



Afreportering af forskningsprojektet
GODT PÅ VEJ SAMMEN
– en tidlig indsats på tværs af sektorer

Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Titel: Godt på vej sammen - en tidlig indsats på tværs af sektorer
Copyright : © 2020 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes ISBN 978-87-93775-08-4

Forfattere: Udarbejdet for Region Hovedstaden af:

Anne Kristine Aarestrup
Rikke Kart Jacobsen
Katrine Røhder
Michaela Schiøtz

Forsidebillede: Colourbox

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Sektion for Tværsektoriel Forskning
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 31 00

Layout: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Publikationen citeres således:

Aarestrup AK, Jacobsen RK, Røhder K, Schiøtz M. Godt på vej sammen - en tidlig indsats på tværs af sektorer. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2020.

Indhold

| | |
|--|----|
| Forord | 5 |
| Sammenfatning..... | 6 |
| Baggrund og formål | 8 |
| Indsatsen i ”Godt på vej sammen” | 9 |
| Design, materiale og metode | 14 |
| Studiedesign og setting | 14 |
| Målgruppe | 14 |
| Rekruttering og randomisering | 15 |
| Dataindsamling..... | 16 |
| Effektmål..... | 17 |
| Baggrunds faktorer..... | 18 |
| Kvalitative interviews | 20 |
| Statistiske metoder | 20 |
| Resultater | 22 |
| Rekruttering | 22 |
| Beskrivelse af populationen..... | 24 |
| Implementering | 30 |
| Screening..... | 30 |
| Systematisk overlevering af information fra barselsgangen til sundhedsplejen | 30 |
| Fælleskonsultationer..... | 30 |
| Trygheds cirklen..... | 30 |
| Resultater fra de kvantitative opgørelser og analyser..... | 30 |
| Screening for depression og personlighedsforstyrrelser | 30 |

| | |
|--|----|
| Behovsbesøg af sundhedsplejersken..... | 30 |
| Effekter af interventionen | 31 |
| Erfaringer og oplevelser med interventionen – resultater fra de kvalitative interviews | 36 |
| Screening for depression og personlighedsforstyrrelser | 36 |
| Fælleskonsultationen..... | 37 |
| Overlevering af information fra barselsgangen til sundhedsplejen | 40 |
| Tryghedscirklen..... | 40 |
| Perspektiver på fremtidigt brug af Tryghedscirklen | 50 |
| Diskussion | 51 |
| Konklusion og perspektivering..... | 56 |
| Bilag 1. Projektorganisering..... | 57 |
| Bilag 2. Screeningsspørgsmål EPDS og SAPAS..... | 58 |
| Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS)..... | 58 |
| Standardized Assessment of Personality (SAPAS) | 60 |
| Litteraturliste..... | 62 |

Forord

Der er stigende evidens for, at graviditeten og de første år af barnets liv efter fødslen har afgørende betydning for barnets trivsel og sundhed senere i livet. I projektet ”Godt på vej sammen – en tidlig indsats på tværs af sektorer” har Sektion for Tværsektoriel Forskning på Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i tæt samarbejde med jordemødre, sundhedsplejersker og almen praksis udviklet og afprøvet en indsats på tværs af sektorer målrettet sårbare gravide og deres familier. Det overordnede formål med indsatsen var at give forældre bedre forudsætninger for at varetage forældreskabet og dermed give barnet et bedre og sundere fundament for livet.

Projektet blev igangsat som en del af Sundhedsaftale 2015-2018 som et af to forskningsprojekter, der skulle bidrage til at fremme lighed i sundhed. Da sårbare gravide desuden indgik i Sundhedsaftalen, som en målgruppe med behov for en særlig tilrettelagt indsats, var det oplagt med et forskningsprojekt inden for dette område. Siden da er opmærksomheden på, at den sociale ulighed i sundhed grundlægges tidligt i livet samt, at der på svangre- og børneområdet er brug for et øget tværsektorielt samarbejde, kun blevet større.

Sundhedsaftale 2019-2023 har derfor børns sundhed som et af tre fokusområder. Mere specifikt er der et mål om et styrket samarbejde omkring sårbare gravide, og her kan der blandt andet bygges videre på erfaringerne fra nærværende forskningsprojekt. Det gælder både den viden, der er opnået omkring selve indsatsen, men i høj grad også erfaringerne omkring den tværsektorielle organisering af indsatsen og den viden, der er bygget op i Sektion for Tværsektoriel Forskning.

Rapporten henvender sig til både praktikere, administratorer, forskere og ledere indenfor sundheds- og socialektoren, der arbejder med at styrke den tidlige indsats.

En stor tak skal lyde, først og fremmest til alle familier, der har indgået i projektet, og til jordemødre fra Herlev og Gentofte Hospital og sundhedsplejersker fra Ballerup, Herlev, Gentofte og Rødovre kommuner, der har ydet en kæmpe indsats i projektet.



Peter Bentsen

Centerchef

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse



Michaela Schiøtz

Sektionschef

Sektion for Tværsektoriel Forskning

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Sammenfatning

Forskningsprojektet ”Godt på vej sammen” havde til formål at udvikle og evaluere en ny tværsektoriel og tværfaglig perinatal indsats rettet mod kvinder med psykiske eller sociale sårbarheder for at støtte op om en tryk tilknytning mellem barnet og dets forældre.

Projektet blev gennemført som et effektstudie, hvor kontrolgruppen modtog standardtilbuddet for sårbare gravide, og interventionsgruppen modtog samme standardtilbud samt en ekstra indsats bestående af 1) en screening for depression og personlighedsforstyrrelse hos jordemoder, 2) en fælleskonsultation, hvor både jordemoder og sundhedsplejerske deltog, og 3) forældretræningsprogrammet Tryghedscirklen givet af sundhedsplejersken i familiens hjem. Data blev indsamlet gennem videofilm-sekvenser af mor og barn i samspil samt gennem journaler og spørgeskemaer. Sideløbende med effektstudiet er processen evalueret både ved brug af spørgeskemadata og ved brug af kvalitative interviews med de deltagende sundhedsprofessionelle og de deltagende familier. Indsatsen blev afprøvet på Herlev og Gentofte Hospital og i fire af hospitalets optagekommuner: Ballerup, Gentofte, Herlev og Rødovre.

Rekruttering: I projektet finder vi, at målgruppen af psykisk eller socialt sårbare gravide er en svær gruppe at rekruttere til et forskningsprojekt som dette. Kun cirka halvdelen af de inviterede takkede ja til at deltage i projektet. De primære grunde til, at familierne ikke ønskede deltagelse, var, at de enten ikke oplevede et behov for eller ikke havde overskud til en ekstra indsats. Langt hovedparten af de familier, der indgik i projektet, valgte at forblive i projektet.

Målgruppens karakteristika: Mødrene i projektet er karakteriseret ved, at omkring fire ud af fem havde en partner. For både kvinderne og deres partnere gjaldt det, at omkring halvdelen havde en lang eller mellemlang videregående uddannelse, og omkring halvdelen havde børn i forvejen. Resultaterne understreger, at det er en sårbar gruppe, der har indgået i projektet. Næsten halvdelen af kvinderne rapporterede, at de havde et mentalt sundhedsproblem, da de blev gravide, og videoerne af mødrene og deres børn i samspil viser i mange tilfælde, at der brug for at forbedre interaktionen.

Evaluerings resultater: Resultaterne fra procesevalueringen viser, at der har fundet en høj grad af implementering sted, både hvad angår screeninger, afholdte fælleskonsultationer og besøg med Tryghedscirklen. Erfaringen fra projektet er, at der er stor vilje og faglig interesse i at prioritere svangreomsorgen for sårbare gravide, hvilket afspejler sig i implementeringen. Screeningen for symptomer på depression og personlighedsforstyrrelser har opsporet gravide med uopdaget depression og personlighedsforstyrrelser, hvilket har medført, at relevant behandling er blevet igangsat.

Resultater fra de kvalitative interviews viser, at fælleskonsultationen virkede tryghedsskabende for familierne og gav dem en oplevelse af et sammenhængende system, imens jordemoder og sundhedsplejerske oplevede en styrkelse af deres tværsektorielle samarbejde.

Hverken for det primære effektmål; *mors sensitivitet, barnets socioemotionelle udvikling, mors mentaliseringsevne, depressive symptomer og velbefindende*, findes en forskel mellem interventions- og kontrolgruppe efter endt intervention. For stress relateret til forælderrollen ser det ud til, at kvinderne i interventionsgruppen efter endt intervention oplever et lavere niveau af stress relateret til forælderrollen sammenlignet med kontrolgruppen. Ligeledes indikerer resultater fra fædre/partnerne, at færre i in-

terventionsgruppen oplever udfordringer relateret til barnets socio-emotionelle udvikling sammenlignet med fædre/partnere i kontrolgruppen.

Resultater fra de kvalitative interviews viser, at Tryghedscirklen har potentiale til at skabe bedre familiedynamikker, øge forældrenes forståelse for deres barns/børns følelsesmæssige udtryk og behov, reducere stress relateret til forældreskabet og potentielt bryde den sociale arv, ved at vise forældre nye måder til forældreskabet end det, de kender fra deres egen barndom. Erfaringerne fra projektet er dog, at de familier, der har ældre børn, bruger tilgangen mere til deres ældre barn/børn end deres spædbarn.

Konklusion og perspektivering: Overordnet viser resultaterne fra forskningsprojektet, at de sårbare gravide udgør en heterogen gruppe med forskellige former for sårbarheder og forskellige behov for hjælp og støtte. Resultaterne peger desuden på, at en tidlig indsats på tværs af sektorer kan opspore og igangsætte behandling for psykiske lidelser hos de gravide, give de gravide og deres familier en oplevelse af et sammenhængende og koordineret forløb samt forbedre forældrenes forståelse for deres barns/børns udtryk, følelser og behov og dermed reducere niveauet af stress relateret til forældrerollen. En fremtidig indsats bør inkludere systematisk screening for sårbarheder, tværsektoriel koordinering og forældretræningsprogrammer baseret på tilknytningsteori.

Baggrund og formål

Graviditet, fødsel og de første måneder med et nyfødt spædbarn er en essentiel periode, der former forældreskabet og lægger fundamentet for det nyfødte barns trivsel og udvikling. Forskning har vist, at moderens velbefindende allerede under graviditeten påvirker fosterets og barnets senere udvikling [1, 2]. I graviditeten begynder moderens relationsdannelse til barnet, og denne er prædiktiv for kvaliteten af moderens adfærd, når barnet er født samt for kvaliteten af mor-barn tilknytningen [3, 4]. En tryk tilknytning er påvist at have betydning for barnets følelsesmæssige, sociale og adfærdsmæssige udvikling og har derigennem på længere sigt betydning for barnets mulighed for at begå sig i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet [5]. En tryk tilknytning udvikles ved, at barnets primære omsorgspersoner er i stand til at læse og forstå barnets udtryk for dets følelser, og at de handler hensigtsmæssigt på barnets behov [6–10]. Psykiske sårbarheder som stress og depression hos en forælder kan udfordre tilknytningen mellem forældre og barn [11–14].

Det er således essentielt at identificere mødre med psykiske sårbarheder allerede i graviditeten og igangsætte behandling for at forebygge den potentielle skadelige effekt på barnets trivsel og udvikling [15]. Studier viser, at der er større effekt af samt samfundsøkonomiske gevinster forbundet med tidlige indsatser [1]. Behandling af den psykiske sårbarhed i sig selv fører dog ikke nødvendigvis til forbedring af kvaliteten i forældrerollen, men skal ledsages af en indsats, der støtter sårbare forældre i at skabe gode relationer til deres barn [16, 17].

Studier og systematiske reviews har vist, at interventioner, der er målrettet forældre, kan fremme gode relationer mellem forældre og barn og fremme udvikling og velbefindende for både barn og forældre [18–20]. En intervention, der ser ud til at være effektiv i forhold til at fremme barnets tilknytning, er forældretræningsprogrammet Tryghedscirklen [21, 22]. Igennem Tryghedscirklen lærer forældrene at læse barnets socio-emotionelle behov og lærer, hvordan de kan handle hensigtsmæssigt for at støtte barnets udvikling og trivsel.

Der eksisterer allerede flere gruppebaserede programmer i danske kommuner og regioner rettet mod sårbare gravide og familier. Studier har dog vist, at gruppebaserede interventioner kan være uhenigtsmæssige for sårbare grupper [23, 24]. Endvidere viser en evaluering af de eksisterende tilbud i det danske sundhedsvæsen, at der er behov for at styrke det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, hospital og kommune for at sikre en bedre overgang mellem indsatsen før og efter fødslen for sårbare familier [25].

Der er således behov for mere viden om, hvordan vi opsporer og støtter sårbare familier i graviditeten og barnets første levetid. Med dette forskningsprojekt er ønsket at udvikle og evaluere en ny tværsektoriel og tværfaglig perinatal intervention rettet mod kvinder med psykiske eller sociale sårbarheder med det formål at styrke tilknytningen mellem barnet og dets forældre.

Indsatsen i ”Godt på vej sammen”

Projektet blev skabt på baggrund af et ønske om at udvikle en indsats rettet mod ulighed i sundhed med fokus på børn ud fra det rationale, at tidlige indsatser har størst effekt [1]. Gennem brainstormmøder med fagprofessionelle repræsentanter fra almen praksis, kommuner og hospitaler i Region Hovedstaden indsamlede forskningsgruppen input til områder og målgrupper, hvor de fagprofessionelle oplevede behov for og mangel på forskningsbaseret viden. Sårbare gravide var en af målgrupperne, der blev udpeget i denne forbindelse. Derpå gennemgik forskningsgruppen litteratur på området og afdækkede hvilke indsatser og tilbud, der allerede eksisterede i regionen. På baggrund af dette forarbejde blev det besluttet at udvikle en tidlig indsats til psykisk og socialt sårbare gravide, og et af regionens hospitaler blev udvalgt og inviteret til at deltage i projektet sammen med flere af optageområdets kommuner. Repræsentanter fra Herlev og Gentofte Hospital, almen praksis og sundhedsplejen i henholdsvis Ballerup, Herlev, Gentofte og Rødovre kommuner indgik i projektets styre- og projektgruppe og udviklede det endelige projekt i samarbejde med forskergruppen i Tværsektoriel Forskningsenhed/Sektion for Tværsektoriel Forskning. Projektets organisering er nærmere beskrevet i bilag 1.

Indsatsen bestod af tre hovedkomponenter, som på forskellig vis retter sig mod at fremme forudsætnin-
gerne for en bedre tilknytning mellem barn og mor/forældre og dermed give barnet den bedst mulige
start på livet. Indsatsen starter i graviditeten og fortsætter til barnet er cirka ni måneder gammel. De tre
komponenter beskrives nedenfor:

1) Opsporing af symptomer på mistriksel/mental sygdom

De sårbare gravide i interventionsgruppen modtog en udvidet konsultation hos jordemoder ved 2. kon-
sultation (ca. uge 20-22), hvor jordemoderen screenede den gravide kvinde for symptomer på depressi-
on og personlighedsforstyrrelser. Screeningen bestod af spørgsmålene i Edinburgh Postnatal Depressi-
on Scale (EPDS) samt i Standardized Assessment of Personality (SAPAS) (bilag 2). En score på EPDS
på 12 eller derover, eller en score på SAPAS på 3 eller derover resulterede i, at kvindens tilstand blev
drøftet på det månedlige møde, hvor jordemødrene mødes med voksenpsykiatrien.

