindlæggelser



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094 år 2: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=2.002, år 3: indsatsgruppe=302, kontrolgruppe=896.

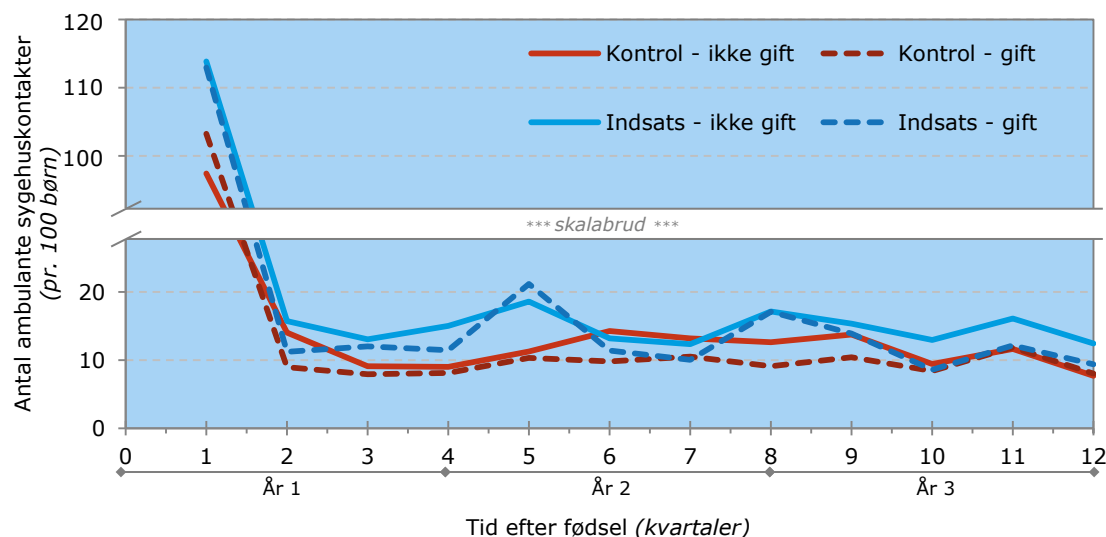
Der ses signifikante forskelle mellem indsatsbørn og børn i kontrolgruppen ift. antal sygehusindlæggelser i kvartal 4 og 6. Således har børn i indsatsgruppen et signifikant højere antal sygehusindlæggelser i kvartal 4. I kvartal 6 har børn i indsatsgruppen signifikant lavere antal sygehusindlæggelser end børn i kontrolgruppen. Set over hele periode samlet er forskellen mellem indsats- og kontrolgruppen ikke signifikant.

BØRN I INDSATSGRUPPEN HAR FLERE AMBULANTE SYGEHUSKONTAKTER

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morsens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morsens barsel

Ambulante sygehuskontakter opdelt på forældres civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

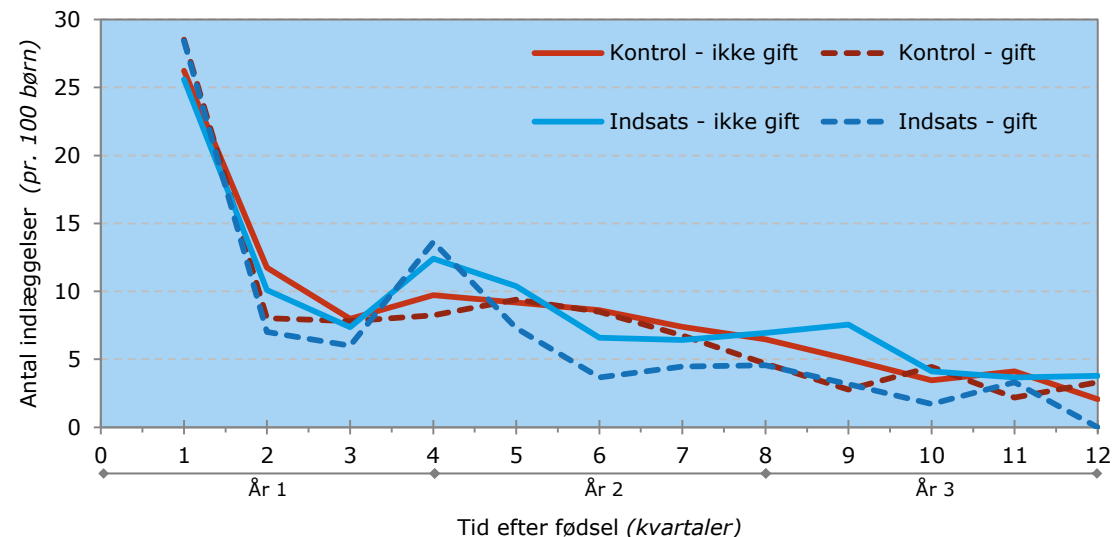
Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094 år 2: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=2.002, år 3: indsatsgruppe=302, kontrolgruppe=896.

Blandt børn af ikke gifte forældre ses signifikant højere antal ambulante sygehuskontakter blandt indsatsgruppen i kvartal 1, 4 og 5, mens forskellen er ikke signifikant i de andre perioder.

Børn af gifte forældre i indsatsgruppen har signifikant flere sygehuskontakter i kvartal 5 og 8 end børn i kontrolgruppen. Forskellene er ikke signifikante i de resterende kvartaler.

Både for børn af gifte og ikke gifte forældre ses der over hele perioden et signifikant højere antal ambulante sygehuskontakter blandt indsatsgruppen end i kontrolgruppen.

Antal sygehusindlæggelser opdelt på forældres civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094 år 2: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=2.002, år 3: indsatsgruppe=302, kontrolgruppe=896.

For indsatsbørn af gifte forældre ses et signifikant lavere antal sygehusindlæggelser i tre kvartaler, kvartal 6, 10 og 12 sammenlignet med børn i kontrolgruppen.

Der ses ingen signifikante forskelle i antal sygehusindlæggelser mellem indsatsbørn af ikke gifte forældre og kontrolgruppen.

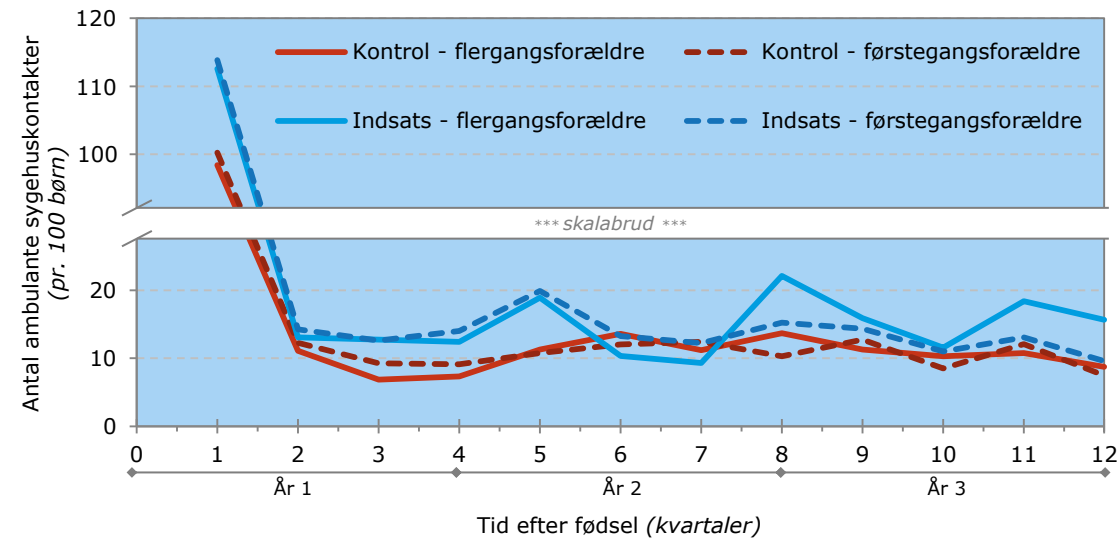
Set samlet over hele perioden findes der ingen signifikant forskel i antallet af sygehusindlæggelser mellem indsats- og kontrolgruppen for hverken børn af gifte eller ikke gifte forældre.

BØRN I INDSATSGRUPPEN HAR FLERE AMBULANTE SYGEHUSKONTAKTER

EFFEKTANALYSE – BARNETS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelser
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Ambulante sygehuskontakter opdelt på første- og flergangsførelde



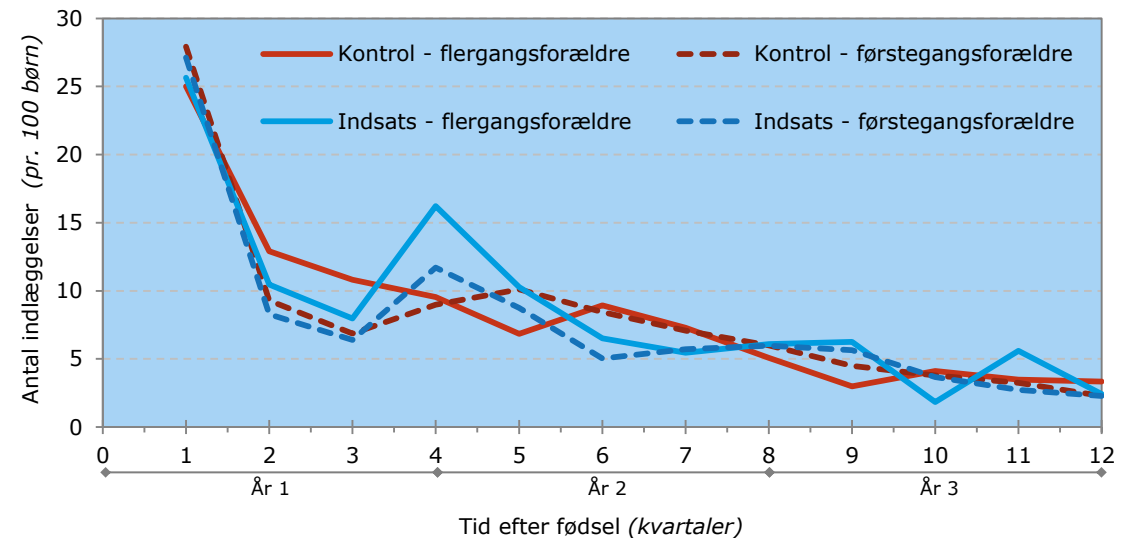
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094 år 2: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=2.002, år 3: indsatsgruppe=302, kontrolgruppe=896.

Vi finder et signifikant højere antal ambulante sygehuskontakter i halvdelen af kvartalerne i barnets to første leveår blandt førstegangsførelde i indsatsgruppen. I det tredje leveår finder vi ingen signifikante forskelle. Samlet set over hele perioden er denne forskel signifikant.

For børn af flergangsførelde er der et signifikant højere antal indlæggelser samlet set over hele perioden blandt indsatsgruppen, mens denne forskel opdelt på kvartaler kun er signifikant i 5. kvartal.

Antal sygehusindlæggelser opdelt på første- og flergangsførelde



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=698, kontrolgruppe=2.094 år 2: indsatsgruppe=666, kontrolgruppe=2.002, år 3: indsatsgruppe=302, kontrolgruppe=896.