2) Styrkelse af videndeling og planlægning af forløb for familierne på tværs af sektorer

De sårbare gravide i interventionsgruppen fik tilbudt en ekstra jordemoderkonsultation, hvor sund-
hedsplejersken også deltog. Denne fælleskonsultation havde til formål at give forældrene mulighed for
at dele deres udfordringer med både jordemoder og sundhedsplejerske. Konsultationen skulle på den
måde facilitere en videndeling og – overlevering mellem de to sektorer og kunne resultere i, at der blev
lagt en fælles plan for det videre forløb med og for den sårbare gravide. Konsultationen var af en times
varighed. Sundhedsplejerskerne og jordemødrene havde inden interventionens opstart fået et skriftligt
materiale og en mundtlig indføring i, hvordan konsultationen og snakken kunne gribes an.
Denne interventionskomponent indbefattede yderligere en systematisk overlevering (telefonisk) af
information om den sårbare gravide kvinde – fra barselsgang til sundhedsplejerske – ved udskrivningen.

3) Styrkelse af forældreevner og tilknytning mellem forældre og barn

Forældretræningsprogrammet Tryghedscirklen (figur 1 og 2) blev givet til interventionsgruppen gennem hjemmebesøg af sundhedsplejersken hos den enkelte gravide kvinde og hendes partner. De sårbare gravide i interventionsgruppen fik to ekstra besøg af sundhedsplejersken før fødslen og syv ekstra besøg efter fødslen. Besøgene varede halvanden time og bestod af undervisning i de otte kapitler, som forældretræningsprogrammet Tryghedscirklen indeholder (se tabel 1).

Figur 1. Beskrivelse af forældretræningsprogrammet Tryghedscirklen

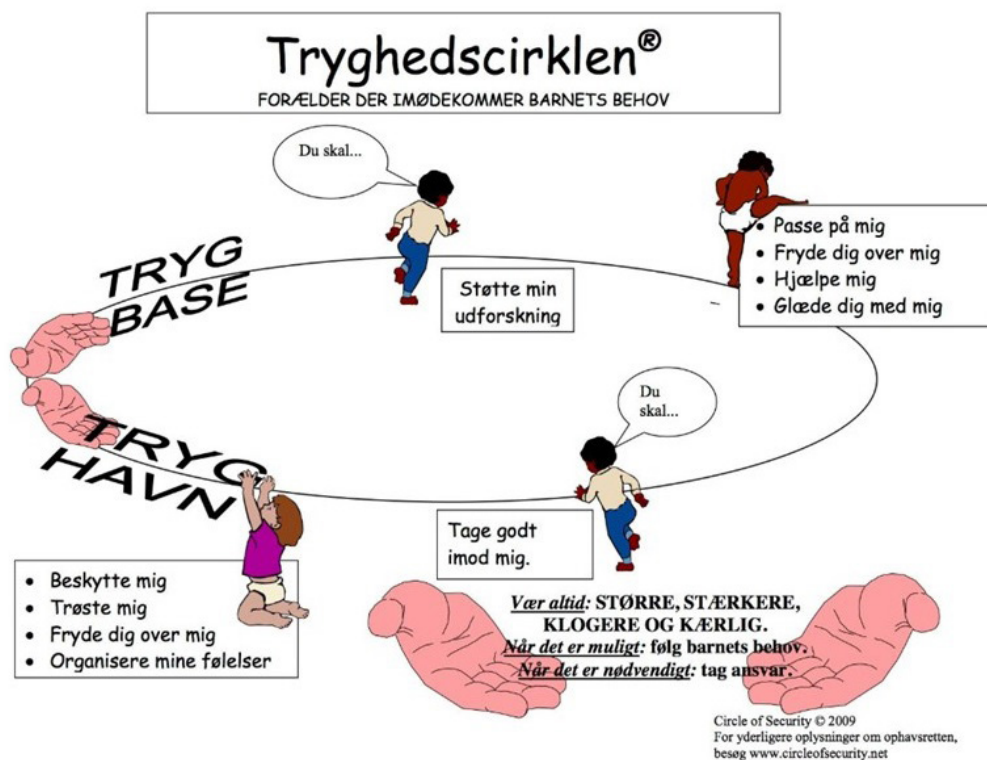
Tryghedscirklen, The Circle of Security (COS), er et forældreprogram, der har til formål at fremme en god og tryk tilknytning mellem barn og omsorgsperson. Metoden er oprindeligt udviklet i USA. COS Parenting er et dvd-baseret forældreprogram, hvor målgruppen primært er forældre med børn i alderen 0-5 år, der er i risiko for at udvikle eller har udviklet tilknytningsvanskeligheder.

Teoretisk er Tryghedscirklen baseret på tilknytningsteori. Ifølge John Bowlby, som er en af ophavsmændene til tilknytningsteori, er det en forudsætning for et barns optimale læring og udvikling, at det har en sikker base, hvorfra dets oplevelse og afsøgning af verden udgår. Hans hypotese er, at barnets tilknytningssystem 'lukker ned', mens dets udforskningssystem aktiveres, når det føler sig tryk og sikker. Barnet opnår derved optimale muligheder for en god følelsesmæssig, kognitiv og social udvikling. Hvis barnet omvendt er utryk, lukker dets udforskningssystem ned, mens dets tilknytningssystem aktiveres. For at barnet kan opleve fuld tryk, må moderen/ omsorgspersonen være i stand til at tage forældrelederskabet på sig, når der er behov for det, og samtidig imødekomme barnets forskellige behov på måder, som øger tilknytningstrygheden.

Igennem Tryghedscirklen tilegner forældrene sig viden om, hvordan de kan aflæse barnets behov og følelser og reagere hensigtsmæssigt herpå. Herved kan forældre støtte barnets følelsesmæssige udvikling og fremme dets trivsel.

Kapitlerne i forløbet tager udgangspunkt i et videomateriale, som anvendes til at italesætte forskellige problematikker, herunder tilknytningsteori, følelsesregulering, forældrerollen m.v. Derudover præsenteres i videomaterialet eksempler på hhv. udviklingsunderstøttende forældre-barn samspil og problematisk forældre-barn samspil. Med udgangspunkt i cirklen trænes forældrene i at observere og tolke deres barns signaler og i at reflektere over og italesætte styrker og svagheder ved deres relation til og samspil med deres barn [22, 26].

Figur 2. Buc



Dette er det første studie, hvor kapitler fra Tryghedscirklen tilbydes til forældre allerede under graviditeten. Idet Tryghedscirklen ikke er blevet udviklet til brug under graviditeten, hvor forældreskabet – i hvert fald for førstegangsmødre – primært er baseret på forventninger nærmere end erfaringer, er rækkefølgen af Tryghedscirkles kapitler ændret efter drøftelser med forskergruppen bag Tryghedscirklen.

Tabel 1. Oversigt over Tryghedscirklen besøg

| Besøg | Tid | Tryghedscirklen kapitler |
|-------|-------------------|--|
| 1 | Graviditetsuge 32 | Kapitel 1 - Velkommen til Tryghedscirklen |
| 2 | Graviditetsuge 34 | Kapitel 3 - At "være sammen" på Tryghedscirklen (første halvdel af kapitlet) |
| 3 | Baby 9 uger | Kapitel 4 - At være sammen med småbørn på cirklen |
| 4 | Baby 11 uger | Kapitel 2 - Hele vejen rundt på cirklen |
| 5 | Baby 13 uger | Kapitel 3 - At "være sammen" på Tryghedscirklen (anden halvdel af kapitlet) |
| 6 | Baby 22 uger | Kapitel 5 - Vejen til tryghed |
| 7 | Baby 24 uger | Kapitel 6 - Udforskning af det vi kæmper med |
| 8 | Baby 26 uger | Kapitel 7 - Brud og reparation af relationen |
| 9 | Baby 36 uger | Kapitel 8 - Opsummering og fejring |

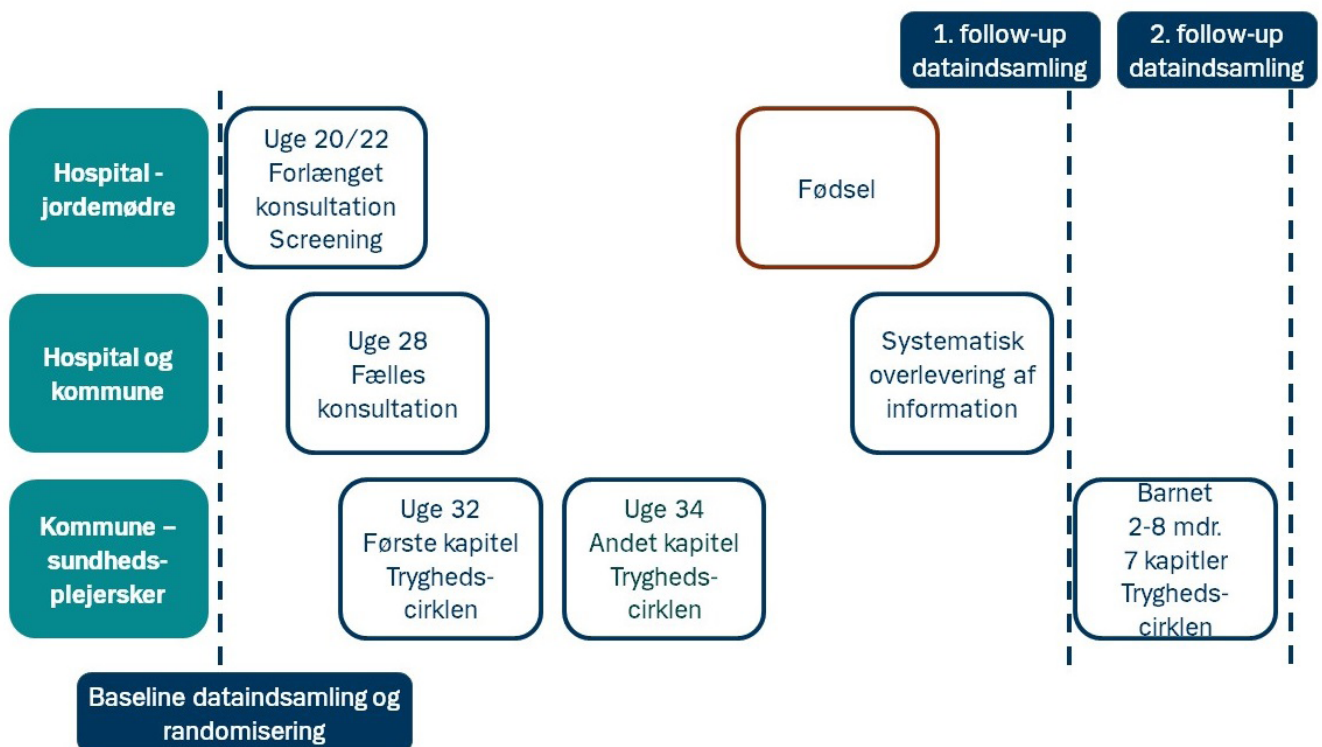
Sundhedsplejerskerne blev certificeret i brugen af Tryghedscirklen på et fire dages certificeringskursus og modtog undervejs i interventionen supervision fra forskergruppen bag Tryghedscirklen.

Fælleskonsultation - indsats målrettet amning

En yderligere indsats for at styrke forældreverner var, at de gravide og deres partnere blev undervist i vigtigheden af amning og etableringen deraf i forbindelse med fælleskonsultationen. I undervisningen var der fokus på, hvad der skal til for, at amningen kan lykkes. Hvis amning ikke var en mulighed eller ikke var ønsket, blev alternativer til amning drøftet, og der blev talt om, hvordan tæthed mellem barn og forældre kan sikres på anden vis.

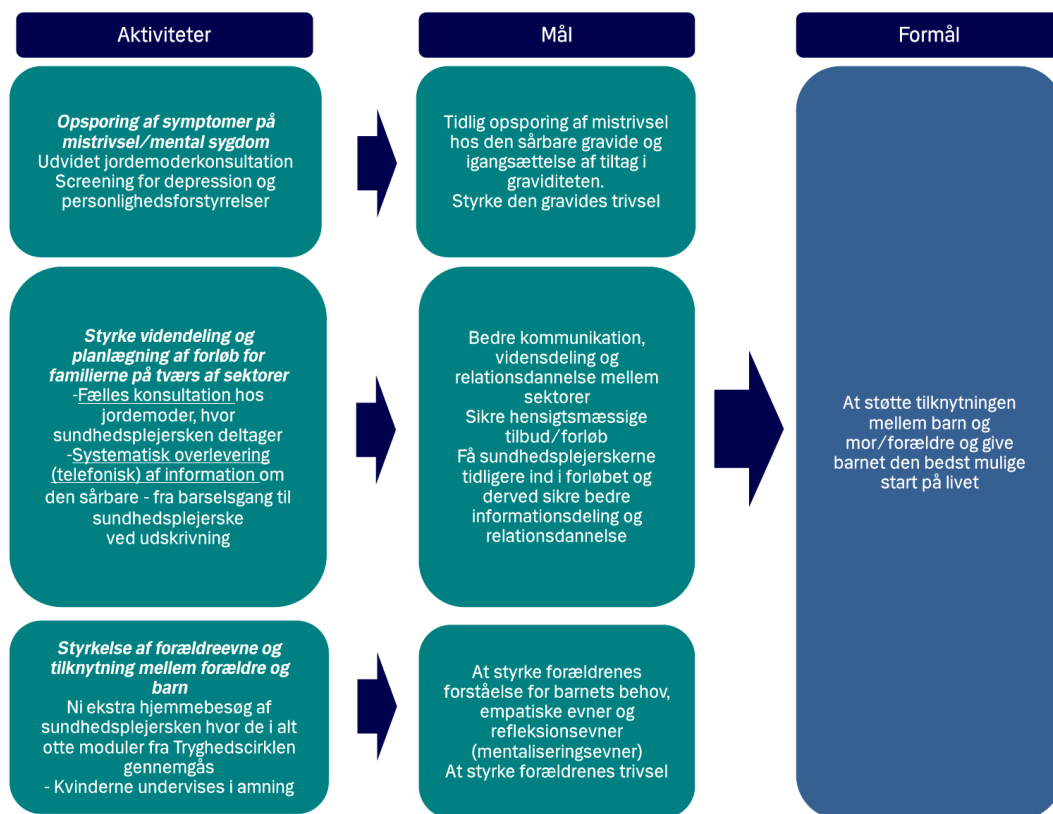
Den samlede interventionsoversigt ses i figur 3. I figuren præsenteres også dataindsamlingstidspunkter.

Figur 3. Interventionsoversigt



I figur 4 skitseres programteorien for interventionen, hvor interventionselementernes mål og interventionens samlede formål indgår.

Figur 4. Programteori



Standardtilbud

Den eksisterende praksis for gravide i omsorgsniveau 3 på Herlev og Gentofte hospital og i Ballerup, Gentofte, Herlev og Rødovre kommune blev tilbudt til både indsats- og kontrolgruppen.

I det danske sundhedsvæsen tilbydes alle gravide kvinder et basistilbud bestående af tre konsultationer med deres praktiserende læge, to ultralydsundersøgelser og fire til syv konsultationer hos deres jordemoder afhængig af, om kvinden er førstegangsfødende. Gravide i omsorgsniveau 3 tilbydes desuden en ekstra behovskonsultation efter første jordemoderkonsultation. Undersøgelser af barnet efter fødslen udføres af sundhedsplejersken i familiens hjem med fokus på barnets fysiske og emotionelle udvikling. I løbet af barnets første leveår undersøger sundhedsplejersken barnet mindst to gange i løbet af de første tre uger, når barnet er to måneder, fire måneder (for førstegangsmødre) og igen, når barnet er otte måneder. Ekstra hjemmebesøg gives til sårbare familier med indhold og antal afhængig af den enkelte families behov [27].