Der ses ingen signifikante forskelle i antallet af sygehusindlæggelser blandt flergangsførelde i indsats- og kontrolgruppen.

Blandt førstegangsførelde ses et signifikant lavere antal sygehuskontakter for indsatbørnene i 6. kvartal sammenlignet med børn kontrolgruppen. Der er ingen signifikante forskelle i de resterende kvartaler eller samlet set over hele perioden.

EFFEKTANALYSE – MORENS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSER

1	Sandsynlighed for samlivsbrud
2	Barnets forbrug af sundhedsydelser
3	Morens forbrug af sundhedsydelser
4	Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
5	Længden af morens barsel

Introduktion til delkapitel

I det følgende afsnit ser vi nærmere på de mulige effekter af deltagelse i indsatsen på morens forbrug af sundhedsydelser. Konkret forsøger vi at svare på spørgsmålet:

- *Bidraget indsatsen til at ændre moderens behov for at søge sundhedsydelser fra sygehusvæsnene i året efter fødslen?*

Effektparameter: Til at besvare overstående spørgsmål anvender vi følgende effektparameter:

- **Antal ambulante sygehuskontakter:** Den eneste anvendte effektparameter for morens sundhedsforbrug er antallet ambulante kontakter med sygehusvæsnene*, dvs. sygehuskontakter, der er ikke medfører heldøgnsindlæggelse. Effektparameteren er opgjort månedsvist (standardiseret til 30 dage) op til et halvår efter fødslen. Der valgt at afgrænse opfølgingsperioden til 6 måneder, da der ikke kunne findes signifikante efter herefter.

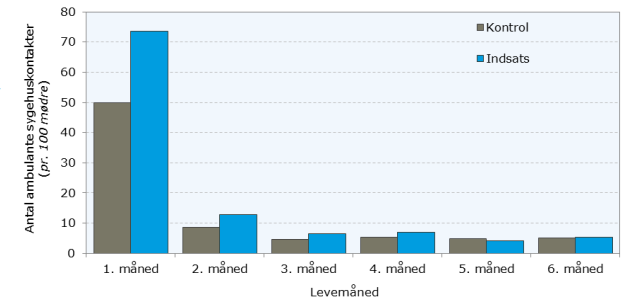
Opbygning:

Først sammenligner vi udviklingen i mødrenes forbrug af sygehusvæsnene for hhv. indsatsgruppen og kontrolgruppen samlet, hvorefter vi ser på udviklingen for følgende familiesegmenter:

- *Mødre gifte med faren og ikke gifte mødre*
- *Førstegangsfødende og flergangsmødre*
- *Mødre under 25 år og øvrige*

Læsevejledning til figurer

Forbruget af sundhedsydelser i sygehusvæsnene illustreres ved hjælp af søjlediagrammer, der angiver antallet af sygehuskontakter pr. 100 mødre i en given måned over tid (op til 6 måneder efter fødsel)



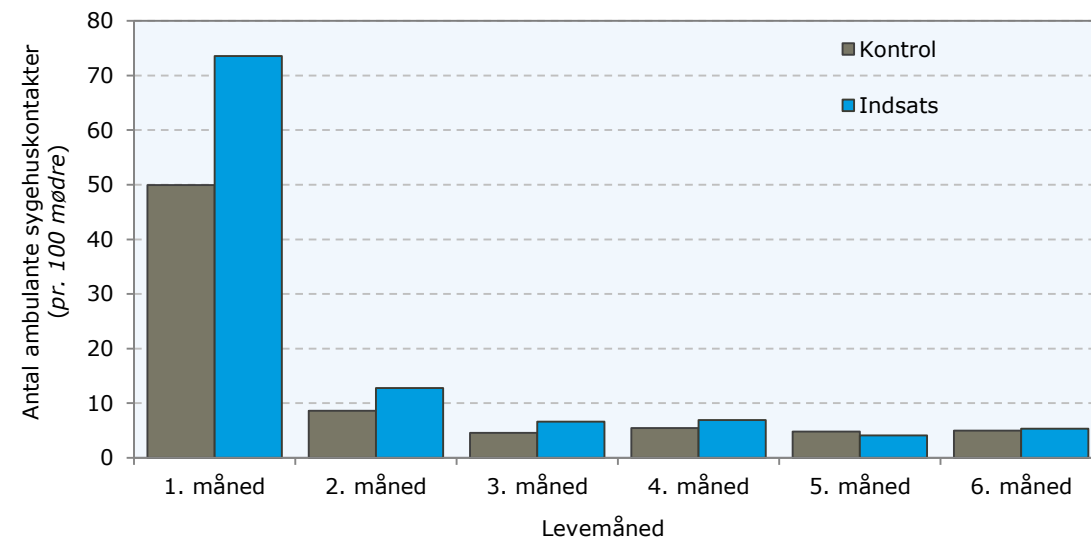
*Antal sygehusindlæggelser har været forsøgt som effektparameter, men endte med at være udeladt af hensyn til datadiskretion som følge af for få observationer.

INDSATSMØDRE FLERE SYGEHUSKONTAKTER I DE FØRSTE TO LEVEMÅNEDER

EFFEKTANALYSE – MORENS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 **Morens forbrug af sundhedsydelser**
- 4 Forældres arbejdsfravær pgs. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Morens ambulante sygehuskontakter efter fødsel



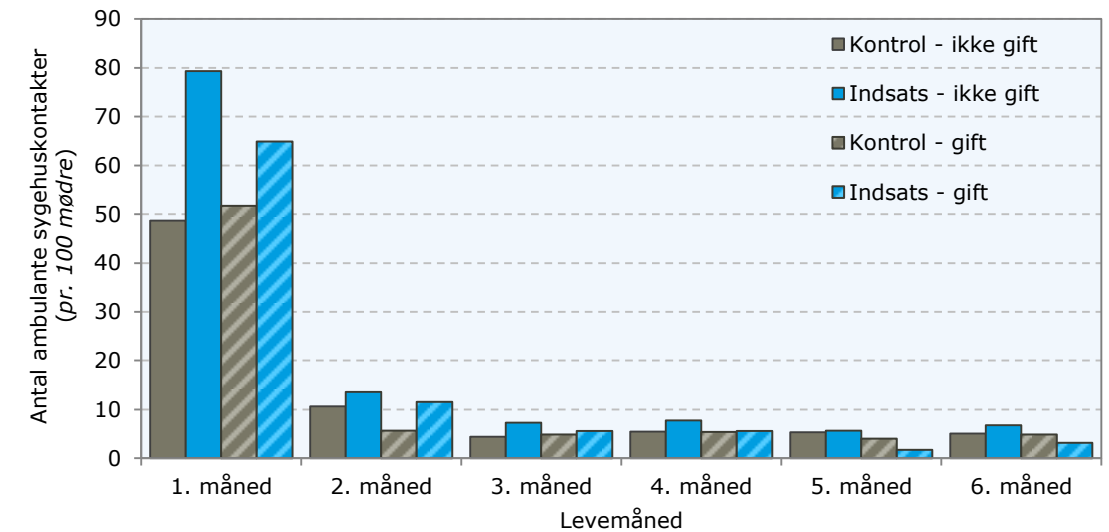
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 1. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, 2. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.131, 3. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.128, 4. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.127, 5. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.124, 6. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.121.

Der er signifikant højere antal ambulante sygehuskontakter blandt mødre i indsatsgruppen end kontrolgruppen i de første to måneder efter fødslen.

I de resterende måneder ses ingen signifikant forskel mellem de to grupper.

Morens ambulante sygehuskontakter opdelt på civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 1. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, 2. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.131, 3. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.128, 4. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.127, 5. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.124, 6. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.121.

Ikke gift mødre i indsatsgruppen har et signifikant højere antal ambulante sygehuskontakter i barnets 1. og 3. levemåned sammenlignet med mødre i kontrolgruppen. Der ses ingen signifikante forskelle i de resterende måneder.

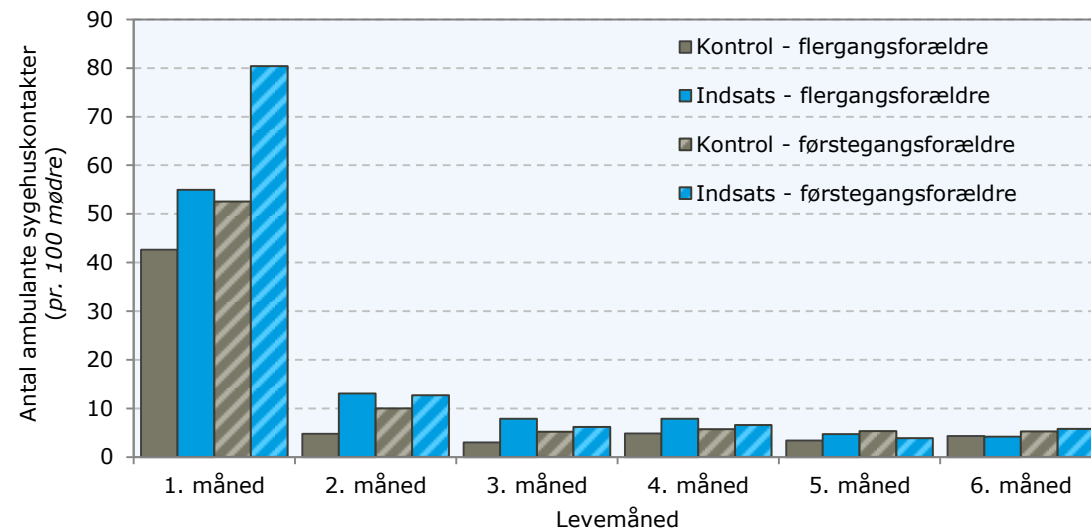
Gift mødre i indsatsgruppen har et signifikant højere antal sygehuskontakter i 1. og 2. måned end kontrolgruppen, mens de i 5. måned har signifikant færre kontakter.

INDSATSMØDRE FLERE SYGEHUSKONTAKTER I DE FØRSTE TO LEVEMÅNEDER

EFFEKTANALYSE – MORENS FORBRUG AF SUNDHEDSYDELSE

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelser
- 3 **Morens forbrug af sundhedsydelser**
- 4 Forældres arbejdsfravær pgs. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Morens ambulante sygehuskontakter opdelt på første- og flergangsførelde



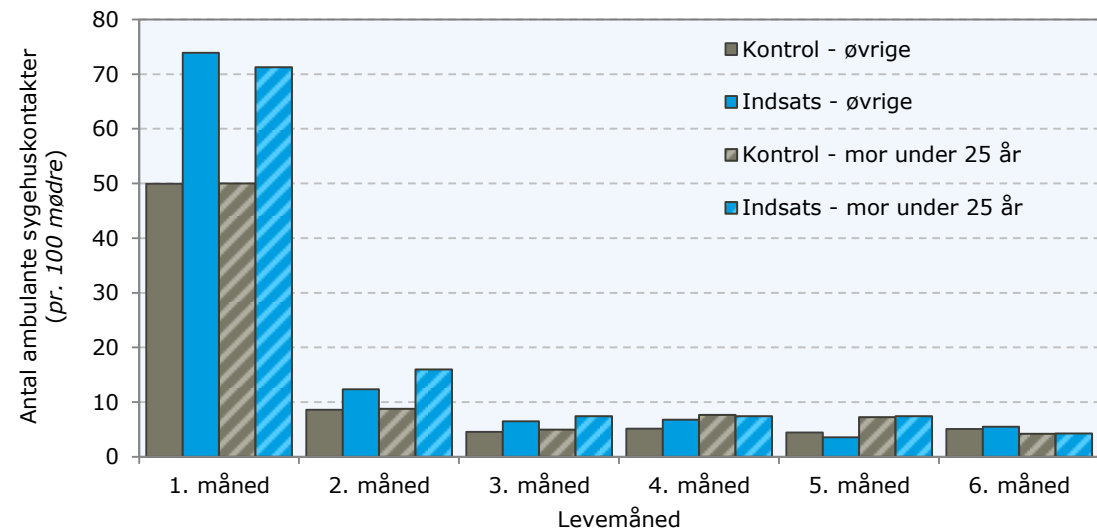
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 1. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, 2. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.131, 3. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.128, 4. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.127, 5. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.124, 6. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.121.

Indsats- og kontrolgruppen er her opdelt efter om de er førstegangsførelde eller flergangsførelde. Det ses, at det ikke ændrer på det overordnede billede. Således er der signifikant forskel mellem indsats- og kontrolfamilier i den første måned efter fødslen, uagtet om de er førstegangsmødre eller har flere børn.

For flergangsmødre ses signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolfamilier i 2. og 3. måneder efter fødslen.

Morens ambulante sygehuskontakter opdelt på alder



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: 1. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.133, 2. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.131, 3. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.128, 4. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.127, 5. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.124, 6. måned: indsatsgruppe=711, kontrolgruppe=2.121.

Der er signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppe for mødre under 25 år og øvrige mødre i første måned efter fødslen. I anden måned efter fødslen er forskellen kun signifikant for øvrige mødre.

Efter de første to levemåned er der ingen signifikante forskelle på tværs af indsats- og kontrolfamilier uanset mødrenes alder

EFFEKTANALYSE – FORÆLDRES ARBEJDSFRAVÆR PGA. BARN SYG

1	Sandsynlighed for samlivsbrud
2	Barnets forbrug af sundhedsydelse
3	Morens forbrug af sundhedsydelse
4	Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
5	Længden af morens barsel

Introduktion til delkapitel

De fleste sygdomme hos småbørn kræver ikke professionel behandling og opfanges derfor ikke i hverken registrene for praksissektoren eller sygehusvæsenet. Danske lønmodtagere med børn er derimod berettiget til fravær med løn for (mindst) barnets første sygedage. Derfor kan fraværstatistikken anvendes til indirekte at belyse barnets sundhedstilstand.

I det følgende afsnit ser vi nærmere på de mulige effekter af deltagelse i indsatsen på hhv. farens og morens fravær som følge af barnets sygdom. Konkret forsøger vi at svare på spørgsmålet:

- *Bidraget indsatsen til at ændre forældrenes fravær, som skyldes barnets sygdom?*

Effektparameter:

- **Antal fraværsdage fra arbejde forårsaget af barnets sygdom:** Antallet af fraværsdage, hvor barnets sygdom er angivet som årsag, er opgjort på baggrund af fraværregistret, som primært dækker lønmodtager i den statslige-, kommunale- og regionale sektor. Fraværstatistikken er derfor forbundet med en del usikkerhed, da den hverken dækker hele forældre- eller lønmodtagerpopulation. Effektparameteren er heller ikke i stand til at opfange fejlregistret fravær, fx børnesygedage registeret som egen sygdom. Det er heller ikke muligt at knytte fravær til et konkret barn. Derfor må forældre med flere børn antages at have et højere fravær. For indsatsfamilier med flere børn er det endvidere ikke muligt at tage højde for, om fraværet knytter sig til sygdom hos indsatsbarnet eller hos en søskende.

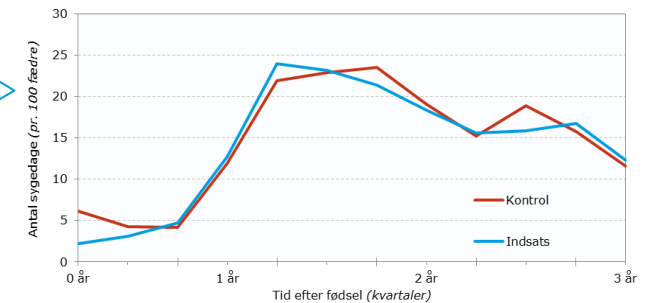
Opbygning:

Indledningsvis ser vi på arbejdsfravær for hhv. indsatsgruppen og kontrolgruppen samlet, hvorefter vi ser på udviklingen for følgende familiesegmenter:

- *Mødre giftede med faren og ikke giftede mødre*
- *Førstegangsfødende og flergangsmødre*

Læsevejledning til figurer

Vi illustrerer antal tabt arbejdsdage ved hjælp af kurve-diagrammer, der angiver antallet af fraværsdage pr. 100 fædre/mødre i et givet kvartal.



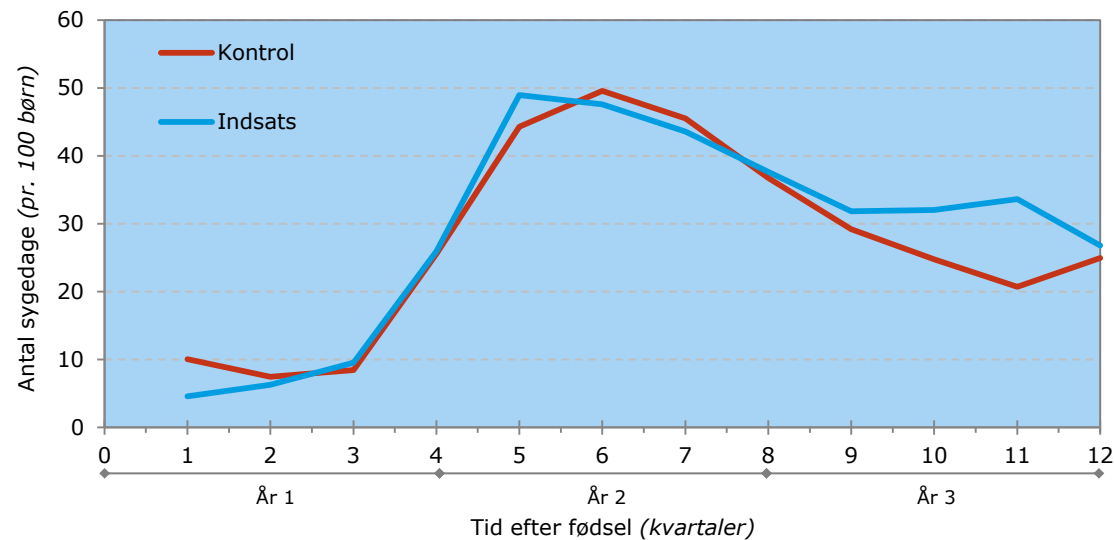
Vær opmærksom på, at antal tabte arbejdsdage er opgjort kvartalvis i tre år fra fødslen for faren og kun fra 4. kvartal for moren. Dette skyldes at næsten ingen mødre har arbejdsfravær i de første 3 kvartaler, da de endnu ikke er vendt tilbage til arbejde fra barslen.

INGEN EFFEKT PÅ ANTALLET AF FRAVÆRSDAGE SOM FØLGE BARN SYG

EFFEKTANALYSE – FORÆLDRES ARBEJDSFRAVÆR PGA. BARN SYG

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Farens arbejdsfravær pga. barn syg

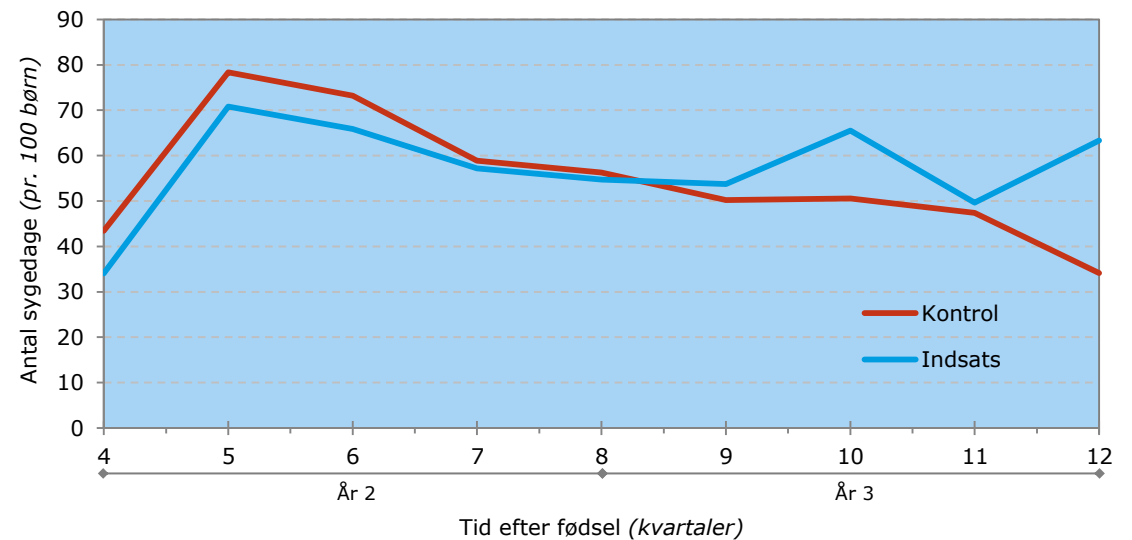


Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=343, kontrolgruppe=947, år 2: indsatsgruppe=324, kontrolgruppe=912, år 3: indsatsgruppe=138, kontrolgruppe=385.

Antal sygedage varierer signifikant på tværs af fædre i indsats- og kontrolgruppen i 1. og 11. kvartal. Således har fædre i indsatsgruppen signifikant færre sygedage i 1. kvartal sammenlignet med fædre i kontrolgruppen. Omvendt ses det, at fædre i indsatsgruppen har signifikant flere sygedage i 11. kvartal. Hverken i de resterende kvartaler eller samlet set over perioden findes der signifikant forskel i antal sygedage mellem indsats- og kontrolgruppen.

Morens arbejdsfravær pga. barn syg



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=455, kontrolgruppe=1.343, år 2: indsatsgruppe=433, kontrolgruppe=1.286, år 3: indsatsgruppe=188, kontrolgruppe=566.