For at undgå, at idéer fra eller dele af interventionen blev givet til kontrolgruppen, blev de sundhedsplejersker, der blev uddannet i Tryghedscirklen, kun tilknyttet interventionsgruppen. Antallet af konsultationer og hjemmebesøg er monitoreret for alle deltagere i studiet.

Design, materiale og metode

Studiedesign og setting

Projektet blev gennemført som et effektstudie, hvor kontrolgruppen modtog standardtilbuddet for sårbare gravide i svangreomsorgen og i sundhedsplejen, mens interventionsgruppen modtog samme standardtilbud og oveni en ekstra indsats bestående af de tre tidligere beskrevne interventionskomponenter.

Interventionen blev afprøvet på Herlev og Gentofte Hospital og i fire af hospitalets optagekommuner: Ballerup, Gentofte, Herlev og Rødovre. Interventionskomponenterne blev givet til familierne på hospitalet i forbindelse med jordemoderkonsultationer og i hjemmet af sundhedsplejerskerne.

Målgruppe

Projektets målgruppe var kvinder med psykisk eller social sårbarhed, og som i hospitalsregi er placeret i omsorgsniveau 3 (figur 5) enten klassificeret således fra almen praksis eller fra hospitalet. Omsorgsniveau 3 består af sårbare gravide kvinder med psykologiske/psykiatriske problemstillinger og/eller sociale problemstillinger. Gravide med svære psykiatriske diagnoser eller misbrugsproblematikker, og som er tilknyttet familieambulatorier eller omfattende kommunale foranstaltninger, tilhører omsorgsniveau 4 og er derfor ikke inkluderet i projektet.

Figur 5. Omsorgsniveauer i svangreomsorgen

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen foreskriver, at alle gravide ved den første undersøgelse i almen praksis på baggrund af optagelse af en psykosocial anamnese tildes omsorgsniveau 1-4. Gravide på omsorgsniveau 1 modtager standardtilbuddet; gravide på niveau 2 modtager et udvidet tilbud i regi af svangreomsorgen på grund af fx tidligere fødselskomplikationer eller sygdom; gravide på niveau 3 modtager et udvidet tilbud med involvering af andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller kommunen på grund af sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter; og gravide på niveau 4 modtager en omfattende tværfaglig og tværsektoriel indsats, der indebærer samarbejde med specialiserede institutioner på grund af særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning [27]

Projektets eksklusionskriterier er listet nedenfor i figur 6.

Figur 6. Eksklusionskriterier

Følgende kriterier ekskluderede potentielle deltagere fra studiet:

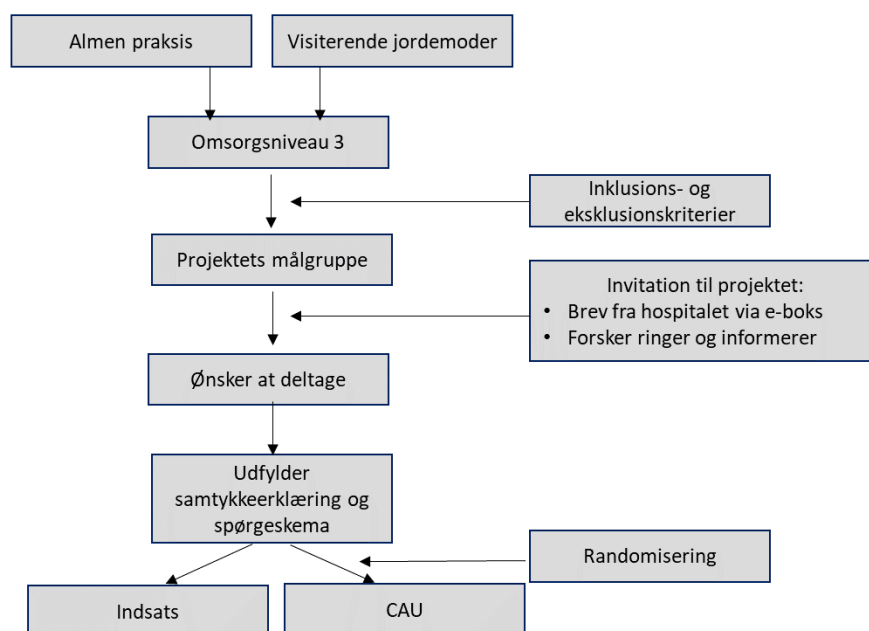
- Taler og forstår ikke dansk
- Under 18 år
- Gravide tilhørende omsorgsniveau 3, som udelukkende har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser
- Flg. diagnoser:
 - Aktiv spiseforstyrrelse
 - Depression af svær grad (DF332)
 - Psykose (DF299)
 - Skizofreni (DF209)
 - Bipolar lidelse (DF0631)
 - OCD af svær grad (DF429)
- Hvis barnet skal anbringes udenfor familien eller hvis familien har et ældre barn, der er anbragt udenfor familien
- Fraflytter kommunen

Rekruttering og randomisering

Deltagerne blev rekrutteret blandt gravide, der var visiteret til at føde på Herlev og Gentofte Hospital og visiteret til omsorgsniveau 3. Ud fra forskningsprojektets inklusions- og eksklusionskriterier identificerede visiterende jordemoder de gravide fra omsorgsniveau 3, der tilhørte målgruppen.

Kvinderne i projektets målgruppe blev inviteret til at deltage i projektet via elektronisk brev fra hospitalet efterfulgt af et telefonopkald fra forskningsgruppen. Hvis den gravide kvinde havde interesse i det, blev der arrangeret et besøg af forskergruppen i kvindens hjem. På besøget modtog kvinden og eventuelt hendes partner yderligere information om projektet, samtykkede til deltagelse og udfyldte et baselinespørgeskema. Når spørgeskemaet var udfyldt, blev deltagerne informeret om, hvorvidt de skulle deltage i indsats- eller kontrolgruppen (figur 7).

Figur 7. Rekruttering af deltagere



For yderligere information om rekrutterings- og randomiseringsprocessen henvises til studiets protokolartikel [28].

Dataindsamling

Data blev indsamlet på følgende tre tidspunkter:

- Ved inklusion i studiet, hvor den kommende mor var 3-5 måneder inde i graviditeten
- Da barnet var otte uger gammel
- Efter endt intervention, hvor barnet var ni måneder gammel

Data blev indsamlet gennem spørgeskemaer, der blev besvaret i deltagernes hjem ved besøg af en forsker. Med mindre deltagerne ønskede det anderledes, læste forskeren spørgsmålene højt, og deltagerne besvarede for sig selv ved at krydse af i papirspørgeskemaet. Hvis muligt, lavede den samme forsker/medarbejder alle tre besøg og havde kontakten til den enkelte familie.

Data vedrørende mors sensitivitet, studiets primære effektmål, blev indsamlet på besøgene, hvor børnene var henholdsvis otte uger og ni måneder gamle gennem en fem minutters videooptagelse af mor og barn i fri interaktion/samspil i familiens hjem. Kontrolgruppen blev fulgt på samme vis som interventionsgruppen. For yderligere information vedrørende dataindsamlingen henvises til studiets protokolartikel [28].

Effektmål

Primært effektmål

Studiets primære effektmål er *mors sensitivitet*, der måles igennem redskabet Coding Interactive Behaviour Manual [29]. I tabel 2 beskrives mål, måleredskab, scoring samt tidspunkt for målingen.

Tabel 2. Primært effektmål

| Mål | Redskab | Score | Måletidspunkt | | |
|--|---|---|---------------|---------------|---------------|
| | | | Base-line | 1. fol-low-up | 2. fol-low-up |
| Mors sensitivitet | Coding Interactive Behavior (CIB) | Skalaen går fra 1 til 5. Lav score indikerer lav sensitivitet | | x | x |
| Sensitive respons eller evnen til at svare passende til barnets tilknytningsbehov er den mest pålidelige prædikator for tilknytningstryghed [30] | Målt ved kodning af en fem minutters interaktionsfilm mellem mor og barn En forsker filmer videoen på et hjemmebesøg Kodning foretages af to særligt uddannede psykologer | | | | |

Sekundære effektmål

Studiets sekundære effektmål er indsamlet gennem spørgeskemaer udfyldt af mor og eventuelt partner hver for sig. Målene er beskrevet i tabel 3.

Tabel 3. Sekundære effektmål

| Mål | Redskab | Score | Måletidspunkt | | |
|--|---|---|---------------|---------------|---------------|
| | | | Base-line | 1. fol-low-up | 2. fol-low-up |
| Barnets socio-emotionelle udvikling | Ages and Stages Questionnaire – Social Emotional (ASQ-SE) ASQ-SE undersøger selvregulering, compliance, kommunikation, adaptiv funktionalitet, autonomi, følelser og interaktion med andre mennesker | Består af 27 spørgsmål, der hver kan score 0-15 point, hvilket vil sige, at den samlede score løber fra 0-405. Jo højere score, jo flere udfordringer opleves i relation til barnets socio-emotionelle udvikling | | | x |
| Forældrenes reflektionssevne (PRF) Forælderens evne til at fokusere på oplevelser og følelser i sig selv og i barnet | Parental Reflecting Functioning Questionnaire (PRFQ) Tre subskalaer: 1) Interest and curiosity in mental states (IC) 2) Pre-mentalizing (PM) 3) Certainty of mental states (CM) | Hver subskala går fra 1-7. For PM gælder, at lav score indikerer høj refleksionsevne, imens der for CM og IC gælder, at høj score indikerer høj refleksionsevne | | x | x |
| Forældrestress Stress relateret til forælderrollen | Parenting Stress Index - short form (PSI-SF) Tre subskalaer: 1) parental distress 2) parent-child dysfunctional interaction 3) difficult child | Skalaen går fra 36-180. Lav score indikerer lavt niveau af stress relateret til forælderrollen | | | x |
| Mors depressive symptomer | Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) | Skalaen går fra 0 til 30. En score på 0-11 indikerer symptomer, der formodes kortvarige. En score på 12 eller derover anses at indikere tilstedeværelse af depression | x | x | x |
| Forældrenes velbefindende | Short Warwick Edinburg Mental Well-being Scale (SWEMWBS) | Skalaen går fra 7 til 35. Høj score indikerer en højere grad af mental velbefindende | x | x | x |

Baggrundsfaktorer

Information om faktorer, der forventes at kunne påvirke deltagernes forældreevner og tilknytning, er indsamlet gennem spørgeskemaer til forældrene, og de væsentligste beskrives i tabel 4.

Tabel 4. Baggrundsfaktorer

| Mål | Redskab | Score | Måletidspunkt | | |
|---|--|---|---------------|---------------|---------------|
| | | | Base-line | 1. fol-low-up | 2. fol-low-up |
| Forældrenes tilknytning i tætte relationer | Experiences in Close Relationship scale (ECR-S) Spørgsmålene adresserer angst og undvigelse i relation til voksen-tilknytning. To subskalaer: 1) Angstfuld tilknytning (frygt for afvisning eller at blive forladt, et overdrevent behov for godkendelse fra andre og ængstelse, når partneren er utilgængelig). 2) Undvigende tilknytning (frygt for afhængighed og intimitet og et overdrevent behov for at være selvhjulpen) | Skalaen går fra 12 til 84. Subskalaerne fra 6 til 42 Høj score er et udtryk for en utryk forælder-tilknytningsstil | x | x | x |
| Mors tilknytning til det ufødte barn | Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) Spørgsmålene adresserer tanker, følelser og adfærd rettet mod det ufødte barn. To subskalaer: 1) Kvalitet (følelsesmæssig tæthed/afstand, positive/negative følelser, ømhed/irritation rettet mod det ufødte barn) 2) Intensitet/mængden af tid, hvor moren er i tilknytningstilstand (f.eks. hvor involveret den gravide kvinde er med fosteret) | Skalaen går fra 1 til 5. Høj score indikerer høj grad af tilknytning | x | | |
| Forældrenes mentaliseringsevne før fødslen Forældrenes evne til at fokusere på oplevelser og følelser i sig selv og hos det ufødte barn | The Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRFQ) | Høj score er udtryk for et højt niveau af mentaliseringsevne før fødslen | x | | |
| Forældrenes mentale tilstand | Spørgsmål, der adresserer forældrenes tidligere og nuværende mentale tilstand, og om de er eller har været i behandling herfor | | x | | |
| Ammestatus | Spørgsmål, der adresserer, om/hvor længe mor ammer fuldt eller delvist | | | x | x |

Kvalitative interviews

Fælleskonsultationen, hvor den gravide kvinde og eventuelt partner mødtes med både jordemoder og sundhedsplejerske, evalueres gennem semistrukturerede kvalitative interviews. Disse interviews bruges yderligere til at evaluere jordemødrenes oplevelser med screeningsredskabet og sundhedsplejerskernes oplevelser med at arbejde med Tryghedscirklen i familierne. Alle deltagende sundhedsplejersker og jordemødre er blevet interviewet. For jordemødrene gælder, at alle interviews er enkelt-interviews, imens interviewene med sundhedsplejerskerne er gennemført som både fokusgruppeinterviews og enkelt-interviews.

Endvidere er der ved 1. og 2. follow-up besøg udført semistrukturerede interviews med udvalgte forældre fra studiet. Interviewene undersøger forældrenes oplevelser med de tilbud, de har modtaget i løbet af graviditeten og efter fødslen som led i indsatsen. Forældre i interventionsgruppen er specifikt blevet spurgt til, hvordan de har oplevet screeningen, hvor den kommende mor skulle svare på spørgsmål omkring depression og deres personlighed, fælleskonsultationen med jordemoder og sundhedsplejerske, og hvordan de har oplevet at modtage Tryghedscirklen.

Interviewene er blevet transskriberet og efterfølgende kodet og kategoriseret induktivt ved brug af metoden *qualitative content analysis* [31].

Statistiske metoder

Styrkeberegningen viste, at der skulle inkluderes 24 mødre i både interventions- og kontrolgruppe for at opnå den ønskede styrke i forhold til studiets primære outcome – *mors sensitivitet*. Med en formodet frafaldsprocent på 20% havde vi brug for at inkludere minimum 60 mødre.

Deskriptive data præsenteres ved gennemsnit og tilhørende standardafvigelser eller andele afhængig af fordelingen af variabelen samt med p-værdier for test af uafhængighed mellem gruppe og variabel. Uafhængighed mellem den enkelte variabel og gruppe blev betragtet ved henholdsvis chi-square test og Student's t test. Vi præsenterer resultater for de kontinuerte mål baseret på antagelse om normalfordeling, men har for kontinuerte variable også betragtet Mann-Whitney test.

Der er udført en ANOVA-analyse af det primære effektmål, *mors sensitivitet*, på henholdsvis interventions- og kontrolgruppe. Effekten måles som forskellen mellem grupperne ved anden follow-up. Den primære analyse følger intention-to-treat (ITT) princippet og bruger multiple imputation i tilfælde af missing outcome measures og er ujusteret. ITT betyder, at deltagerne i analysen indgår i den gruppe, de oprindeligt blev placeret i, også selvom de skulle udgå af studiet eller modtage en anden behandling. Fordelen ved ITT-analyser er, at man undgår overoptimistiske estimater af effekten af indsatsen, der kan resultere ved at fjerne non-compliers ved, at man accepterer, at noncompliance og fravigelser fra protokollen let kan forekomme i den virkelige verden [32, 33].