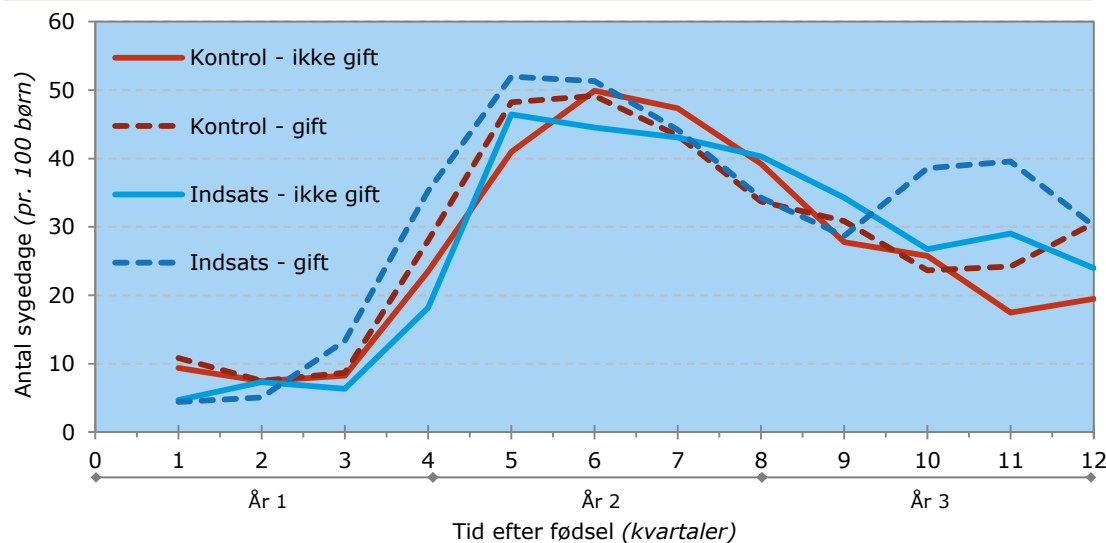
Der ses ingen signifikante forskelle i antal sygedage mellem mødre i indsats- og kontrolgruppen hverken i de enkelte kvartaler eller samlet set over hele perioden.

INGEN EFFEKT PÅ ANTALLET AF FRAVÆRSDAGE SOM FØLGE BARN SYG

EFFEKTANALYSE – FORÆLDRES ARBEJDSFRAVÆR PGA. BARN SYG

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Morsens forbrug af sundhedsydelse
- 4 **Forældres arbejdsfravær pga. barn syg**
- 5 Længden af morsen børsel

Farens arbejdsfravær pga. barn syg opdelt på civilstand



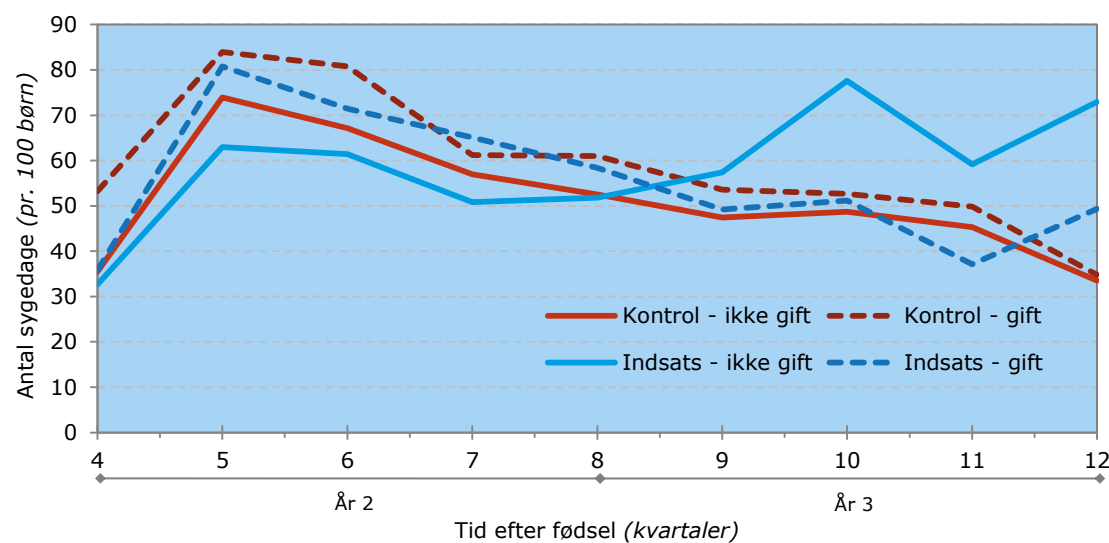
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=343, kontrolgruppe=947, år 2: indsatsgruppe=324, kontrolgruppe=912, år 3: indsatsgruppe=138, kontrolgruppe=385.

For ikke giftede fædre er der ingen signifikant forskel i antal sygedage mellem indsats- og kontrolgruppen.

Blandt giftede fædre ses signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppen i 10. kvartal efter barnets fødsel. Her har giftede fædre i indsatsgruppen signifikant flere sygedage end fædre i kontrolgruppen. Hverken i de resterende kvartaler eller samlet set over hele perioden er denne forskel dog signifikant.

Morens arbejdsfravær pga. barn syg opdelt på civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=455, kontrolgruppe=1.343, år 2: indsatsgruppe=433, kontrolgruppe=1.286, år 3: indsatsgruppe=188, kontrolgruppe=566.

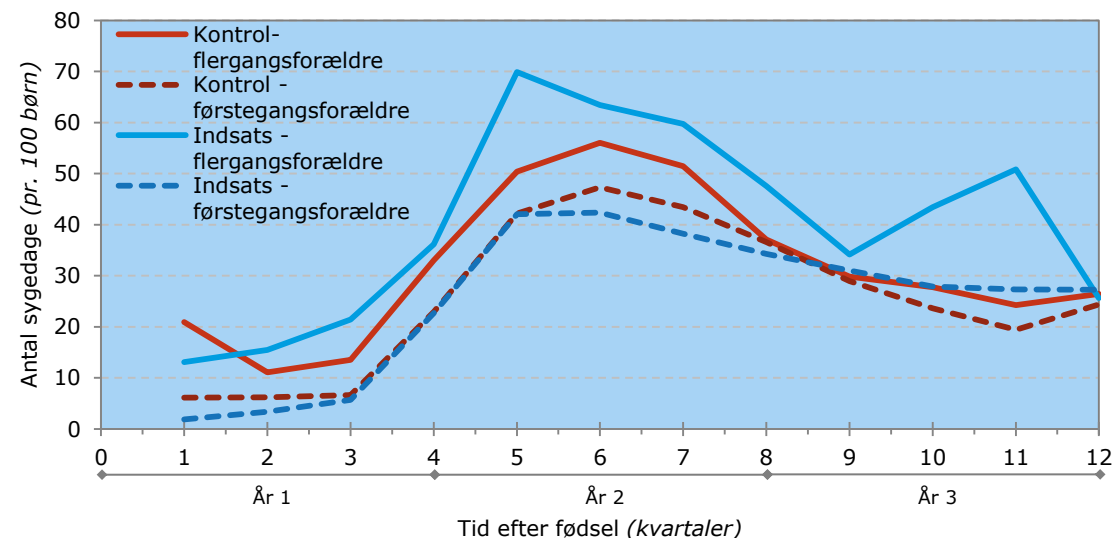
For hverken giftede eller ikke giftede mødre finder vi nogen signifikant forskel i antallet af fraværsgange mellem indsats- og kontrolgruppen.

INGEN EFFEKT PÅ ANTALLET AF FRAVÆRSDAGE SOM FØLGE BARN SYG

EFFEKTANALYSE – FORÆLDRES ARBEJDSFRAVÆR PGA. BARN SYG

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Morsens forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morsens barsel

Farens arbejdsfravær pga. barn syg opdelt på første- og flergangsførelde



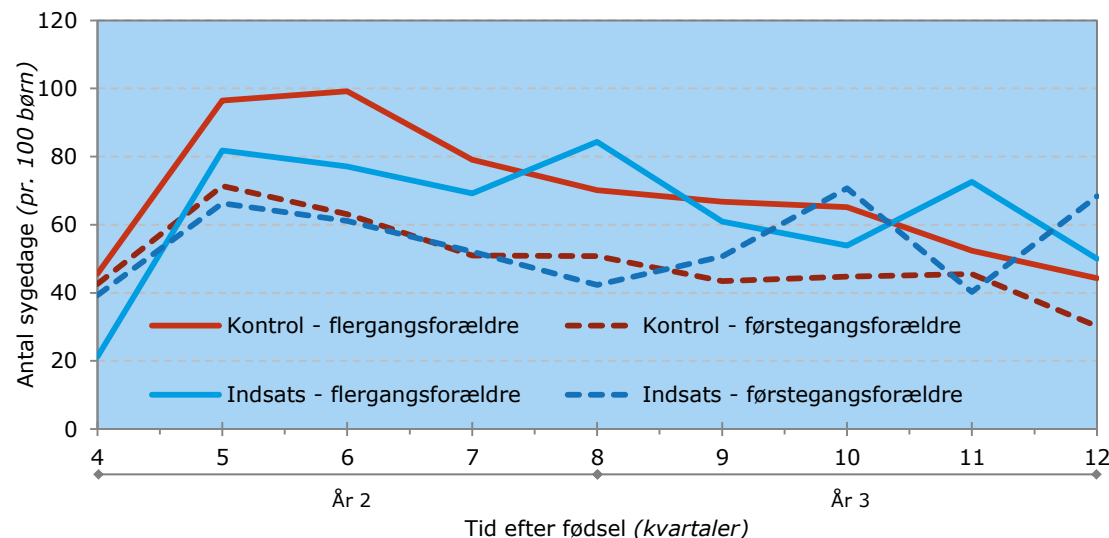
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=343, kontrolgruppe=947, år 2: indsatsgruppe=324, kontrolgruppe=912, år 3: indsatsgruppe=138, kontrolgruppe=385.

For førstegangsførelde er forskellen i sygedage mellem indsats- og kontrolgruppen kun signifikant i 1. kvartal efter fødslen. I de resterende kvartaler eller samlet set over perioden ses ingen signifikante forskelle.

Blandt flergangsførelde er der ingen signifikant forskel i fraværet mellem indsats- og kontrolgruppen indtil 11. måned, hvor antallet af fraværdsdage stiger i indsatsgruppen. Set over hele perioden samlet er fædres fravær dog signifikant højere blandt indsatsfamilier med flere børn end i kontrolgruppen.

Morens arbejdsfravær pga. barn syg opdelt på første- og flergangsførelde



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 1: indsatsgruppe=455, kontrolgruppe=1.343, år 2: indsatsgruppe=433, kontrolgruppe=1.286, år 3: indsatsgruppe=188, kontrolgruppe=566.

For flergangsførelde ses der et lavere antal fraværdsdage for mødre i indsatsgruppen i to kvartaler, 4. og 6. kvartal, sammenlignet med mødre i kontrolgruppen. I ingen af de øvrige kvartaler er forskellene signifikante. Samlet set over hele perioden falder forskellen dog lige inden for grænsen for signifikans.

For fravær blandt førstegangsførelde mødre er der ingen signifikant forskel mellem indsats- og kontrolgruppen.

EFFEKTANALYSE – LÆNGDEN AF MORENS BARSEL

1	Sandsynlighed for samlivsbrud
2	Barnets forbrug af sundhedsydelse
3	Morens forbrug af sundhedsydelse
4	Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
5	Længden af morens barsel

Introduktion til delkapitel

I det følgende afsnit ser vi nærmere på de mulige effekter af deltagelse i indsatsen på længden af morens barsel. Konkret forsøger vi at svare på spørgsmålet:

- *Påvirker indsatsen hvor længe moren holder barsel med barnet?*

Effektparameter:

- *Andel af mødre på barselsdagpenge:* Andelen af mødre på barsel opgøres ugevis fra fødslen og et år frem. Barsel defineres ud fra modtagelse af barselsdagpenge i den pågældende uge. Hvis andelen af mødre fra indsatsgruppen er lavere sammenlignet med mødre i kontrolgruppen, svarer det til at indsatsmødre har en kortere barselsvarighed.

Opbygning:

Først sammenligner vi udviklingen i mødrenes barselslængde for hhv. indsatsgruppen og kontrolgruppen samlet, hvorefter vi ser på udviklingen for følgende familiesegmenter:

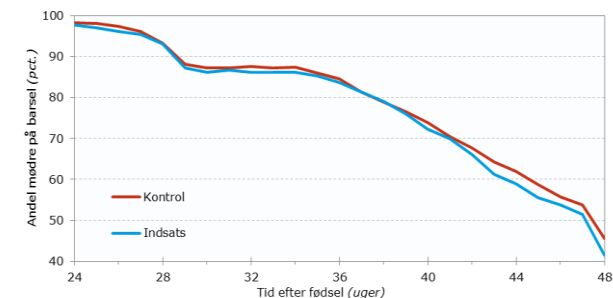
- *Mødre gifte med faren og ikke gifte mødre*
- *Førstegangsfødende og flergangsmødre*
- *Mødre under 25 år og øvrige mødre*

Afgrænsning:

Ikke alle mødre modtager barselsdagpenge efter en fødsel. Den største gruppe af mødre, som ikke modtager barselsdagpenge, er kontanthjælpsmodtagere og studerende. Analysen er derfor afgrænset til mødre, som første uge efter fødslen modtager barselsdagpenge.

Læsevejledning til figurer

Længden af morens barsel er illustreret ved hjælp af en *overlevelseskurve*, som viser andelen af mødre, som stadig er på barsel, over tid. Hvis andelen af mødre på barsel for indsatsgruppen ligger under kurven for kontrolgruppen, tolkes den, som at indsatsgruppen har kortere barsel.



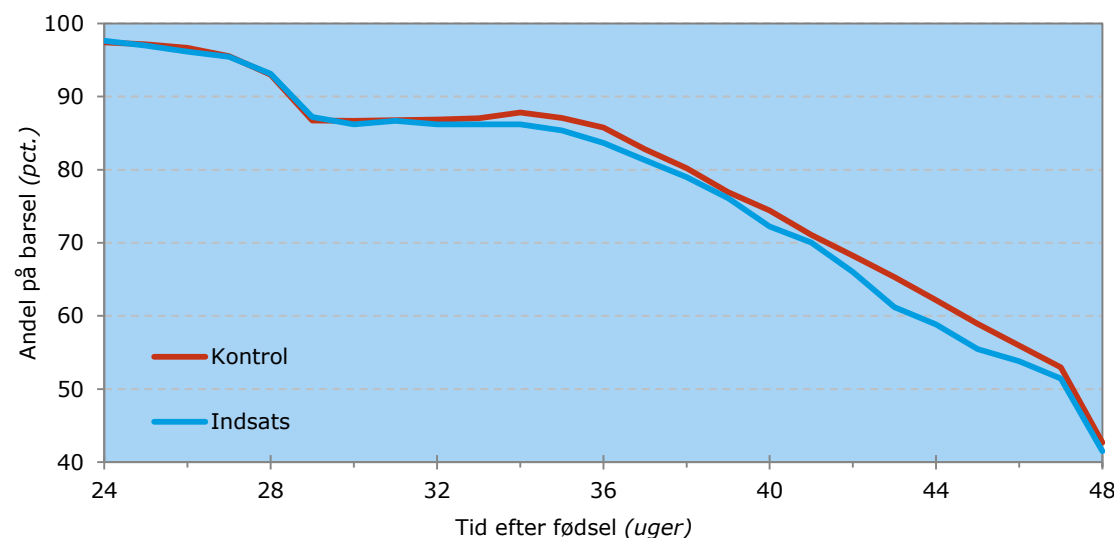
Andel af mødre på barsel følges over perioden fra den 24. uge efter fødslen til den 48. uge. Inden uge 24 er stort set alle mødre stadig på barsel, og efter uge 48 går andelen drastisk ned.

LIDT FÆRRE MØDRE I INDSATSGRUPPEN ER PÅ BARSEL OMKRING 10. MÅNED

EFFEKTANALYSE – LÆNGDEN AF MORENS BARSEL

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Andel af mødre på barsel over tid



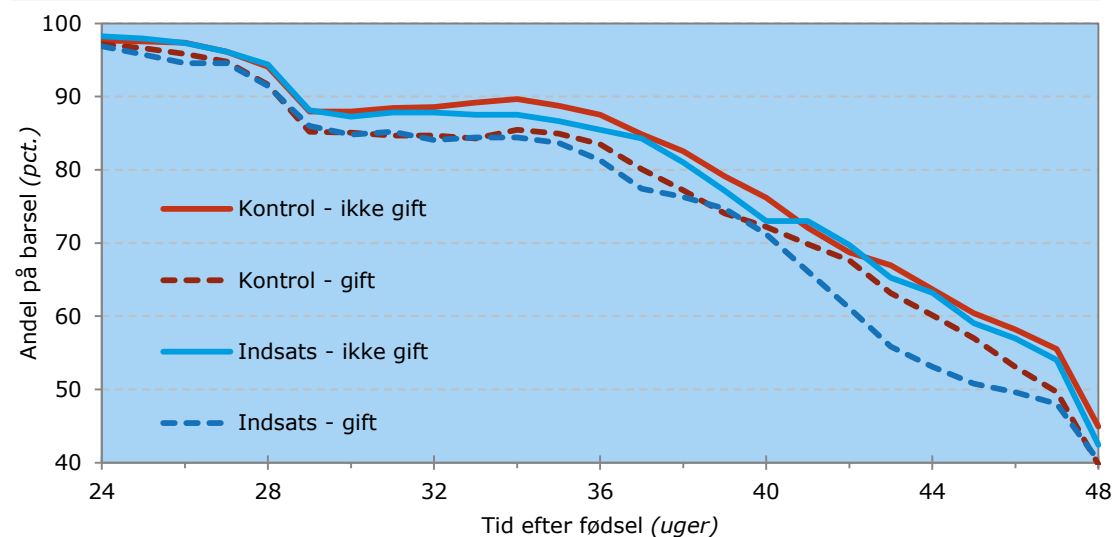
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 2: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 3: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 4: indsatsgruppe=593, kontrolgruppe=1.741.

Der ses signifikant forskel i andel af mødre, der er på barsel efter de første 33 uger (ca. 7,6 måneder) af barnets liv. Fra uge 33 og frem til uge 48 (ca. 11 måneder) er der en stigende (men stadig ikke signifikant) forskel, således at andelen er højere for mødre i kontrolgruppen.

Mellem uge 42 og 45 (ca. 9,7-10,4 måned) er der i gennemsnit 3,3 pct.point flere mødre i indsatsgruppen, der har afbrudt deres barsel, sammenlignet med mødre i kontrolgruppen. Denne forskel toppes i uge 43 (ca. 10 måneder), som er den eneste uge, hvor forskellen er signifikant.

Andel af mødre på barsel opdelt på civilstand



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 2: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 3: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 4: indsatsgruppe=593, kontrolgruppe=1.741.

Vi finder ingen signifikante forskelle mellem deltagelse i familieprogrammet og barselslængde for ikke giftede mødre.

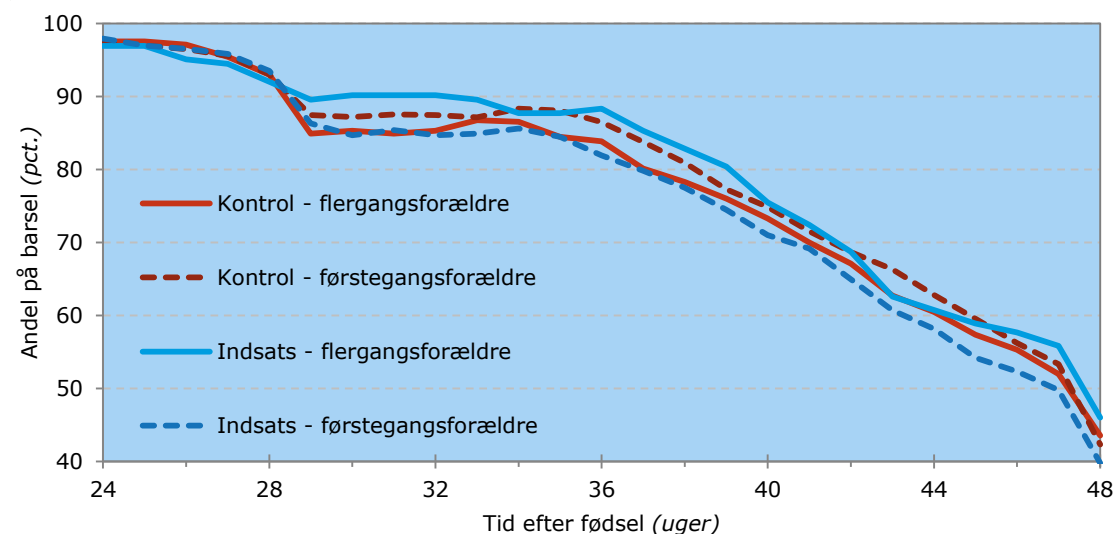
For giftede mødre finder vi en signifikant lavere barselsandel i indsatsgruppen ift. kontrolgruppen fra uge 42 til og med uge 45 (ca. 9,7-10,4 måned). I denne periode er der i gennemsnit 6,8 pct.point flere mødre i indsatsgruppen, der har afbrudt deres barsel, end mødre i kontrolgruppen.

LIDT FÆRRE MØDRE I INDSATSGRUPPEN ER PÅ BARSEL OMKRING 10. MÅNED

EFFEKTANALYSE – LÆNGDEN AF MORENS BARSEL

- 1 Sandsynlighed for samlivsbrud
- 2 Barnets forbrug af sundhedsydelse
- 3 Morens forbrug af sundhedsydelse
- 4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg
- 5 Længden af morens barsel

Andel af mødre på barsel for første- og flergangsførelde



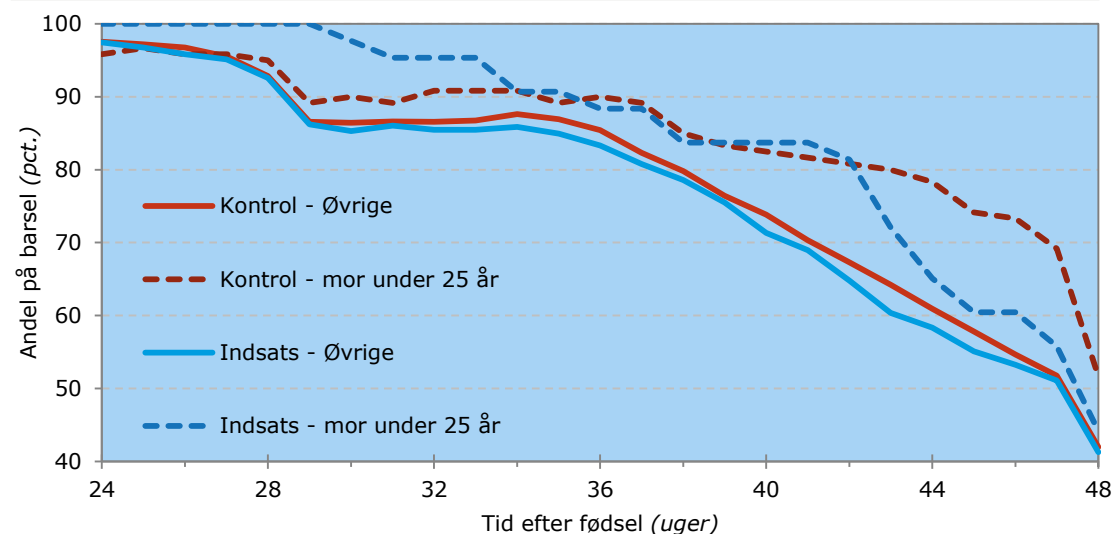
Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 2: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 3: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 4: indsatsgruppe=593, kontrolgruppe=1.741.