Endvidere laves analysen, justeret for baggrundsvariable med skæve fordelinger mellem interventions- og kontrolgruppe, ved brug af per protocol princippet, hvor der i interventionsgruppen kun er medtaget deltagere med en høj compliance (deltagelse i syv ud af ni Tryghedscirklen sessioner). I per protocol analysen er målet at identificere en effekt, som ville finde sted under optimale forhold, det vil sige, hvor deltagerne er fuldt compliant. Derfor ekskluderer man deltagere, der ikke opfylder dette, fra analysen [33].

For at undersøge om en eventuel effekt af interventionen er udvandet af non-completers (deltagere fra interventionsgruppen, der deltager i fire eller færre sessioner af Tryghedscirklen) er ovenstående beskrevne analyser gentaget, hvor non-completers er ekskluderet fra interventionsgruppen. Tilsvarende analyser er udført for sekundære udfald ved anden follow-up. For sekundære analyser, hvor baseline værdier er indsamlet, er en ANCOVA model for udviklingen i udfaldet fra baseline til follow-up, justeret for baseline værdier, anvendt.

Resultater

Rekruttering

Det blev oprindeligt estimeret, at der i inklusionsperioden på ti måneder ville kunne identificeres 100 gravide kvinder tilhørende målgruppen fra de fire deltagende kommuner. Ud af denne gruppe forventedes et samlet frafald på 20%, således at 80 gravide kvinder ville gennemføre projektet.

Efter ti måneder var 42 deltagere inkluderet i studiet, hvorfor inklusionsperioden blev forlænget. Inklusionen blev afsluttet i november 2018, hvor 78 deltagere var inkluderet.

Rekrutteringsperioden løb således fra primo juni 2017 til ultimo november 2018. I alt blev 158 gravide kvinder fra omsorgsniveau 3 inviteret til deltagelse i denne periode (se figur 8).

Ud af de 158 kvinder blev 80 ekskluderet fra studiet; 61 fordi de ikke ønskede at deltage, og 19 fordi de ikke imødekom inklusionskriteriet.

De hyppigst nævnte årsager fra de inviterede kvinder, der ikke ønskede at deltage i projektet, var som følger:

- Oplever ikke behov for en ekstra indsats
- Kan ikke overskue deltagelse – på grund af sårbarhed eller på grund af den ekstra tid, det kræver
- Ønsker ikke at blive videofilm

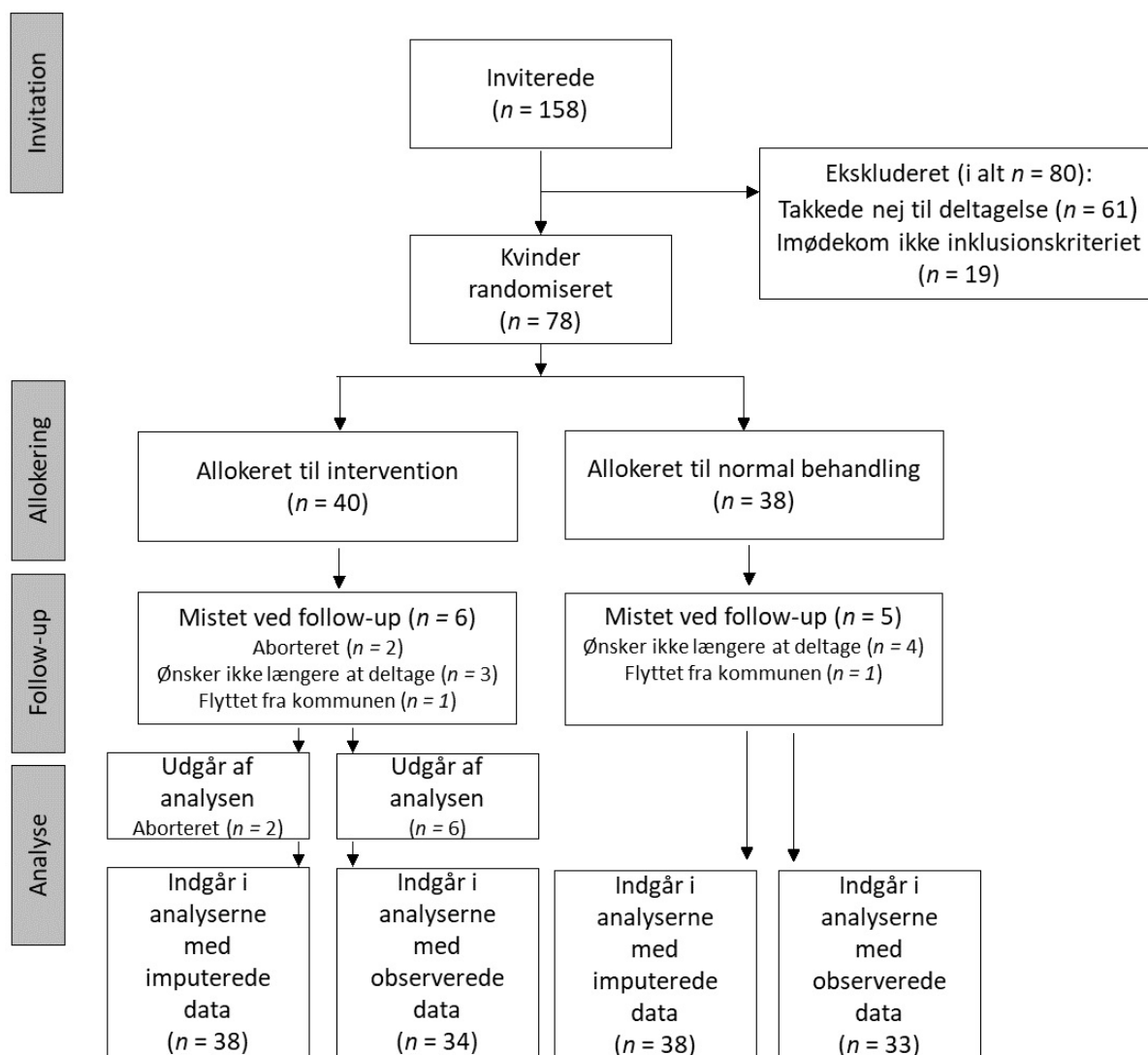
Årsagerne til, at kvinderne ikke imødekom inklusionskriteriet, var som følger;

- Er flyttet eller er i gang med at flytte (8)
- Har aborteret (6)
- Taler og forstår ikke dansk (2)
- Er ikke over 18 år (1)
- Ønsker at føde på et andet hospital (1)
- Mental kapacitet er utilstrækkelig (1)

Alle kvinder, der i telefonen takkede ja til, at forskergruppen måtte besøge dem og fortælle mere om projektet, endte med at indgå i projektet.

I figur 8 illustreres deltagernes vej ind i studiet fra invitation, til allokering, follow-up og analyse.

Figur 8. Deltagernes vej ind i studiet



Beskrivelse af populationen

I alt indgik 78 gravide kvinder i studiet. Idet to kvinder aborterede, indgår der i alt 76 kvinder i studiets population. I alt indgår 62 af kvindernes partnere. Nedenfor beskrives populationens karakteristika opdelt på kommende mødre og partnere/kommende fædre.

Karakteristika for de kommende mødre

Gennemsnitsalderen for de kommende mødre var ved indgåelse i studiet 30,7 år (standardafvigelse 5,1) for kvinderne i kontrolgruppen og 31 år (standardafvigelse 5,9) for kvinderne i interventionsgruppen.

I tabel 5 beskrives yderligere karakteristika for de kommende mødre både som samlet opgørelse for alle kvinder samt opdelt på henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Endeligt præsenteres test for, om der er statistisk signifikant forskel i karakteristika på interventions- og kontrolgruppen.

Af tabel 5 fremgår det, at lidt over halvdelen af deltagerne i studiet ventede deres første barn, mere end 85% af kvinderne var gift eller havde en partner, 14% var uden uddannelse, mens næsten 40% havde en erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse, og 46% havde en mellemlang eller videregående uddannelse. Næsten halvdelen af kvinderne havde et mentalt sundhedsproblem, da de blev gravide, mere end en tredjedel modtog psykiatrisk eller psykologisk behandling, og næsten 90% havde været i psykiatrisk eller psykologisk behandling tidligere. Mere end 85% af deltagerne havde et stærkt netværk, hvor de ofte eller altid oplevede støtte fra deres partner og familie eller venner. For de nævnte områder gælder, at der ikke er statistisk signifikant forskel mellem deltagerne i interventions- og kontrolgruppen. Hvad angår beskæftigelsesstatus, var 67% af deltagerne i arbejde, 9% studerende og 24% var sygemeldt eller modtog social understøttelse. For disse variable er der statistisk forskel mellem interventions- og kontrolgruppen, således at der er flere i interventionsgruppen, der er i arbejde og er studerende, mens flere i kontrolgruppen er sygemeldt eller modtager social understøttelse.

Table 5. Characteristics for the coming mothers

| Antal observationer (n=76) | Antal kvinder (%) | Kontrolgruppe (38 kvinder) | | Interventionsgruppe (38 kvinder) | | Test for uafhængighed mellem gruppe og variabel P-værdi |
|---|-------------------|----------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|--|
| | | Antal | Andel i % | Antal | Andel i % | |
| Gravid med første barn | 40 (52,63) | 19 | 50,00 | 21 | 55,26 | 0,65 |
| Gift/partner | 65 (85,53) | 32 | 84,21 | 33 | 86,84 | 0,74 |
| Uddannelse | | | | | | |
| Ingen uddannelse | 11 (14,7) | 5 | 13,16 | 6 | 15,79 | 0,79 |
| Erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse (1-2 år) | 30 (39,47) | 14 | 36,84 | 16 | 42,11 | |
| Mellemlang eller lang videregående uddannelse (3-7 år) | 35 (46,05) | 19 | 50,00 | 16 | 42,11 | |
| Beskæftigelsesstatus | | | | | | |
| I arbejde | 51 (67,11) | 23 | 60,53 | 28 | 73,68 | <0,01* |
| Studerende | 7 (9,21) | 1 | 2,63 | 6 | 15,79 | |
| Sygemeldt/modtager social understøttelse | 18 (23,68) | 14 | 36,4 | 4 | 10,53 | |
| Mental trivsel (selvrapporteret) | | | | | | |
| Mentale sundhedsproblemer ved graviditet | 35 (46,05) | 17 | 44,74 | 18 | 47,37 | 0,82 |
| Nuværende psykiatrisk eller psykologisk behandling | 28 (36,84) | 14 | 36,84 | 14 | 36,84 | > 0,99 |
| Tidligere psykiatrisk eller psykologisk behandling | 67 (88,16) | 35 | 92,11 | 32 | 84,21 | 0,28 |
| Netværk: Stærkt netværk (ofte eller altid støtte fra partner OG familie eller venner) | 65 (85,53) | 34 | 89,47 | 31 | 81,58 | 0,33 |

* På grund af få observationer er denne test beregnet ved fishers eksakte test for uafhængighed mellem gruppe og arbejde

Karakteristika for partnere

Gennemsnitsalderen for partnere var ved indgåelse i studiet 32,4 år (standardafvigelse 5,2) for mændene i kontrolgruppen og 34,1 år (standardafvigelse 7,2) for mændene i interventionsgruppen.

I tabel 6 præsenteres yderligere karakteristika for partnere/mandlige deltagere i studiet.

I tabel 6 fremgår det, at lidt under halvdelen af de deltagende partnere i studiet ventede deres første barn, 16% var uden uddannelse, mens 36% havde en erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse, og 48% havde en mellemlang eller videregående uddannelse. Ganske få af partnere havde et mentalt sundhedsproblem eller modtog psykiatrisk eller psykologisk behandling, da deres partner blev gravid, imens næsten halvdelen havde været i psykiatrisk eller psykologisk behandling tidligere. Mere end 85% af de deltagende partnere havde et stærkt netværk, hvor de ofte eller altid oplevede støtte fra deres partner og familie eller venner. Langt den overvejende del af partnerne var i arbejde, og 6% var sygemeldt eller modtog social understøttelse.

For de variable, hvor der er tilstrækkelig med deltagere til at vise signifikante forskelle, gælder, at der ikke er statistisk signifikant forskel mellem deltagende partnere i interventions- og kontrolgruppen.

Tabel 6. Karakteristika for deltagende partnere

| Antal observationer (n=62) | Antal (%) | Kontrolgruppe (30 mænd) | | Interventionsgruppe (32 mænd) | | Test for uafhængighed mellem gruppe og variabel |
|---|------------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|---|
| | | Antal | Andel i % | Antal | Andel i % | P-værdi |
| Venter første barn | 28 (45,16) | 14 | 46,67 | 14 | 43,75 | 0,82 |
| Gift/partner | 61 (98,39) | 29 | 96,67 | 32 | 100 | ,* |
| Uddannelse | | | | | | |
| Ingen uddannelse | 10 (16,39) | 5 | 16,67 | 5 | 15,63 | 0,99 |
| Erhvervsfaglig eller kort videregående uddannelse (1-2 år) | 22 (36,07) | 11 | 36,67 | 11 | 34,38 | |
| Mellemlang eller lang videregående uddannelse (3-7 år) | 29 (47,54) | 14 | 46,67 | 15 | 46,88 | |
| Beskæftigelsesstatus | | | | | | |
| I arbejde | 58 (93,55) | 28 | 93,33 | 30 | 93,75 | ,* |
| Studerende | 0 (0) | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Sygemeldt/modtager social understøttelse | 4 (6,45) | 2 | 6,67 | 2 | 6,25 | |
| Mental trivsel (selvrapporteret) | | | | | | |
| Mentale sundhedsproblemer, da partneren blev gravid | 3 (5) | 2 | 6,67 | 1 | 3,13 | ,* |
| Nuværende psykiatrisk eller psykologisk behandling | 5 (8,06) | 1 | 3,33 | 4 | 12,50 | ,* |
| Tidligere psykiatrisk eller psykologisk behandling | 30 (48,39) | 16 | 53,33 | 14 | 43,75 | 0,45 |
| Netværk: Stærkt netværk (ofte eller altid støtte fra partner OG familie eller venner) | 54 (87,10) | 26 | 86,67 | 28 | 87,50 | ,* |

* for få deltagere i kategorien til, at der kan testes for uafhængighed

Deltagernes tilknytningsstil og mentale tilstand ved indtræden i studiet

I tabel 7 præsenteres de kommende mødres *tilknytningsstil*, *tilknytning til det ufødte barn*, *mentaliseringssevne*, *depressive symptomer* samt *velbefindende* opdelt for henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Endvidere fremgår for hver variabel, det interval, scoren potentielt kan ligge i, samt test for, om der er forskel mellem og interventions- og kontrolgruppernes score.