Vi finder ingen signifikante forskelle i barselsandelen mellem indsats- og kontrolgruppen i de første 28 uger (6,5 måneder) for hverken første- eller flergangsførelde. Fra uge 29 ser vi derimod, at mødre i indsatsgruppen har overordnet højere barselsandel blandt flergangsmødre (dvs. længere barsel) og en overordnet lavere barselsandel blandt førstegangsfødende (dvs. kortere barsel) – sammenlignet med mødre i kontrolgruppen.

For flergangsførelde er denne forskel signifikant mellem uge 30 og 32. For førstegangsfødende er forskellen signifikant ugerne 35-37 og i ugerne 43-45.

Andel af mødre under 25 år på barsel



Kilde: Rambølls beregninger på baggrund af Danmarks Statistiks registre.

Note: Antallet af observationer, som ligger til grund for de enkelte punktnedslag er som følger: år 2: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 3: indsatsgruppe=594, kontrolgruppe=1.741, år 4: indsatsgruppe=593, kontrolgruppe=1.741.

For mødre under 25 år ses signifikant højere andel mødre på barsel fra uge 24 til 31 blandt indsatsgruppen. Dvs., at relativt færre af de mødre under 25 år i indsatsgruppen afbryder deres barsel inden for de første ca. 7 måneder sammenlignet med mødre i kontrolgruppen.

Fra uge 43 til 48 ses der for de under 25-årige mødre et væsentligt højere barselsandel blandt kontrolgruppen. Denne forskel er dog ikke signifikant, sandsynligvis som følge af det lave antal observationer.

Vi finder ingen signifikante forskelle blandt mødre, der er 25 år eller over.

4

ILLUSTRATIVE BEREGNINGER AF GEVINSTER

DIREKTE OFFENTLIGE UDGIFTER VED SAMLIVSOPHØR

ILLUSTRATIV BEREGRNING AF DE POTENTIELLE BESPARELSER

Når børnefamilier rammes af skilsmisse eller samlivsbrud, har det ikke kun følelsesmæssige påvirkninger af forældre og børn, men medfører ofte en økonomisk omkostning for såvel parterne som for samfundet. De samfundsmæssige omkostninger kan bestå af både *direkte omkostninger*, der opstår som direkte konsekvens af skilsmisse/samlivsbrud:

- Fx øget offentlige støtte og ydelser til enlige

og *afledte effekter*, der har indirekte påvirkning, som følge af ændret adfærd, herunder:

- dårligere sundhed og kortere forventet levetid for børn og voksne
- lavere løn eller højere ledighed
- lavere uddannelsesniveau for børnene

I den følgende illustrative beregning ser vi udelukkende på de direkte omkostninger for de offentlige udgifter ved samlivsbrud. Således kan de samlede samfundsomkostninger være væsentlig højere end her beregnet.

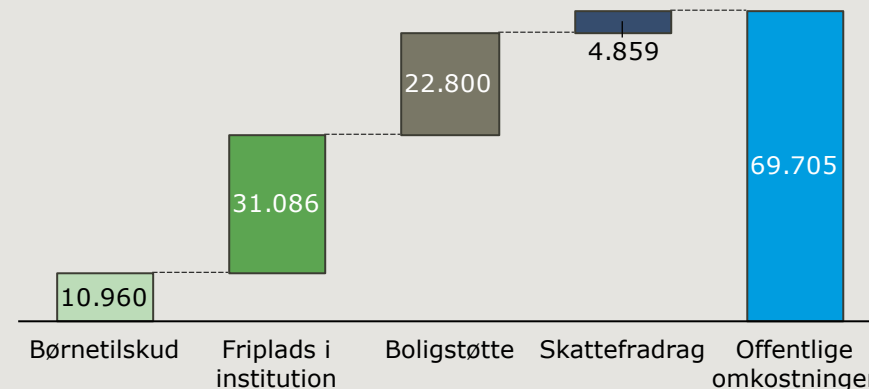
Vores beregninger viser, at et samlivsbrud koster staten **69.700 kr.** i øgede udgifter pr. år.

Vi har tidligere vist, at deltagelse i forældreprogrammet har en potentiel effekt svarende til en gennemsnitlig reduktion af samlivsbrud på 2,6 pct.point for de gifte forældre. Dette svarer således til en potentiel besparelse på godt **1.800 kr. pr. gift forældrepar**. Hvis indsatsen havde omfattet fx alle 58.205 nyfødte i 2015, hvoraf 56 pct. havde gifte forældre, ville den samlede besparelse af offentlige udgifter udgøre minimum **59,1 mio. kr.**

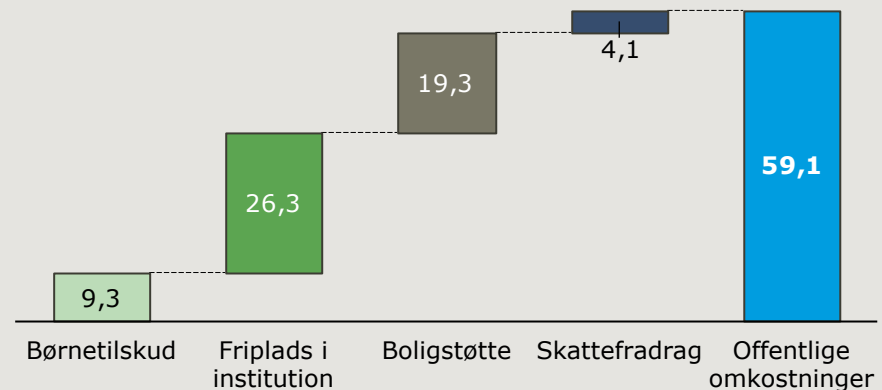
Forudsætninger for beregningen:

- Reelt enlig forsørger med 1 barn
- Gennemsnitlig indkomst efter skilsmisse på 298.785 kr. om året, husstandsindkomst før skilsmisse på 597.570 kr. om året, før skat
- Den enlige forsørger bor til leje med en husleje på ca. 7.000 kr. om måneden
- Vuggestueplads i København med fripladstilskud på 75 pct.
- Børnebidragsyder har en indkomst på 298.785 kr. om året, en gennemsnitlig skatteprocent på 35 pct., og får fradrag for børnebidraget
- Der betales normalbidrag i børnebidrag fra den anden forælder på 1.307 kr. pr. måned.

Figur: Offentlige udgifter ved skilsmisse/ samlivsophør pr. familie, kr.



Figur: Potentiel besparelse af offentlige udgifter ved reduktion af samlivsbrud, mio. kr.



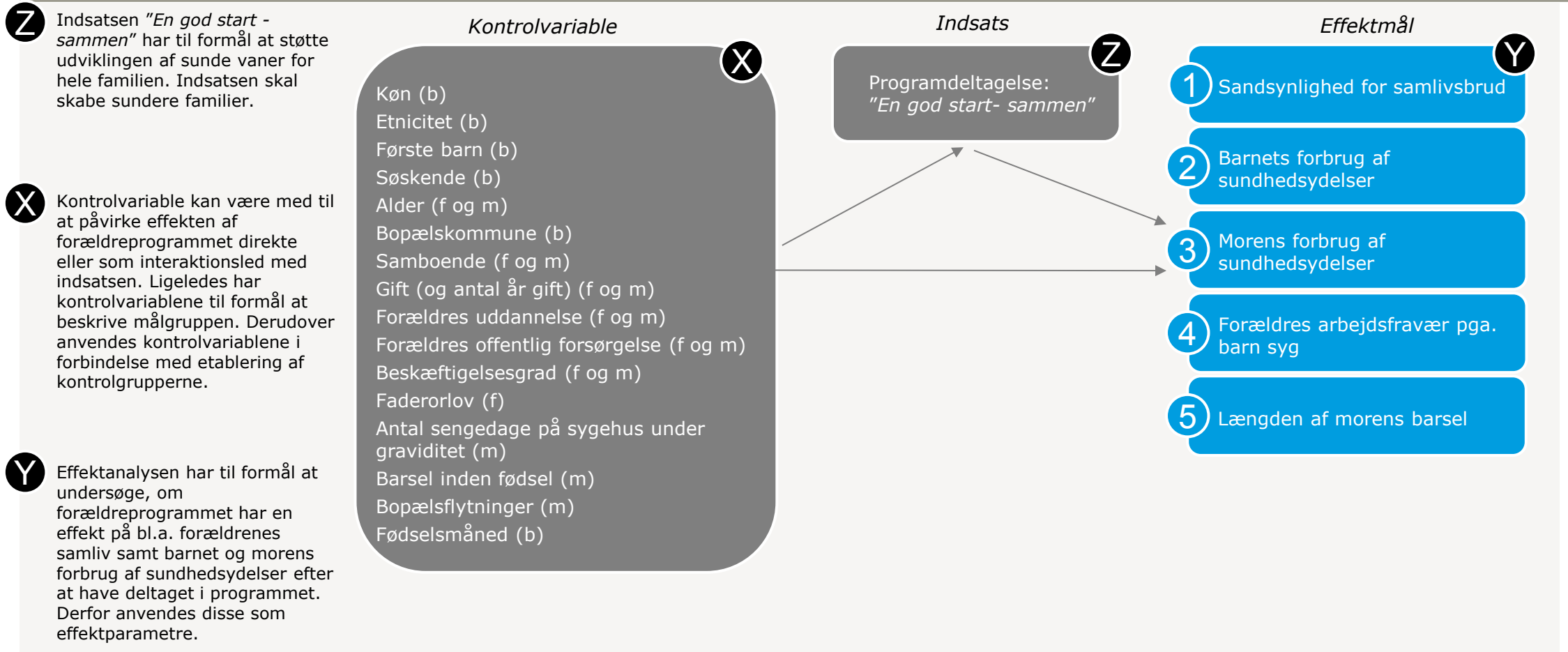
A

METODEAPPENDIKS

KAUSALMODEL

ANALYSERNE BYGGES OP PÅ BAGGRUND AF EN KAUSALMODEL

Hvert element i kausalmodellen forklares i det følgende



(b) = vedrører barnet (f) = vedrører faren (m) = vedrører moren

Køn (b)	Etnicitet (b)	Første barn (b)	Sæson (b)	Alder (f og m)	Bopælskommune (b)	Samboende (f og m)	GFR (og antal år gfr) (f og m)	Forældres uddannelsesniveau (f og m)	Forældres offentlig forsørgelse (f og m)	Fæderlighed (f)	Antal søngedage på sygehus under graviditet (m)	Barnet inden fødsel (m)	Bopælsforretninger (m)	Fødselsmåned (b)
Programdeltagelse: "En god start - sammen"														
1 Sandsynlighed for samlivsbrud														
2 Samnets forbrug af sundhedsydelser														
3 Morsens forbrug af sundhedsydelser														
4 Forældres arbejdsfravær pga. barn syg														
5 Længden af morsens barsel														

En god start – sammen

"En god start - sammen" er et forældreuddannelsesprogram med udgangspunkt i tilknytnings- og netværksteori samt støtte til udvikling af sunde vaner for hele familien. Programmet havde til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgsevne og handlegenetiser med henblik på at etablere tryk tilknytning mellem barn og forældre samt udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien. Programmet består af 11 mødegange og begynder i graviditeten. Forældreuddannelsesprogrammet blev gennemført i 10 kommuner.