Tabel 7. Deskriptiv statistik for mors tilknytning og mors tilstand før fødslen

| Antal observationer (n=76) | Kontrol (n=38) | | Intervention (n=38) | | Potentiel range | Test for uafhængighed mellem gruppe og variabel P-værdi |
|--|----------------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------|--|
| | Gennemsnit | Standard-afvigelse | Gennemsnit | Standard-afvigelse | | |
| Mors tilknytningsstil (ECR-S) | | | | | | |
| Total | 31,45 | 9,76 | 29,87 | 7,53 | (12-84) | 0,43 |
| Undvigende | 10,32 | 4,64 | 11,74 | 4,85 | (6-42) | 0,20 |
| Ængstelig | 21,13 | 7,06 | 18,13 | 5,30 | (6-42) | 0,04 |
| Mors tilknytning til det ufødte barn (MAAS) | | | | | | |
| Total | 76,07 | 8,13 | 74,87 | 7,38 | (19-95) | 0,50 |
| Kvalitet | 43,85 | 4,5 | 44,1 | 3,6 | (10-50) | 0,80 |
| Intensitet | 28,00 | 4,36 | 26,79 | 4,24 | (8-40) | 0,22 |
| Mors mentaliseringssevne før fødslen (P-PRFQ) | | | | | | |
| | 65,18 | 10,20 | 65,05 | 10,45 | (14-98) | 0,96 |
| Mors depressive symptomer (EPDS) | | | | | | |
| | 8,50 | 5,14 | 8,34 | 5,13 | (0-30) | 0,89 |
| Mors velbefindende (SWEMWBS) | | | | | | |
| | 24,37 | 3,35 | 24,84 | 3,23 | (7-35) | 0,54 |

I tabellen ses, at de kvindelige deltagers *tilknytningsstil*, målt ved ECR-S total, i gennemsnit har en værdi på omkring 30, uden at der er statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Ser man på deltagerens værdier for en *undvigende tilknytningsstil*, er kontrolgruppens gennemsnitsværdi 10,32, mens den for interventionsgruppen er 11,74 uden statistisk signifikant forskel mellem de to grupper. Imidlertid ser vi for den *ængstelige tilknytning* alene, at det gælder, at gennemsnitsværdien for kontrolgruppen er 21,13 og for interventionsgruppen 18,13, hvor forskellen er statistisk signifikant. Således adskiller studiets deltagere i kontrolgruppen sig ved at have et højere niveau af *ængstelig tilknytning*, end det vi ser i interventionsgruppen.

Hvad angår kvindernes *tilknytning til det ufødte barn*, deres *mentaliseringssevne* før fødslen, deres *depressive symptomer* samt deres *velbefindende*, ser vi ikke forskel på interventions- og kontrolgruppens gennemsnitsværdier.

I tabel 8 præsenteres partnernes *tilknytningsstil*, *mentaliseringssevne*, *depressive symptomer* samt *velbefindende* opdelt for henholdsvis interventions- og kontrolgruppen. Endvidere fremgår ligeledes for hver variabel, det interval, scoren potentielt kan ligge i samt test for, om der er forskel mellem interventions- og kontrolgruppens score.

Tabel 8. Deskriptiv statistik for partners tilknytning og tilstand før fødslen

| Antal observationer (n=62) | Kontrol (n=30) | | Intervention (n=32) | | Potentiel range | Test for uafhængighed mellem gruppe og variabel P-værdi |
|--|----------------|-------------------|---------------------|-------------------|-----------------|--|
| | Gennemsnit | Standardafvigelse | Gennemsnit | Standardafvigelse | | |
| Partners tilknytningsstil (ECR-S) | | | | | | |
| Total | 30,10 | 9,36 | 32,53 | 9,46 | (12-84) | 0,31 |
| Undvigende | 13,90 | 5,50 | 12,53 | 4,63 | (6-42) | 0,29 |
| Ængstelig | 16,20 | 6,78 | 20,00 | 8,02 | (6-42) | 0,05 |
| Partners mentaliseringssevne før fødslen (P-PRFQ) | | | | | | |
| | 52,80 | 12,86 | 53,44 | 13,47 | (14-98) | 0,85 |
| Partners depressive symptomer (EPDS) | | | | | | |
| | 4,03 | 3,42 | 4,25 | 3,33 | (0-30) | 0,80 |
| Partners velbefindende (SWEMWBS) | | | | | | |
| | 24,92 | 3,23 | 26,02 | 2,87 | (7-35) | 0,16 |

I tabellen ses, at partnernes *tilknytningsstil*, målt ved ECR-S total, i gennemsnit har en værdi på lidt over 30, uden at der er statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Ser man på deltagerens værdier for en *undvigende tilknytningsstil*, er kontrolgruppens gennemsnitsværdi 10,32, mens den for interventionsgruppen er 11,74 uden statistisk signifikant forskel mellem de to grupper. Imidlertid ser vi for den *ængstelige tilknytning* alene, at det gælder, at gennemsnitsværdien for kontrolgruppen er 16,20 og for interventionsgruppen 20, hvor forskellen tenderer at være statistisk signifikant. Således adskiller partnerne i interventionsgruppen sig ved at have et højere niveau af *ængstelig tilknytning*, end det, vi ser i kontrolgruppen.

Hvad angår partnernes *mentaliseringssevne* før fødslen, deres *depressive symptomer* samt deres *velbefindende*, ser vi ikke forskel på interventions- og kontrolgruppens gennemsnitsværdier.

Implementering

Screening

Der er i projektperioden udført screeninger for depression (EPDS) og personlighedsforstyrrelser (SAPAS) for 31 af de deltagende 34 kvinder.

Systematisk overlevering af information fra barselsgangen til sundhedsplejen

For den systematiske overlevering, der skulle finde sted fra barselsgangen, når deltagerne i interventionsgruppen blev udskrevet, gælder, at den ikke blev implementeret. Vi finder, at overleveringen fra barselsgangen til sundhedsplejersken kun er fundet sted for én af de deltagende kvinder.

Fælleskonsultationer

Opgørelser af antallet af afholdte fælleskonsultationer viser, at der har fundet en høj grad af implementering sted, således at 30 af de 33 deltagere i interventionsgruppen har modtaget en fælleskonsultation med deres jordemoder og sundhedsplejerske. Ud af de 30 kommende mødre, der har deltaget i fælleskonsultationen, har 22 været ledsaget af deres partner eller et andet familiemedlem. Ammevejledning er blevet givet i 27 af konsultationerne, mens det i to konsultationer ikke blev anset som relevant grundet god erfaring og oplevelser med amning i forbindelse med tidligere fødsler. For en deltager er det ikke oplyst, om denne har modtaget ammevejledning ved fælleskonsultationen.

Tryghedscirklen

For 27 af de 33 deltagende kvinder i interventionsgruppen gælder, at de har modtaget alle ni sessioner af Tryghedscirklen igennem projektperioden. De resterende seks kvinder har modtaget otte sessioner af Tryghedscirklen.

Resultater fra de kvantitative opgørelser og analyser

Screening for depression og personlighedsforstyrrelser

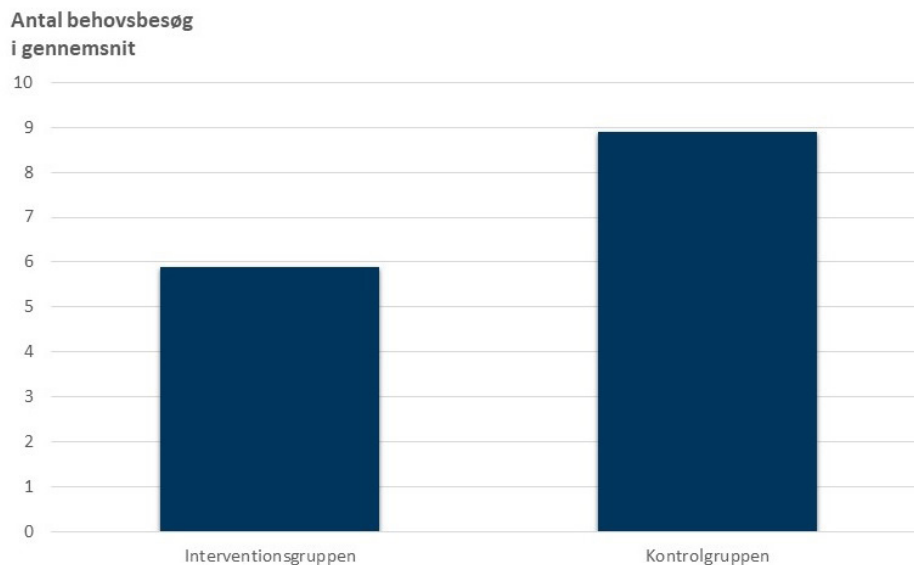
Screeningen for depression og personlighedsforstyrrelser identificerede for 7 af de 31 kvinder EPDS-værdier på eller over grænseværdien 12, hvilket indikerer at behandlingskrævende depression kan foreligge. 8 af de 31 kvinder, der var blevet screenet, scorede 3 eller derover på SAPAS-skalaen, hvilket indikerer, at kvinden kan have en personlighedsforstyrrelse. Flere af screeningerne har resulteret i, at kvinderne er blevet henvist til en psykiater.

Behovsbesøg af sundhedsplejersken

En opgørelse af antallet af behovsbesøg fra sundhedsplejersken, der er givet til deltagerne ud over besøg med Tryghedscirklen (for interventionsdeltagernes vedkommende), viser, at der er stor variation i antallet af besøg kvinderne har modtaget. Således varierer antallet af besøg for kvinderne i interventionsgruppen fra 4 til 10 besøg. For kvinderne i kontrolgruppen er tilsvarende variation fra 5 til 20 besøg. Opgø-

relsen viser, at kvinderne i interventionsgruppen i gennemsnit har modtaget 5,9 behovsbesøg imens kontrolgruppen i gennemsnit har modtaget 8,9 besøg (figur 9).

Figur 9. Antal behovsbesøg af sundhedsplejersken efter barnet er født



Effekter af interventionen

I tabel 9 præsenteres værdier (gennemsnitsværdier og standardafvigelser) for det primære og de sekundære effektmål for henholdsvis interventions- og kontrolgruppen målt ved 2. follow-up, hvor barnet er ni måneder gammel, og moren har modtaget hele interventionen.

Endvidere præsenteres de estimerede interventionseffekter for mødre bestemt ved intention-to-treat analyser med imputerede data. Antal observerede værdier er ved 2. opfølgning 67 mødre, fordelt med 34 kvinder i interventionsgruppen og 33 kvinder i kontrolgruppen. I analyserne inkluderes kun information om interventions- eller kontrolgruppe i forhold til de enkelte mål på nær for mors velbefindende og mors depressive symptomer, hvor den målte værdi ved baseline også er med i analysen. Gennemsnit og standardafvigelser er identiske i de observerede og de imputerede data.

Der er endvidere udført analyser for det primære effektmål ved 1. follow-up, hvor barnet var cirka otte uger gammel (når moren har modtaget to besøg med Tryghedscirklen i graviditeten). Sensitivitetsscoren var 3,3 for interventionsgruppen og 3,5 for kontrolgruppen. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

Tabel 9. Interventionseffekt ved 2. follow-up for mødre i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen

| Antal observationer (n=76) | Kontrol (n=38) | | Intervention (n=38) | | Forskel mellem interventions- og kontrolgruppe | |
|--|----------------|-------------------|---------------------|-------------------|--|------------------|
| | Gennemsnit | Standardafvigelse | Gennemsnit | Standardafvigelse | Estimat (95% konfidensinterval) | t test (p-værdi) |
| Mors sensitivitet (CIB) | | | | | | |
| Potential range 1-5 | 3,5 | 0,8 | 3,4 | 0,6 | -0,08 (-0,41;0,26) | 0,66 |
| Barnets socioemotionelle udvikling (ASQ-SE) | | | | | | |
| Potential range 0-405 | 39,8 | 18,1 | 34,8 | 20,2 | -4,91 (-14,16;4,35) | 0,30 |
| Forældrenes mentaliseringsevne (PRFQ) | | | | | | |
| Interest and curiosity in mental states | 6,1 | 0,8 | 6,0 | 0,7 | -0,13 (-0,50;0,24) | 0,49 |
| Pre-mentalizing | 1,6 | 0,6 | 1,4 | 0,4 | -0,21 (-0,44;0,02) | 0,07 |
| Certainty of mental states Potential range 1-7 | 4,4 | 1,1 | 4,4 | 1,0 | 0 (-0,52;0,51) | 0,99 |
| Forældrestress (PSI) | | | | | | |
| Samlet Potential range 36-180 | 68,5 | 19,5 | 59,9 | 14,2 | -8,51 (-16,6;-0,41) | 0,04 |
| Parental distress Potential range 12-60 | 26,5 | 8,7 | 23,2 | 6,5 | -3,31 (-6,95;0,33) | 0,07 |
| Parent-child dysfunctional interaction Potential range 12-60 | 19,9 | 8,3 | 16,6 | 4,5 | -2,94 (-5,98;0,09) | 0,06 |
| Difficult child Potential range 12-60 | 22,3 | 7,1 | 20,2 | 5,4 | -1,97 (-4,83;0,88) | 0,18 |
| Mors depressive symptomer (EPDS) | | | | | | |
| Ændringer fra baseline til 2. follow-up | -2,0 | 4,5 | -2,7 | 5,1 | -0,72 (-2,35;0,91) | 0,39 |
| Forældrenes velbefindende (SWEMWBS) | | | | | | |
| Ændringer fra baseline til 2. follow-up | 1,4 | 3,6 | 1,1 | 2,8 | -0,11 (-1,45;1,23) | 0,87 |

I tabel 9 fremgår det, at *mors sensitivitet* er 3,4 for interventionsgruppen, mens scoren for kontrolgruppen er 3,5. For denne variabel gælder at en høj score er ønskværdig. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

For *barnets socioemotionelle udvikling* finder vi, at gennemsnittet for deltagere i interventionsgruppen ligger på 34,8, mens det for kontrolgruppen ligger på 39,8. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

Hvad angår *mors mentaliseringsevne*, finder vi, at scoren for *interest and curiosity in mental states* er 6,0 i interventionsgruppen og 6,1 i kontrolgruppen og for *certainty of mental states* 4,4 for begge grupper. For disse variable gælder, at en høj score er ønskværdig.

Scoren for *pre-mentalizing* er for interventionsgruppen 1,4 og for kontrolgruppen 1,6. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

For *depressive symptomer* gælder, at tallene, der afrapporteres i tabel 9, er ændringer fra baseline til 2. follow-up. For interventionsgruppen ses en gennemsnitlig nedgang i scoren på 2,7 og for kontrolgruppen 2,0. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

Ligeledes gælder for *mors velbefindende*, at tallene, der afrapporteres i tabel 9, er ændringer fra baseline til 2. follow-up. For interventionsgruppen ses en gennemsnitlig stigning i scoren på 1,1 og for kontrolgruppen en stigning på 1,4. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

Når vi inddrager mulige confoundere (mors uddannelse, paritet, alder, tilknytningsstil, velbefindende, tilknytning til det ufødte barn og depressive symptomer ved baseline) i analyserne, finder vi tilsvarende ikke-signifikante resultater (resultater ikke præsenteret).

For *forældrestress* finder vi, at den samlede score er 59,9 for interventionsgruppen og 68,5 for kontrolgruppen. Denne forskel er statistisk signifikant, og kvinderne i interventionsgruppen oplever således et lavere niveau af forældrestress sammenlignet med kontrolgruppen. Når der inddrages confoundere i analysen (mors uddannelse, paritet, alder, tilknytningsstil, velbefindende, tilknytning til det ufødte barn og depressive symptomer ved baseline) bliver forskellen dog statistisk insignifikant ($p=0,12$, $(-14,28;1,59)$). For subskalaerne *parental distress*, *parent-child dysfunctional interaction* og *difficult child* er scorene for interventionsgruppen henholdsvis 23,2, 16,6 og 20,2 og for kontrolgruppen 26,5, 19,9 og 22,3. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. De fundne forskelle for subskalaerne er dog ikke statistisk signifikante.

Hvad angår amning, var der ved 2. follow-up ikke statistisk signifikant forskel på, hvor længe mødrene i interventions- og kontrolgruppen havde ammet deres barn fuldt eller delvist (data ikke præsenteret).

For data fra mødrene i studiet gælder, at resultaternes signifikans ikke ændres, når analyserne udføres som per protokol analyser.

I tabel 10 præsenteres tilsvarende data for de sekundære effektmål for partnere.

Tabel 10. Interventionseffekt ved 2. follow-up for partnere i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen

| Antal observationer (n=62) | Kontrol (n=30) | | Intervention (n=32) | | Forskel mellem interventions- og kontrolgruppe | |
|--|----------------|-------------------|---------------------|-------------------|--|------------------|
| | Gennemsnit | Standardafvigelse | Gennemsnit | Standardafvigelse | Estimat (95% konfidensinterval) | t test (p-værdi) |
| Barnets socio-emotionelle udvikling (ASQ-SE) | | | | | | |
| Potential range 1-5 | 45,7 | 24,4 | 36,1 | 17,1 | -9,63 (-21,21;1,95) | 0,10 |
| Forældrenes mentaliseringsevne (PRFQ) | | | | | | |
| Interest and curiosity in mental states | 5,4 | 0,9 | 5,6 | 0,8 | 0,22 (-0,26;0,70) | 0,37 |
| Pre-mentalizing | 1,6 | 0,4 | 1,6 | 0,5 | -0,01 (-0,27;0,26) | 0,96 |
| Certainty of mental states Potential range 1-7 | 4,3 | 0,9 | 4,3 | 1,1 | 0,01 (-0,56;0,58) | 0,98 |
| Forældrestress (PSI) | | | | | | |
| Samlet Potential range 36-180 | 59,7 | 11,2 | 59,8 | 12,9 | 0,09 (-6,66;6,84) | 0,98 |
| Parental distress Potential range 12-60 | 24,4 | 6,5 | 23,2 | 6,6 | | |
| Parent-child dysfunctional interaction Potential range 12-60 | 17,0 | 4,6 | 16,3 | 3,8 | | |
| Difficult child Potential range 12-60 | 19,3 | 4,4 | 19,9 | 5,0 | | |
| Fars depressive symptomer (EPDS) | | | | | | |
| Ændringer fra baseline til 2. follow-up | 0,5 | 3,1 | -0,3 | 2,6 | -0,74 (-2,30;0,82) | 0,35 |
| Forældrenes velbefindende (SWEMWBS) | | | | | | |
| Ændringer fra baseline til 2. follow-up | 1,3 | 3,8 | 0,1 | 2,8 | -0,76 (-2,62;1,11) | 0,43 |

For *barnets socioemotionelle udvikling* finder vi, at gennemsnittet for deltagere i interventionsgruppen ligger på 36,1, mens det for kontrolgruppen ligger på 45,7. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant. Dog finder vi, når analyserne udføres som per protokol analyser, at der er en statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen (p-værdi=0,04), således at partnerne i interventionsgruppen oplever færre udfordringer relateret til *barnets socioemotionelle udvikling*. Når der justeres for confoundere (partners uddannelse, paritet, alder, tilknytningsstil, velbefindende og depressive symptomer ved baseline), er forskellen ikke længere statistisk signifikant.

Hvad angår *partners mentaliseringsevne*, finder vi, at scoren for *interest and curiosity in mental states* er 5,6 i interventionsgruppen og 5,4 i kontrolgruppen og for *certainty of mental states* 4,3 for begge grupper. For disse variable gælder, at en høj score er ønskværdig. Scoren for *pre-mentalizing* er for interventionsgruppen 1,6 for begge grupper.

For *depressive symptomer* gælder, at tallene, der afrapporteres i tabel 10, er ændringer fra baseline til 2. follow-up. For interventionsgruppen ses en gennemsnitlig nedgang i scoren på 0,3, mens der for kontrolgruppen ses en stigning på 0,5. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

Ligeledes gælder for *fars velbefindende*, at tallene, der afrapporteres i tabel 10, er ændringer fra baseline til 2. follow-up. For interventionsgruppen ses en gennemsnitlig stigning i scoren på 0,1 og for kontrolgruppen en stigning på 1,3. Den fundne forskel er dog ikke statistisk signifikant.

For *forældrestress* finder vi, at den samlede score er 59,8 for interventionsgruppen og 59,7 for kontrolgruppen. For subskalaerne *parental distress*, *parent-child dysfunctional interaction* og *difficult child* er scorene for interventionsgruppen henholdsvis 23,2, 16,3 og 19,9 og for kontrolgruppen 24,4, 17,0 og 19,3. For denne variabel gælder, at en lav score er ønskværdig. De fundne forskelle for det samlede mål samt på subskalaerne er dog ikke statistisk signifikante.

Når vi inddrager confoundere i analyserne (fars uddannelse, paritet, alder, tilknytningsstil, velbefindende og depressive symptomer ved baseline) finder vi tilsvarende ikke-signifikante resultater (resultater ikke præsenteret).

Bortset fra *barnets socioemotionelle udvikling* gælder, at resultaternes signifikans ikke ændres, når analyserne udføres som per protocol analyser.

For analyserne både for mødre og fædre uden imputation (ikke præsenteret) gælder, at værdierne ligger meget tæt på de præsenterede analyser, der indeholder imputerede data.

Erfaringer og oplevelser med interventionen – resultater fra de kvalitative interviews

Som tidligere beskrevet blev der gennemført interviews med alle de deltagende jordemødre og sundhedsplejersker samt interviews med udvalgte familier, der deltog i studiet. I det følgende præsenteres deltagernes erfaringer, oplevelser og anbefalinger i forhold til interventionen og perspektiver på fremtidig brug af interventionens delelementer.

Screening for depression og personlighedsforstyrrelser

Interviewene med både jordemødre og forældre viser, at det for de fleste mødre har været uproblematisk at udfylde screeningsspørgsmålene. Ligeledes har samtlige af de interviewede mødre oplevet, at jordemoderen fulgte tilstrækkeligt op på besvarelsene efterfølgende. Nogle mødre fortæller, at screeningen betød, at de fik sat ord på, hvordan de havde det, og dermed blev mere bevidste om deres mentale velbefindende.

Jordemødrene oplevede, at det, at de gravide svarede på screeningsspørgsmålene, betød, at de lukkede op for sårbare emner og fortalte deres historie i forhold til deres mentale helbred og tidligere psykisk sygdom samt om deres udfordringer og problemer.

Flere mødre, der havde det dårligt på tidspunktet, hvor de udfyldte screeningsspørgsmålene, oplevede, at spørgsmålene gik meget tæt på og fungerede som øjenåbnere i forhold til at indse, hvor dårligt de havde det, og betød, at de kunne blive henvist videre til relevante behandlingstilbud. En mor fortæller:

”Jeg havde det svært der, og det (screeningen) fik mig til at indse nogle ting om, hvordan jeg havde det, og så fik jordemoderen jo så sendt mig videre til at få noget hjælp til det. Og det ville jeg jo ikke have fået, hvis ikke jeg havde fået de spørgsmål, tænker jeg. Så havde vi nok ikke snakket om det. Det er jo ikke noget, man selv siger, så det at man skal svare på det, det får ligesom – det tvinger lidt en til at komme frem med det”.

Ligeledes fortalte jordemødrene, at flere gravide i forbindelse med screeningen blev opsporet med depression, de ikke selv var klar over, at de havde. Alle gravide, der blev opsporet med depression, blev henvist videre til psykiatrien, hvor nogle blev diagnosticeret med svær depression. En mor fortæller, hvad det har betydet for hende og hendes familie, at hun blev opsporet med depression og kom i psykiatrisk behandling:

”... det har gjort en verden til forskel – jeg vil nærmest sige, at jeg er en anden mor, end jeg var før. Det giver mig meget mere overskud. Det giver mig nogle redskaber til – på de knapt så gode dage, fordi de er der, og det vil de altid være, men hvordan man ligesom kan komme igennem dem på en hensigtsmæssig måde. Og jeg kan også mærke det på mine børn, at de får det så meget igen, fordi de får en mor med meget mere overskud, og som har det godt med sig selv.”

Jordemødrene oplevede, at mange gravide ikke var blufærdige i forhold til at skulle besvare spørgsmålene, mens nogle var meget opmærksomme på, hvad der kom til at stå i deres journal og bange for at blive ”sat i en kasse”. Endvidere oplevede jordemødrene, at enkelte gravide i projektet var for dårlige eller sårbare til at udfylde skemaet.

Spørgsmålene i screeningsredskabet

Jordemødrene oplevede, at spørgsmålene fra EPDS-skalaen (bilag 2) til opsporing af depression fungerede godt, og de følte sig overordnet godt klædt på til at anvende denne. Derimod savnede de mere information omkring SAPAS-skalaen (bilag 2) til opsporing af personlighedsforstyrrelser og mere træning i at bruge den. Ligeledes kunne jordemødrene have ønsket sig mere information om, hvordan en given scoring på de to skalaer blev modtaget i psykiatrien for de gravide, der blev henvist videre.

Tidspunkt for og tid til screeningen

Screeningen blev foretaget ved anden jordemoderkonsultation, og der var afsat en ekstra halv time til at bruge på screeningen. Jordemødrene oplevede, at det var hensigtsmæssigt, at screeningen først blev foretaget ved andet jordemoderbesøg, hvor jordemoderen og den gravide kendte lidt til hinanden. Jordemødrene oplevede, at den afsatte tid var tilstrækkelig, og at det gav tid til, at de kunne følge tilstrækkeligt op på besvarelsene.

Perspektiver på fremtidig brug af screeningen

Jordemødrene fortalte, at de godt kunne forestille sig at benytte screeningen udenfor projektsammenhæng. De mente, at det ville være et godt redskab at bruge i forhold til inddeling af svangreomsorgsgrupper. Jordemødrene mente, at screeningen med fordel kunne ligge tidligere i graviditeten, men samtidig pegede de også på, at det er hensigtsmæssigt at have mødt den gravide ved et tidligere besøg, inden der screenes.

Jordemødrene pegede på, at de gravide med fordel kunne blive screenet flere gange, da den gravides mentale helbred kan ændres gennem graviditeten.

Jordemødrene oplevede, at nogle gravide med sårbarheder går igennem systemet uden at blive opsporet og dermed uden at få den hensigtsmæssige behandling. Det blev nævnt, at screeningen også kunne bruges i almen praksis til opsporing af sårbarheder. Flere af sundhedsplejerskerne i projektet pegede på, at målgruppen er meget heterogen og har forskellige behov for støtte og behandling, hvorfor det fremadrettet vil være hensigtsmæssigt at screene for forskellige typer af sårbarheder, så der udover symptomer på mental mistrivsel også screenes for eksempelvis barndomstraumer, begrænset netværk og andre sociale problemstillinger.

Fælleskonsultationen

Generelt oplevede både jordemødre, sundhedsplejersker og forældre, at fælleskonsultationen var givende i forhold til at forældrene kunne få delt deres udfordringer og bekymringer med både jordemoder og sundhedsplejerske. Forældrene oplevede, at det var tryghedsskabende at have mødt deres sundhedsplejerske inden fødslen.

Alle parter mente, at det var godt for relationsdannelsen mellem forældrene og jordemødre og sundhedsplejersker, og at fælleskonsultationen var med til at skabe gode sammenhængende forløb. Jordemødrene fortalte, at det var meget meningsgivende for deres arbejde at have fælleskonsultationen, fordi de fik et mere dybdegående indblik i de kommende forældres liv og udfordringer, og det gav et bedre samarbejde med sundhedsplejersken og familierne omkring sårbarhedsproblematikkerne. En jordemoder fortalte, at fælleskonsultationen betød, at hun kunne koncentrere sig mere om fødslen end om de psykiske problemstillinger, fordi hun vidste, at det tog sundhedsplejersken og psykiatrien sig af. En anden jordemoder fortæller, at det gav familierne en oplevelse af et sammenhængende system:

”... At vi ligesom kan lave en arbejdsfordeling og de (de gravide) kan se: ”Okay, de kender hinanden. De er vant til at arbejde sammen. Så hvis de siger noget til Mette, så siger hun det nok alligevel til Dorte og omvendt”. At vi ligesom er fælles om det her. Det er et fælles projekt. Det er ikke to separate ting. At vi ligesom taler sammen og arbejder sammen mod det fælles mål om, at de skal have en god familiestart. Det har virkelig været en god oplevelse.”

Interviewene med forældrene viser, at fælleskonsultationen blev brugt til at tale om det, der var vigtigt for den enkelte familie. En familie brugte fælleskonsultationen til at tale den forestående fødsel igennem og tale om moderens angst for at skulle føde. Mødet med jordemoder og sundhedsplejerske gjorde, at hun følte sig i gode hænder og samtalen gjorde, at hun følte sig rolig resten af graviditeten. En anden mor fortalte, at hun brugte fælleskonsultationen til at tale med jordemoder og sundhedsplejerske om sin barndom med omsorgssvigt, og hvordan det kan påvirke forældreskabet. I andre familier blev fælleskonsultationen brugt til at tale om planen for det videre forløb og faciliterede også, at forældrene fik talt sammen om svære emner. For nogle par fungerede fælleskonsultationen nærmest som parterapi, hvor samtalen blandt andet berørte farens rolle i det kommende forældreskab.

Materiale om amning

Materialet til brug i fælleskonsultationen indeholdt både billedmateriale og korte videoer omkring amning. Jordemødre og sundhedsplejersker fortalte, at materialet om amning inklusiv videoen primært blev benyttet til gravide førstegangsfødende og flergangsfødende, der ikke tidligere havde haft et succesfuldt ammeforløb. Oplevelsen var, at materialet om amning fungerede godt. De mødre, som havde gennemgået ammematerialet til fælleskonsultationen, fortæller, at de var glade for det. En mor fortalte, at det var en øjenåbner for faren, hvor stor en betydning han havde i forhold til amning hvilket betød, at han tog en meget aktiv rolle i at få amningen op at køre i starten:

”Og så gav de en eller anden procentsats på, hvor meget det egentlig betød, at manden deltog. Og det var for Simon en øjenåbner, kan jeg huske. At han var sådan – jeg tror egentlig meget, at han har taget de der ting til sig, i hvert fald. Han har godt nok – ja, gået igennem ild og vand, for at alt bare skulle... ja, der har ikke været noget brok, og han har bare stået til rådighed. Også om natten. Vi gjorde det hele meget sammen i starten, nemlig. Det tror jeg egentlig også var fordi vi havde besluttet os for, også igennem de samtaler, at vi jo var et team om det her, ikke...”

Fælleskonsultationernes betydning i forhold til henvisninger og handleplaner

Jordemødrene og sundhedsplejerskerne fortalte, at fælleskonsultationen kun i enkelte tilfælde var blevet benyttet til at lave konkrete handleplaner for det videre forløb. Dette begrundes blandt andet med, at der for de fleste gravide i projektet ikke har skullet laves handleplaner eller underretninger, og at jordemødrene kan henvise direkte til kommunale tilbud som eksempelvis familiehuset i Ballerup.

Fælleskonsultationens varighed

Der var afsat en time til fælleskonsultationen, hvilket både jordemødre og sundhedsplejersker vurderede som et minimum. Flere oplevede, at de godt kunne have brugt mere tid for at nå rundt om alle problemstillingerne. En sundhedsplejerske fortalte, at hun havde lagt et graviditetsbesøg ind inden fælleskonsultationen, for at der var tid nok til det hele i fælleskonsultationen. En jordemoder understregede også behovet for, at der er tilstrækkeligt med tid afsat:

”Tid, tid, tid. Altså alt er jo så presset og alt er så kompakt. Og hvis der er noget de har brug for, så er det tid. Fordi at sidde og lukke op om fx en opvækst med omsorgssvigt eller PTSD eller noget andet, det er ikke noget man kan skynde på...”