Målgruppen var alle kommende forældre i hele eller dele af kommunen og varede i ca. 3 år. Effekten, som kan variere på tværs af børn og familier, blev målt samlet set for alle deltagerkommuner.

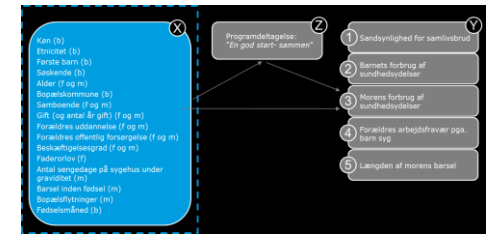
Effekten kan variere på tværs af børn/familier

Da indsatsen blev tilbudt til alle kommende forældre i deltagerkommunerne, vil der være stor forskel på familiernes socioøkonomiske karakteristika hvad angår eksempelvis familieforhold, forældrenes uddannelse, beskæftigelsesgrad, helbred mv. Derfor vil effekten af "En god start – sammen" blive analyseret 1) samlet set for alle deltagere og 2) på tværs af familietyper. Til at identificere de forskellige familietyper, anvendes en *klyngeanalyse* på tværs af kommunerne, der har til formål at inddele familierne i segmenter, så hver af de identificerede familiegrupper er homogene på udvalgte socioøkonomiske baggrundsvariable og derved ligner hinanden.



KONTROLVARIABLE

VARIABLE SOM BESKRIVER BØRN OG FORÆLDRE I MÅLGRUPPERNE



Forældreprogrammet blev tilbudt til kommende forældre. Udover at familierne var karakteriseret ved at have småbørn, var der stor forskel på familiernes socioøkonomiske sammensætning. I analyserne inddrages derfor adskillige variable for at kontrollere for familiernes forskelligheder.

For det første inddrages kontrolvariablene til at beskrive målgrupperne i programmet.

For det andet skal kontrolvariablene være med til at påvise effekten af forældreprogrammet. Da der kan være stor forskel på børnenes- og forældrenes sammensætning, inddrages kontrolvariable i form af socioøkonomiske og demografisk karakteristika, da de kan være med til at påvirke effekten af forældreprogrammet.

For det tredje skal målgruppebeskrivelserne og segmenteringen sammen med kontrolvariablene bruges i forbindelse med etableringen af kontrolgrupper via *propensity score matching*. Etableringen af kontrolgrupper uddybes på side 46.

Der er anvendt en hypotesedrevet tilgang til valget af kontrolvariable, således at der først er dannet en bruttoliste af kontrolvariable, som forventes at have en betydning for deltagelsen i forældreprogrammet og udfaldet i effektmålene. Disse variable er alle testet i forhold til deres anvendelighed i analysen. De anvendelige variable indgår i første del af matchingen, som skal sikre at alle disse variable er ens fordelt i indsats- og kontrolgruppen. De variable, som i den første del af matchingen ikke har betydning for deltagelsen, udgår af den endelige del af matchingen for at undgå multikollinearitet og styrke det endelige valg af kontrolfamilier.

Afprøvede variable

Køn (b)
 Herkomst (b)
 Første barn (b)
 Søskende (b)
 Alder (f og m)
 Bopælskommune (b)
 Samboende (f og m)
 Gift (og antal år gift) (f og m)
 Uddannelse (f og m)
 Offentlig forsørgelse (f og m)
 Beskæftigelsesgrad (f og m)
 Faderorlov (f)
 Antal sengedage på sygehuset under graviditet (m)
 Antal flytninger, mor
 Barsel inden fødsel (m)
 Bopælsflytninger (m)
 Fødselsmåned (b)
 Fødselsdepression (m)
 Kontakt med psykiatrien (m)

Følgende variable er alle afprøvet som potentielle forklarende variable i matchingen

Udvalgte anvendelige variable

Køn (b)
 Etnicitet (b)
 Første barn (b)
 Søskende (b)
 Alder (f og m)
 Bopælskommune (b)
 Samboende (f og m)
 Gift (og antal år gift) (f og m)
 Uddannelse (f og m)
 Offentlig forsørgelse (f og m)
 Beskæftigelsesgrad (f og m)
 Faderorlov (f)
 Antal sengedage på sygehuset under graviditet (m)
 Barsel inden fødsel (m)
 Bopælsflytninger (m)
 Fødselsmåned (b)

Følgende variable kunne alle anvendes og indgår derfor i den første del af matchingen, der skal sikre at alle disse variable er ens fordelt i indsats- og kontrolgruppen

Matchede variable

Etnicitet (b)
 Første barn (b)
 Søskende (b)
 Alder (m)
 Bopælskommune (b)
 Samboende (f og m)
 Gift (f og m)
 Uddannelse (f og m)
 Beskæftigelsesgrad (m)
 Faderorlov (f)
 Antal sengedage på sygehuset under graviditet (m)
 Barsel inden fødsel (m)
 Fødselsmåned (b)

På baggrund af den første del af matchingen udvælges de variable, der har betydning for deltagelsen i forældreprogrammet, dvs. ikke er ens fordelt. Disse variable anvendes i den endelige del af matchingen.

(b) = vedrører barnet

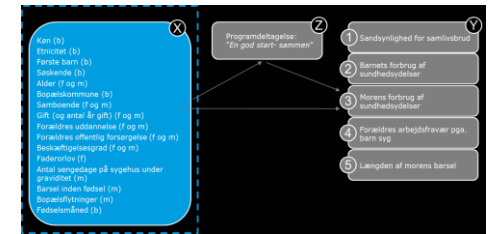
(f) = vedrører faren

(m) = vedrører moren

På næste side (s. 44) findes en oversigt over alle afprøvede og anvendte kontrolvariable (inkl. forskellige variationer af de samme variable) med tilhørende definitioner og en markering for anvendelsen.

KONTROLVARIABLE

VARIABLE SOM BESKRIVER BØRN OG FORÆLDRE I MÅLGRUPPERNE



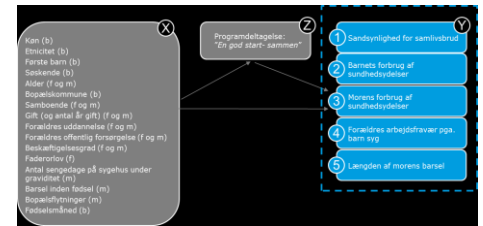
Variabel	Beskrivelse	Kunne anvendes	Matching, del 1	Matching, del 2
Køn (b)	Angiver barnets køn	X	X	-
Herkomst (b)	Angiver barnets herkomst. Kun danskfødte børn indgår i analysen. Anvendt Danmark Statistiks definition af efterkommere: ingen af forældrene er både født i dansk og har dansk statsborgerskab.	X	X	X
Søskende (b)	Angiver antal hjemmeboende søskende i familien.	X	X	X
Første barn (b)	Dummy for ingen hjemmeboende søskende i familien.	X	X (tvunget)	X (tvunget)
Alder (m of f)	Forældres alder på fødselstidspunktet som kontinuertvariabel eller dummy for at moren er under 25 år på fødselstidspunktet	X	X	X (kun mor)
Bopælskommune (b)	Opdeling af landets 98 kommuner på 16 yderkommuner, 30 landkommuner, 17 mellemkommuner og 35 bykommuner efter definition fra Center for Landdistriktsforskning (2014) <i>Landdistrikternes befolknings- og beskæftigelsesudvikling</i> .	X	X	X
Samboende (f og m)	Forældre har samme bopælsadresse på fødselstidspunktet.	X	X (tvunget)	X (tvunget)
Gift (f og m)	Forældrene er gift på fødselstidspunktet.	X	X	X
Antal år gift (f og m)	Antal år forældrene har været gift på fødselstidspunktet.	X	X	-
Uddannelse (f og m)	Forældres højest fuldførte uddannelse opgjort primo fødselsåret. Fem kategorier: <i>grundskole, ungdomsuddannelse, kort eller mellemlang videregående uddannelse, lang videregående uddannelse</i> og <i>ukendt</i> .	X	X	X (kun mor)
Offentlig forsørgelse (m)	Andel uger i året op til graviditet (sat til 40 uger inden fødsel), hvor der er udbetalt offentlige forsørgelsesydelse.	X	X	-
Offentlig forsørgelse (f)	Andel uger i året op til fødslen, hvor der er udbetalt offentlige forsørgelsesydelse.	X	X	-
Beskæftigelsesgrad (m)	Andel uger i året op til graviditet (sat til 40 uger inden fødsel), hvor moren er i beskæftigelse.	X	X	-
Beskæftigelsesgrad - bred (m)	Andel uger i året op til graviditet (sat til 40 uger inden fødsel), hvor i moren er beskæftigelse eller under uddannelse.	X	X	X
Beskæftigelsesgrad (m)	Andel uger i året op til fødslen, hvor faren er i beskæftigelse.	X	X	-
Beskæftigelsesgrad - bred (f)	Andel uger i året op til fødslen, hvor faren er i beskæftigelse eller under uddannelse	X	X	-
Barsels inden fødsel (m)	Andel af de seneste 40 uger op til fødslen, hvor der er udbetalt barseldagpenge	X	X	-
Fædreorlov (f)	Faren modtager barseldagpenge i mindst 2 ud af de første 4 uger efter fødslen	X	X	-
Antal sengedage i graviditeten	Antal dage på sygehus i 40 uger op til fødsel. Ambulante sygehuskontakter tæller som en sengedag.	X	X	X
Antal flytninger (m)	Antal bopælsændringer i de seneste 3 år op til fødslen	X	X	-
Fødselsmåned (b)	Barnets fødselsmåned	X	X	X
Fødselsdepression (m)	Mors diagnosticeret med depression (inkl. bi-diagnoser) i perioden 4 uger op til og 6 uger efter fødsel.	Nej, for få obs.	-	-
Kontakt med psykiatrien (m)	Antal kontakter til den psykiatriske sygehusvæsen for moren i graviditetsperioden (40 uger op til fødsel)	Nej, for få obs.	-	-

(b) = vedrører barnet

(f) = vedrører faren

(m) = vedrører moren

SUNDHEDSYDELSER OG SKILSMISSE ANVENDES SOM EFFEKTMÅL

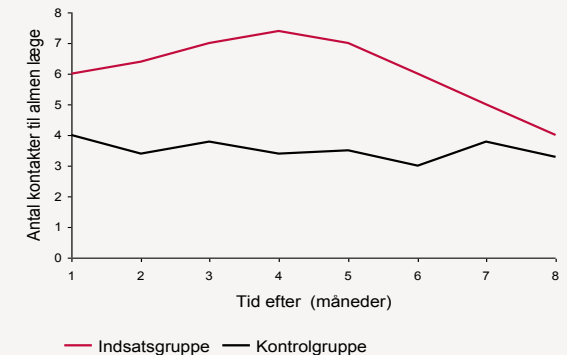


Formålet med forældreprogrammet har været at støtte og udvikle forældrenes omsorgsevne og handlekompeterer med henblik på at etablere tryk tilknytning mellem barn og forældre samt udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien. Effektanalyserne har derfor til formål at undersøge, om forældreprogrammet og dets afledte effekt har haft betydning for børnenes sundhed og familiens stabilitet. Til undersøgelsen anvendes følgende fem effektmål, som beskrives i det følgende.