Fælleskonsultationens betydning for samarbejdet mellem jordemoder og sundhedsplejerske

Overordnet oplevede jordemødrene og sundhedsplejerskerne, at samarbejdet omkring konsultationen fungerede godt. Det personlige kendskab har betydet, at det har været lettere at tage kontakt på mail eller telefon omkring andre problemstillinger hos gravide.

Der blev desuden nævnt, at fælleskonsultationen var godt for den tværsektorielle koordinering, idet jordemødrene og sundhedsplejerskerne ikke har adgang til hinandens journalsystemer.

Perspektiver på fremtidig brug af en fælleskonsultation med jordemoder og sundhedsplejerske

I interviewene blev jordemødrene og sundhedsplejerskerne spurgt om deres syn på et tilbud om konsultationer med både jordemoder og sundhedsplejersker efter projektets ophør. Flere mente, at fælleskonsultationerne burde være et tilbud til alle sårbare gravide. Flere sundhedsplejersker mente dog, at fælleskonsultationen for de fleste sårbare gravide ville kunne erstattes af et besøg af sundhedsplejersken i graviditeten, idet sundhedsplejerskerne oplever, at de gravide fortæller om svære problemstillinger ved et graviditetsbesøg. Sundhedsplejerskerne pegede på, at kun sårbare gravide med særlige komplekse problemstillinger vil have behov for en konsultation, hvor både sundhedsplejerske og jordemoder deltager. For denne særligt sårbare gruppe blev der peget på, at fælleskonsultationen kunne foretages som et hjemmebesøg, da det ville give jordemoder og sundhedsplejerske et endnu bedre billede af familien, og det ville gøre det lettere for familien, at de ikke skulle til konsultation på hospitalet. Det blev dog bemærket, at det rent logistisk er svært for jordemødrene at få tid til hjemmebesøg i deres tidsplan. Interviewene med forældrene peger på, at de fleste oplevede, at fælleskonsultationen gav dem tryghed, mulighed for at vende svære problemstillinger og oplevelsen af et sammenhængende sundhedssystem.

Der blev også peget på, at gruppen af sårbare gravide fremadrettet har brug for kontakter i sundheds-

systemet, som det er let at få fat på. Ligeledes peges der på, at gruppen kunne have gavn af tilbud om fællesskaber omkring motion, samtaler omkring fødselsforberedelse og forældreskabet og sund livsstil under graviditeten. Her blev Familiehuset i Ballerup Kommune, der tilbyder psykologsamtaler, grupper for gravide og parterapi, nævnt som et godt tilbud, som flere kommuner burde have, idet mange sårbare ikke selv køber sig til disse ydelser.

Overlevering af information fra barselgangen til sundhedsplejen

Som beskrevet tidligere, var det planlagt, at interventionen skulle indeholde en systematisk overlevering (telefonisk) af information om den sårbare gravide kvinde - fra barselgang til sundhedsplejerske - ved udskrivningen. Interviewene med sundhedsplejerskerne viser imidlertid, at dette kun i ganske få tilfælde fandt sted.

Perspektiver på overlevering af information fra barselgangen til sundhedsplejen fremadrettet

Sundhedsplejerskerne foreslog, at det fremadrettet kan gå den anden vej, således at det er sundhedsplejen, der kontakter barselgangen for eksempelvis at høre, hvorfor en familie stadig er indlagt, eller om der har været særlige udfordringer, som sundhedsplejen skal være opmærksom på. Sundhedsplejerskerne nævnte i den forbindelse også, at de gerne ville have adgang til information om, hvorvidt børnene var blevet tilset af en pædiater, så sundhedsplejersken ved, om børn med skavanker af den ene eller anden form er ok og er tilset af en specialist.

Tryghedscirklen

Overordnet fortalte både forældre og sundhedsplejersker, at de er meget begejstrede for Tryghedscirklen. Sundhedsplejerskerne oplevede, at programmet var nemt at bruge, og at alle familier havde gavn af programmet. Sundhedsplejerskerne gav udtryk for, at alle familier – også ikke-sårbare – kunne have glæde af programmet. Ligeledes svarede samtlige af de interviewede forældre, at de ville anbefale programmet til andre forældre. En sundhedsplejerske udtrykte sin begejstring for programmet således:

”Jeg er jo vildt begejstret over det, fordi uanset hvilken familie jeg har mødt, så har alle fået noget ud af det. Jeg tror det er forskelligt, hvad de har fået ud af det, alt efter, hvor de selv har stået i deres liv, eller hvad man skal sige. Men alle familier er glade for det, og giver også selv udtryk for, at de ligesom har lært noget, de ikke vidste...”

En anden sundhedsplejerske udtrykte sig således:

”... jeg er jo meget begejstret for det (Tryghedscirklen). Jeg synes, at det har været noget af det bedste materiale jeg har stiftet bekendtskab med i hele min karriere som sundhedsplejerske. Jeg synes, at det har givet rigtig meget mening...”

Der var dog forskel på familiernes udbytte af programmet. Interviewene viste overordnet, at dele af Tryghedscirklen, som omhandler større børn, kunne virke abstrakt for førstegangsforældre, mens foræl-

dre, der i forvejen havde børn, fortalte, hvordan de i høj grad brugte budskaberne fra Tryghedscirklen i forhold til deres større børn. Dog fortalte mange af de deltagende forældre, at de også kunne se relevansen af Tryghedscirklen i forhold til samværet med deres nyfødte barn.

Forældrene fortalte, hvordan Tryghedscirklen havde påvirket deres forældreskab. Det var forskelligt, hvad de enkelte har taget med fra programmet. Nogle fortalte, at de har taget enkeltdele af programmet til sig, mens andre fortalte, at de har taget flere dele af programmet med sig. Mange fortalte, at Tryghedscirklen har fået dem til at føle sig bedre tilpas i forælderrollen og bedre klædt på i forhold til at regulere egne følelser og deres børns følelser. I de følgende afsnit vil resultaterne af interviewene med sundhedsplejersker og forældre om Tryghedscirklen blive uddybet.

Forældrene får nye perspektiver på forældreskabet og øget selvindsigt

Sundhedsplejerskerne oplevede, at Tryghedscirklen gav familierne en ny måde at anskue forældreskabet på, og at forældrene blev nysgerrige på sig selv, på deres relationer og deres familier. En sundhedsplejerske beskrev det således:

”Så det er en god måde at snakke om forældreskab på – eller snakke om relationer på i det hele taget, fordi man kan jo også snakke om dem internt, indbyrdes mellem forældrene. Hvornår er man hænderne (støtte eller base) for hinanden, og hvor langt skal man have lov at gå ud og opleve og sådan noget. Så jeg synes, det har været meget meningsfuldt at bruge i familierne.”

Sundhedsplejersken oplevede, at familierne lærte sig selv at kende på en anden måde, og familierne så, hvor de havde deres styrker og deres svagheder.

Forældrene fortalte, at de var blevet mere bevidste om deres egne reaktioner og følelser og var blevet opmærksomme på, hvad de har skullet arbejde med i forælderrollen, og Tryghedscirklen har givet dem nogle redskaber og metoder til at arbejde med dette. Flere fortalte, at Tryghedscirklen har fået dem til at reflektere over, hvordan de selv er blevet mødt i deres følelser, da de var børn, og hvordan det påvirker dem som voksne og deres evne til at rumme egne og andres følelser:

”Og så i forhold til det der med at rumme mit barns følelser, være mere bevidst over, hvorfor det kan være svært at håndtere, hvis han er ked af det, fordi det måske kan stamme tilbage fra, hvordan jeg selv er blevet rummet som barn.”

I Tryghedscirklen bruges begrebet ”hajmusik” om de følelsesmæssige reaktioner, man kan have, som stammer tilbage fra ens barndom, og som ikke er tilpassede den aktuelle situation, man står i som voksen. Flere forældre fortalte, at de var blevet opmærksomme på, hvordan deres fortid påvirker deres nuværende reaktioner, og hvordan det påvirker deres relation til barnet. En mor fortalte, at hun var blevet opmærksom på, hvordan hendes ”hajmusik” påvirkede den måde, hun indgik i relationen til sit barn:

”Og så synes jeg faktisk særligt, det der er omkring hajmusik, synes jeg er rigtig godt i Tryghedscirklen, fordi, det er måske lidt en kliché, men det får mig til at indse, hvornår jeg allerede selv

kan skifte tonefald, fordi jeg forventer en konflikt med mit barn, allerede inden, altså. Det er ret tydeligt for mig. Så det synes jeg har været lærerigt.”

Ligeledes fortalte en anden mor, hvordan hendes ”hajmusik” havde gjort, at hun har set farer for sit barn, der ikke var reelle:

”Det der med, at man måske ser et problem, der ikke rigtig er der, men det er et problem, man selv har. Og så f.eks. er jeg rigtig bange for, at hun falder og slår sig, og har været meget om hende og lægge puder rundt om hende, hvor jeg så har fundet ud af, at det måske er meget fint, at hun nogle gange slår sig lidt. Så finder hun ud af, at hvis man vipper til den ene side, så kan det være, man vælter...”

Forældrene bliver bedre til at se og forstå barnets behov for nærvær og tryghed

Sundhedsplejerskerne oplevede, at forældrene fortalte, at de lagde mærke til, hvordan børnene søger ud i verden for at udforske, og vender tilbage til forældrene efter tryghed (det som i programmet kaldes tryghedscirklen, se figur 2):

Og de siger også hver gang de kommer: ”Jeg har tænkt meget på det og ser cirkler alle vegne”, ”Og så så jeg også lige...” eller ”så lagde jeg mærke til” eller ”så gjorde min mand/kone/kæreste på den ene eller den anden måde. Så tænkte jeg det var da nok også...” et eller andet vi har haft sidste gang, ikke?”

Ligeledes fortalte forældrene, at de lagde mærke til barnets ”cirkler”, hvordan barnet søger ud i omverdenen og tilbage til forældrene igen. En førstegangsmor fortalte, at det hun har fået mest ud af programmet første del, som blev givet under graviditeten, var forståelsen for at barnet bevæger sig i cirkler – ud for at opleve verden og tilbage til forældrene for at søge tryghed.

Både sundhedsplejersker og forældre fortalte, at Tryghedscirklen har fået forældrene til at reflektere over vigtigheden af at være nærværende overfor barnet, når barnet har behov for det. En mor fortalte, at hun var blevet opmærksom på vigtigheden af at lægge sin telefon væk. En anden mor sagde:

”Hvis han ligger på gulvet og kigger, at man så skal være til rådighed, det føler jeg godt – altså fx, fordi små børn jo ikke kræver – de er ikke så insisterende, så man kan nemt komme til at sidde og lave noget andet, hvis de ligger og leger, fx, altså det der med at vide: Det er fint nok at lave noget andet, men jeg har bare skullet øve mig i at helt klart stå til rådighed, når han har brug for mig...”

Øget forståelse for barnets behov

Flere forældre fortalte, at Tryghedscirklen har gjort dem bedre i stand til at sætte sig ind i barnets behov og følelser og skelne mellem egne behov og barnets behov. Flere forældre fortalte, at de er blevet opmærksomme på vigtigheden af at spejle barnets følelser frem for at prøve at distrahere barnet i dets følelser. En mor fortalte:

”... en dag, hvor jeg havde en veninden på besøg, og Mille (barnet) begyndte sådan at græde på

skødet, hvor min veninde helt konkret sådan: ”Åh, nej nej” og prøvede at smile og: ”Kom lille baby” og raslede med noget – sådan være glad. Og det ville jeg også normalt have gjort, men der lærte vi i Tryghedscirklen nogle eksempler på, hvor provokerende det egentlig er for dig, hvis man er ved at græde, og der er en der prøver at være enormt glad. Så jeg bruger meget det der med også sådan selv at: ”Nårh, du er ked af det nu” i stedet for at opmuntre, ikke? Men sådan det der med at spejle og også sådan selv se lidt ked ud af det, ikke? Og gå ind i det der. Og det ved jeg, det ville jeg ikke have gjort – jeg ville også have gjort det andet, ikke? Sådan prøvet at hele tiden opmuntre og forhindre den der gråd. Det er meget konkret, og det virker bare rigtig godt.”

Flere forældre fortalte, at de er bedre til at være rolige fremfor urolige eller frustrerede, når deres børn græder eller ikke vil det samme som forældrene, og er blevet bedre til at prøve at se situationen fra barnets perspektiv:

”fx hvis hun ikke vil sove. Det der med, så kan jeg godt blive frustreret og så videre, men i forhold til videoerne, har jeg lært det der med at tage det roligt og have en rolig stemme og snakke med hende om: ”Jeg kan godt forstå at du er træt, eller at du ikke vil sove, men det skal du” og så videre. Den der med at have en rolig stemme, det har vi brugt rigtig meget. Det tror jeg ikke jeg havde gjort ellers, så ved jeg ikke sådan... og det har påvirket hende rigtig positivt. Det er lige som om, så slapper hun af, og så snakker hun lidt tilbage, og så er hun mere rolig. Det synes jeg i hvert fald, jeg har fået ud af det.”

Vigtigheden af at være kærlig, større, stærkere og klogere

Et af budskaberne i Tryghedscirklen er, at man som forældre skal være ”venlig og kærlig” overfor sit barn og samtidig ”større, stærkere og klogere”. Flere forældre fortalte, at Tryghedscirklen har gjort dem opmærksomme på vigtigheden af, at de som forældre tager styringen på situationen og sætter rammerne, hvilket gør barnet trygt.

”Altså generelt det der med – specielt det der med at være større, stærkere og klogere, fordi han har haft mange ting, da han var helt lille. Og havde blandt andet en søvnrytme, der overhovedet ikke fungerede særlig godt (...) Og så besluttede jeg, at nu skulle han have nogle ordentlige soverytmer, så han bedre kunne fungere, ikke? Og der hjalp det meget, det der med – altså, også at se, at det lykkedes. At det kan lade sig gøre, selvom det er lidt svært engang imellem, ikke? ”

Ligeledes fortalte en anden mor, hvordan hun tackler pressede situationer derhjemme anderledes nu end tidligere:

”... det er specielt om aftenen, at jeg tit er alene med begge børn. Så opstår der nogle situationer, hvor den ene er træt og den anden vil lege. Man kan ikke være der. Og så at man ligesom selv også bliver nødt til at være i kontrol, før man kan organisere børnenes følelser. At man nogle gange bliver nødt til at sige: ”Nu går mor lige ud på badeværelset”, og så trækker jeg vejret eller får et glas vand og lige sådan... For det der med, at man som forælder er større og stærkere og klogere, altså det har jeg virkelig taget til mig. Også selvom man ikke føler det der, hvor man er presset. Så føler man sig

bare så lillebitte, at man ikke har noget at kunne gøre. Men så når man siger det til sig selv, så er det lige som om, at så bliver man det også. Og så bliver børnene trygge, fordi så kan de mærke, at nu har jeg ansvaret. Jeg tager kontrollen, og jeg hjælper med at organisere deres følelser, fordi jeg har fået kontrol over mig selv. Og det synes jeg har været helt fantastisk i forhold til før i tiden, hvor jeg nogle gange – hvis jeg ikke passede på mig selv først, så kammede jeg over i afmagt, og så blev der måske råbt og rigtig dårlig stemning, og det er jo svært at komme ud af igen. Så det har været rigtig godt...”