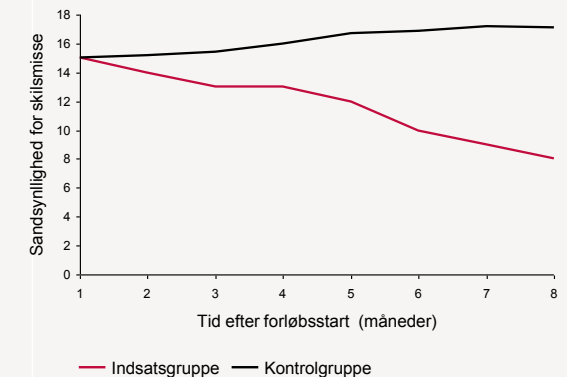
1. *Sandsynlighed for samlivsbrud*: Det første effektmål er sandsynligheden for skilsmisse eller brud mellem forældrene.
2. *Barnets forbrug af sundhedsydelse*: Det andet effektmål er børnenes forbrug af sundhedsydelse. Forbruget af sundhedsydelse siger noget om forældrenes bevidsthed om deres barns sundhed. I analysen ses der konkret på forbruget af sundhedsydelse inden for hhv. sygehusvæsenet og praksissektoren, også hvad angår de forebyggende helbredsundersøgelser.
3. *Morens forbrug af sundhedsydelse*: Næste effektmål er morens forbrug af sundhedsydelse i sygehussektoren i året efter fødslen.
4. *Forældrenes fravær pga. barnets sygdom*: Det fjerde effektmål er omfanget af fravær som følge af børns sygdom. Fravær kan betragtes som et mål for barnets sundhedstilstand, der ikke kræver behandling, og derfor ikke opfanges af *forbrug af sundhedsydelse*.
5. *Længden af barsel*: Det sidste effektmål ser på, om deltagelse i forældreprogrammet påvirker forældrenes adfærd ift. længde af barsel.

Forbrug af sundhedsydelse

Forbruget af sundhedsydelse dækker både over kontakt til almen, psykiatri og det regionale sygehusvæsen, herudover også indlæggelser.

*Eksempel:**Antal kontakter til sygehusvæsenet**Sandsynlighed for samlivsbrud*

Effektmålet opgøres som sandsynlighed for at forældrene efter opstart i programmerne flytter fra hinanden.



ETABLERING AF KONTROLGRUPPE MATCHING VIA PROPENSITY SCORE MATCHING

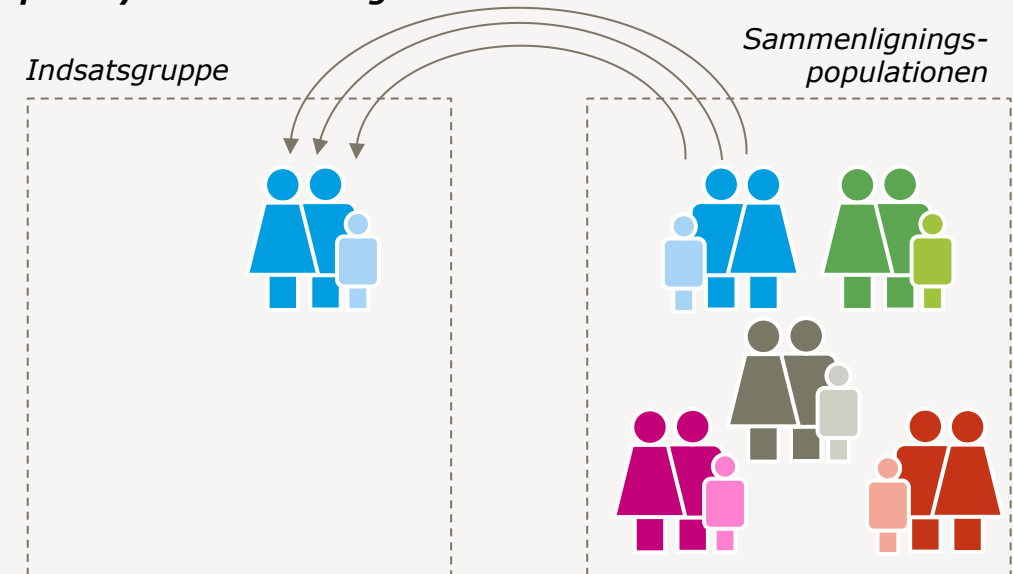
Kontrolgruppen består af familier, der på observerbare karakteristika ligner familierne i indsatsgruppen. Den eneste forskel er, at kontrolgrupperne modsat indsatsgrupperne ikke har deltaget i forældreprogrammet. Kontrolgrupperne identificeres ved brug af **propensity score matching**. Denne teknik indebærer, at man for hver familie i indsatsgruppen finder den familie i sammenligningspopulationen, som i forhold til en række relevante baggrundsvariable minder mest om indsatsgruppen.

Konkret beregnes for hver familie i både indsatsgruppen og kontrolpopulationen en sandsynlighed (en propensity score) for, at familien vil modtage indsatsen, givet en række baggrundsvariable. Propensity matching medfører, at familier i indsats- og kontrolgruppen har samme sandsynlighed for at modtage indsatsen. Det kan derfor opfattes som tilfældigt, at det var indsatsfamilien og ikke familien i kontrolgruppen, som endte med at modtage forældreprogrammet. Dermed kan man argumentere for, at forskellen i eksempelvis brugen af sundhedsydelse mellem indsats- og kontrolgruppen er udtryk for effekten af selve indsatsen.

For at sikre en bedre sammenlignelighed, vælger vi kun match-familier ud fra population i samme fødselsår og med samme civilstand (fx samboende forældre og førstegangsfødende) som den pågældende indsatsfamilie. De øvrige variable får derudover lov til at påvirke forskelligt for hhv. første- og flergangsfamilier.

For at udgå problemer multikollinearitet og styrke den endelige match af indsats- og kontrolfamilier opdeles matchingen i to dele. I første del indgår alle anvendelige kontrolvariable. I anden del anvendes kun de variable, der i første del har en signifikant betydning på deltagelse.

Propensity score matching



Sådan identificeres en "tvilling" i kontrolgruppen:

Propensity scoren beregnes ved hjælp af en logistisk regression. Den afhængige variabel er en binær variabel indsats/ingen indsats over for de uafhængige baggrundsvariable X:

$$\text{indsats} = \beta_0 + \beta_1 X_i + \epsilon$$

Den gennemsnitlige effekt af at deltage i indsatsen for de familier, som faktisk deltager, også kaldet average treatment effect on the treated (ATT), beregnes som forskellen af gennemsnitsværdierne af effektparameteren (f.eks. andesamlivsbrud) for de to grupper. Ligning (i) viser den tekniske definition af ATT:

$$ATT = E(Y_1 - Y_0 | \text{indsats} = 1) = E(Y_1 | \text{indsats} = 1) - E(Y_0 | \text{indsats} = 1)$$




ATT kan fortolkes som indsatsens effekt indsatsfamilier målt i forhold til situationen, hvis de ikke havde deltaget.

TEST AF MATCHING

KARAKTERISTIKA FOR INDSATSGRUPPEN OG SAMMENLIGNINGSPOPULATIONEN

	Indsatsgruppe	Samlignings- population	Kontrol <u>efter</u> matching
<u>Demografiske karakteristika :</u>			
- Køn (pige)	48,0	48,7	47,7
- Efterkommer	2,4	10,4	1,6
- Første barn	73,1	42,5	73,6
- Mor under 25 år	13,2	9,3	12,3
- Mors alder (år)	29,5	31,0	29,6
- Fars alder (år)	32,0	33,6	32,0
<u>Bopælskommune :</u>			
- Bykommune	31,1	54,1	33,1
- Mellemkommune	13,4	13,9	12,7
- Landkommune	44,0	24,9	43,0
- Yderkommune	11,5	7,1	11,1
<u>Familieforhold på fødselstidspunktet :</u>			
- Samboende	94,5	94,6	94,5
- Gift	40,1	55,3	40,7
- Antal år gift (alle)	1,0	2,1	1,0
- Antal år gift (kun gifte)	2,5	3,9	2,5
<u>Andre forhold :</u>			
- Antal flytninger	1,2	1,0	1,2
- Antal sengedage i graviditeten	3,1	2,4	3,0
- Fædreorlov (mindst 2 uger)	56,4	53,4	54,2
- Fødselsmåned (april-oktober)	48,8	55,9	50,8

	Indsatsgruppe	Samlignings- population	Kontrol <u>efter</u> matching
<u>Uddannelse, mor :</u>			
- grundskole	13,5	12,1	12,5
- ungdomsuddannelse	36,0	31,7	36,2
- kort el. mellemlang videregående	36,1	28,1	37,6
- lang videregående	12,4	20,7	12,0
- ukendt	2,0	7,4	1,7
<u>Uddannelse, far :</u>			
- grundskole	17,2	14,9	16,5
- ungdomsuddannelse	50,2	41,7	50,4
- kort el. mellemlang videregående	19,3	18,3	18,4
- lang videregående	11,3	19,0	12,8
- ukendt	2,1	6,1	2,0
<u>Arbejdsmarkedstilknnytning :</u>			
Offentlig forsørgelse, mor (optil graviditet)	20,0	19,3	18,4
Offentlig forsørgelse, far (optil graviditet)	13,2	12,0	12,9
Beskæftigelsesgrad - bred, mor (optil graviditet)	80,2	75,6	81,5
Beskæftigelsesgrad - bred, far (optil fødsel)	87,2	87,2	86,3
Beskæftigelsesgrad, mor (optil graviditet)	62,3	57,3	65,3
Beskæftigelsesgrad, far (optil fødsel)	73,9	74,0	73,9
Barsels inden fødsel, mor (graviditetsperioden)	14,3	15,2	13,6
	711	88.564	2.133

 - angiver significans på 10-pct.niveaue
 - angiver significans på 5-pct.niveaue
 - angiver significans på 1-pct.niveaue