Flere forældre fortalte, at de har taget budskabet om, at det er vigtigt at være venlig overfor sit barn med sig. En mor fortalte, at hun ikke skælder sit barn ud, som hun måske ellers ville have gjort:

”Jeg tænker også det der med at skælde ud, for det er jeg måske opdraget lidt med. Altså så meget kender jeg heller ikke til små børn – hvor mine forældre, de skældte mig mere ud. Det gør vi ikke. Altså, vi prøver at snakke med hende om det. Selvfølgelig siger vi stop, hvis der er nogle ting, og hæver stemmen en lille smule, men ikke skælder ud på den måde.”

En sundhedsplejerske fortalte også, at hun oplever, at forældrene har ændret syn på barnets adfærd:

”... det der med at tage skylden fra barnet, tror jeg har været en stor øjenåbner for mange af de der familier”

En mor fortalte ligeledes:

”Nu er det igen, fordi jeg har større børn, men det der med at huske på, at ens børn, de gør ikke noget, fordi de ikke kan lide dig, eller fordi de synes, de skal straffe dig, eller fordi de er på tværs, med vilje. Det er følelsernes magt, der hele tiden spiller ind. Altså, det har jeg virkelig kunnet bruge det (Tryghedscirklen) rigtig meget til...”

Tryghedscirklen gør forældrene mere forstående og tålmodige med deres børn og dem selv

Sundhedsplejerskerne fortalte, at de oplever, at forældrene går til forælderrollen med en anden ro:

”Men i forhold til deres egen familie, så tror jeg bare, at mange af dem synes og giver udtryk for, at de går til det på en anden måde, når de har børn, der flipper ud. Så går de bare til det med en anden ro, synes jeg de siger. Eller hvad skal man sige – overblik, overskud.”

Forældrene fortalte også, at budskaberne i Tryghedscirklen har gjort dem mere tålmodige med deres børn. En mor udtrykte det således:

”Jeg ved ikke, om jeg ville have haft så meget tålmodighed, hvis jeg ikke havde set de videoer der. Det kan godt være jeg havde, men nogle gange tvivler jeg på det, altså.”

En anden mor fortalte:

”Og igen det der med Tryghedscirklen faktisk har været inde over, jamen lige trække sig selv lidt tilbage og finde ud af, hvad tingene drejer sig om: Hvad er det, mit barn egentlig gerne vil, fordi jeg har måske draget mig én konklusion på, hvad denne her unge gerne vil nu midt i det hele. Og fire der står og skriger. Og så begynder man også selv at blive tosset, ikke?”

Flere mødre fortalte, at Tryghedscirklen har gjort dem mere tilpasse i forælderrollen, både fordi de har fået redskaber til at forstå deres børn bedre og reagere mere hensigtsmæssigt på børnenes følelser, men også fordi Tryghedscirklen har givet dem en følelse af, at det de gør er ”godt nok”. En mor udtrykte det således:

”Og så det her med, som de siger i projektet, at det er ikke noget man skal gøre 100% hele tiden, men hvis man gør det en del af tiden, så er det rigtig fint. Og så må man også godt fejle, det gør vi alle sammen. Og det er enormt, altså, sådan noget, det varmer jo – altså, det varmer jo alle nybagte forældres hjerte, fordi alle bliver jo trætte. Alle kommer til at råbe, og alle... Det bilder jeg mig i hvert fald ind, at det er naturligt, at man... sådan lidt at... ja, man kan ikke være 100% hele tiden.”

Det har for nogle forældre også været rart at se, at andre forældre også kan have det svært, som det illustreres i Tryghedscirklen:

”... det der med, at alle har det lidt – alle har de der problematikker med hajmusik eller det der med – f.eks. er der nogle, der ikke er så glade for det der med, hvis barnet begynder at græde i me-troen eller et eller andet, ikke? Og det er jo helt normalt. Så det synes jeg egentlig var meget rart, det der med, at man ikke er alene om at have det sådan.”

Tryghedscirklen påvirker relationerne i hele familien

Forældrene fortalte sundhedsplejerskerne, at Tryghedscirklen har givet dem redskaber, de kan bruge i forhold til familiodynamikkerne i hjemmet og ikke nødvendigvis kun i forhold til deres baby. Ligeledes fortalte forældrene, at de bliver bedre til at tackle deres større børn. Flere fortalte også, at de bruger Tryghedscirklen til at se situationen fra et andet perspektiv i forhold til deres parforhold og være opmærksomme på, hvordan deres ”hajmusik” og følelser påvirker dette. Flere mødre fortalte også, at de også har brugt Tryghedscirklen i forhold til at få deres egen kop fyldt op og sørge for egenomsorg.

Tryghedscirklen kan være med til at bryde den sociale arv

Flere forældre fortalte, at den læring og indsigt, de har fået med fra Tryghedscirklen, har betydet, at de vil være forældre på en anden måde end deres forældre var. En mor sagde:

”Og det er fantastisk at vide, at man som mor har gjort det, så det er sådan, at de ikke – hvad skal man sige – så de ikke overtager – eller risikoen er i hvert fald mindre, ved at jeg får det bedre, end at jeg skal overføre mine skavanker til dem. Og det har jeg det utroligt godt med.”

En anden mor udtrykte det således:

”Ja, helt klart. Især også, hvis man har nogle problemer. F.eks. kommer jeg fra en lidt hård barndom, og har haft lidt svært ved at forstå nogle ting omkring familielivet. Det har faktisk hjulpet mig rigtig meget, det der med, at man kan godt være forældre på en anden måde, end min mor og far f.eks. har været. Så til folk, der måske har lidt svært ved at forstå, hvad de egentlig skal, når det der barn kommer.”

Forskel på forældrenes udbytte

Generelt oplevede sundhedsplejerskerne, at alle familier har taget noget med sig fra Tryghedscirklen, men at der har været stor forskel på hvor meget. Dette afspejler sig også i interviewene med forældrene.

Sundhedsplejerskerne oplevede, at for familier med et lavt refleksionsniveau krævede det en stor indsats fra sundhedsplejersken at få dem til at reflektere:

”... men jeg synes også – det er selvfølgelig individuelt, hvad de enkelte familier får ud af det, fordi det afhænger meget af deres evne til refleksion. Og hvis de ikke er i stand til at reflektere, og deres mentaliseringssevne og så videre er meget lav, så er det op ad bakke. Så kan jeg godt være i tvivl om de får noget ud af det”

Flere sundhedsplejersker mente, at det ville være bedre for disse familier at deltage i grupper, da der så var andre familier, der kunne komme med eksempler.

Sundhedsplejerskerne fortalte endvidere, at der var forskel på, hvor villige forældrene var til at dykke ned i deres egne følelser. Sundhedsplejerskerne oplevede, at dem, der var villige til at dele deres følelser, fik mere ud af programmet.

Førstegangsførelde versus andengangsførelde

Overordnet fremgik det meget tydeligt af interviewene med både sundhedsplejersker og forældre, at der var stor forskel på, hvordan førstegangsførelde og andengangsførelde havde kunnet bruge Tryghedscirklen.

Sundhedsplejerskerne oplevede, at dele af programmet var for abstrakt for førstegangsførelde under graviditeten, hvor de har ingen eller begrænsede erfaringer med børn, og at det bliver lettere for førstegangsførelde, når barnet er blevet over et halvt år. Sundhedsplejerskerne oplevede, at de forældre, der i forvejen havde større børn, fik mere ud af programmet, fordi de bedre kunne relatere til det, programmet omhandler:

”Førstegangsførelde synes det er lidt sværere det her med, fordi vi starter før de har et barn. Så det bliver lidt mere svævende for dem. Der er nogle ting, der går op for dem, når de har barnet. Jeg tror, det er fordi de der frustrationer, som man kan have – altså, forældre frustrationer – også kan gøre noget(?). Dem har man ikke prøvet, når man ikke har sit eget barn. Man kan godt have en mening om alle andres børn. Så umiddelbart tænker jeg, at de har fået mest ud af det i det øjeblik,

de selv har fået første barn – eller har en i forvejen, ikke?... Og jeg tror faktisk, dem der har de der tumlingestørrelse-børn, har fået mere ud af det, fordi de kan meget hurtigt relatere sig til det. ”
Sundhedsplejerskerne oplevede dog, at alle familier er blevet klogere efterfølgende.

En førstegangsmor sagde, at hun tænker, at programmet er mere nyttigt for forældre med større børn:

”Der er noget af det, jeg synes der måske lidt er beregnet til større børn. F.eks. sådan noget med raserianfald og sådan noget. Det kan jeg ikke rigtig bruge på hende endnu, så det ved jeg ikke helt, hvordan det kommer til at være. Der er også nogle ting, hvor man skal snakke med barnet, og der skal være noget forståelse, ikke? Men jeg ved jo ikke, om jeg kan huske det, når hun så bliver så stor.”

Ligeledes gav flere andre førstegangsførelse forældre udtryk for, at de synes, at det har været lidt svært at forholde sig til den første del af Tryghedscirklen, der blev givet under graviditeten, når de ikke havde børn i forvejen. Samtidig fortalte flere også, at de synes programmet har været rigtig godt til førstegangsførelse, og at de oplevede, at Tryghedscirklen har gjort dem mere rolige i rollen som forældre.

Mødre med ældre børn fortalte, at de i første omgang har relateret Tryghedscirklen til deres større børn og fandt det meget nyttigt. Nogle fortalte, at programmet ikke har haft betydning for den måde, de er forældre til deres babyer på, mens andre fortalte, at de også godt har kunnet se, hvordan programmet har kunnet bruges til deres nyfødte.

Hensigtsmæssigt med en kombination af behandling for psykiske lidelser og Tryghedscirklen

Sundhedsplejerskerne oplevede, at det er hensigtsmæssigt, hvis mødre med psykiske lidelser som depression og angst får sideløbende behandling i psykiatrien eller hos en psykolog, da de så har mere overskud til at deltage aktivt i forløbet med Tryghedscirklen. Ligeledes pointerede sundhedsplejerskerne også, at Tryghedscirklen ikke kan erstatte behandling for psykiske lidelser:

”De familier, jeg er kommet hos, hvor depression har været aktuelt, mens jeg er kommet der, og mens de har haft det lille barn, de har så sideløbende haft noget psykologhjælp. Og det, at de sideløbende har haft noget psykologhjælp, har været fint, fordi der har det jo handlet meget om dem. Hvor så når jeg kommer i spil som sundhedsplejerske, så kommer det til at handle om barnet, og det kommer til at handle om dem i forhold til barnet. Så det har ligesom kørt på to spor, og det tænker jeg, at det har været godt. Hvis de ikke havde fået det andet tilbud ved siden af, kan jeg tænke, om de ville have haft svært ved at byde så meget ind i forløbet med Tryghedscirklen”

Ligeledes fortalte en mor, hvordan den psykiatriske behandling har suppleret hendes udbytte af Tryghedscirklen:

”Behandlingen ude på Ballerup (psykiatrisk behandling), det er sådan centreret omkring mig og mine tanker og følelser. Og det smitter af på min familie. Tryghedscirklen har jeg brugt mere som

et redskab i kommunikationen med mine børn. F.eks. når der er konflikter eller jeg skal forstå dem. Det hjælper mig til at forstå dem på en anden måde, end jeg gjorde før.”

Tryghedscirklen i graviditeten

Sundhedsplejerskerne oplevede, at det fungerer godt at tale om følelser i graviditeten, og at det giver mening med besøg i både graviditeten og frem til otte måneders alderen.

”Nej, jeg tænker, det startede på et meget godt tidspunkt med otteugersalderen. Jeg synes også det giver mening at lave de to besøg i graviditeten, fordi der får man jo virkelig skabt en god kontakt til os og en god relation, som gør – og det har jo betydning for, når vi starter op igen lige efter fødslen, synes jeg. Så det giver god nok mening. Og måske har de også et eller andet i baghovedet, de kan huske alligevel, ikke også? Men jeg synes, det var som at starte forfra, når jeg kom der.”

En anden sundhedsplejerske sagde:

”Specielt jo enkeltheden i det der i starten, synes jeg har været fantastisk. Det med at de er introduceret til den før de føder. Så det der med at komme og gå i en cirkel, har jo ligget allerede før de har fået barn. Og det kan alle forholde sig til, så det har fungeret super godt syntes jeg.”

Fædrenes rolle

Sundhedsplejerskerne oplevede, at fædrene generelt har været gode til at prioritere at deltage i besøgene, hvor Tryghedscirklen blev gennemgået. De fleste fædre har været meget engagerede, mens andre har været mere skeptiske og kun deltaget i nogle af sessionerne. Andre fædre havde mulighed for at deltage på grund af arbejde. Sundhedsplejerskerne oplevede, at det har været en ulempe for mødrene, hvis fædrene ikke har kunne deltage i besøgene med Tryghedscirklen, fordi de så ikke har haft nogle at dele deres indsigter og refleksioner med, og at det let kunne blive en skæv balance mellem forældrene, fordi moderen havde fået viden og kompetencer i forhold til forældreskabet, som faderen ikke havde. Sundhedsplejerskerne oplevede også, at det kunne være svært, hvis fædrene ikke deltog i alle sessionerne, da de så manglede nogle kapitler og dermed også flowet i programmet.

En mor fortalte, at hun ikke kunne få sin kæreste til at deltage:

”Altså jeg har lidt prøvet at føre det lidt over på min kæreste også, så han også ligesom kom med i det og prøvede at blive opmærksom på de samme ting, som jeg selv gjorde. Eller har gjort. Ikke at det har ført til nogen – jeg ved ikke om det... men det har jeg prøvet. Så det ligesom blev os begge to, der – min kæreste var med den første gang, men han har ligesom sagt, at det er min ting. Han ville have rigtig godt af at være med, men altså, jeg har det sådan, at hellere så sige fra, end at det skal blive sådan noget, altså, hvor han ikke synes det... Så vil jeg lige så gerne have, at han melder ud, og så er det min ting.”

En anden mor fortalte, hvor glad hendes kæreste var for at deltage:

”Jeg ved da i hvert fald, at Christian (faren), han synes, han har fået kæmpe hjælp af det her til at være far, fordi ellers er meget af alt det her fødsel og forberedelsen – det er jo meget baseret på kvinden(...) Og hvor manden ligesom bare er med som observant, og det er det jeg ved, at han er blevet så glad for, at han synes egentlig at det her har været sådan en form for fødselsforberedelse, der rent faktisk henviser sig til manden og til faderens rolle i det, ikke? Og det har vi ikke rigtig kunnet finde andre steder.”

Sundhedsplejersken som facilitator af Tryghedscirklen

Sundhedsplejerskerne følte sig godt klædt på i forhold til at facilitere programmet og oplevede, at det har været rigtig godt med supervision.

Endvidere oplevede sundhedsplejerskerne, at det til tider har været udfordrende, at baby har været tilstede, da det har givet afbrydelser i gennemgangen af programmet og til dels har taget opmærksomhed fra moderen.

Tryghedscirkelns form og udtryk

For at sikre høj grad af deltagelse og fordi tidligere undersøgelser viste, at forældreprogrammer givet i grupper kunne få sårbare mødre til at føle sig dårligere tilpas i moderrollen [23] blev Tryghedscirklen givet individuelt til familierne. I interviewene kom det frem, at den individuelle tilgang fungerede godt for mange familier, mens sundhedsplejerskerne vurderede, at nogle familier ville have haft mere gavn af at være i en gruppe.

Sundhedsplejerskerne oplevede, at den individuelle tilgang gør, at samtalerne kan blive dybere og mere nærværende. Det betød, at forældrene delte erfaringer og perspektiver, som sundhedsplejersken ikke troede ville være blevet delt, hvis programmet havde været gennemført i grupper. Omvendt oplevede sundhedsplejerskerne også, at flere familier havde svært ved at reflektere over indholdet i videomaterialet og derfor ville have haft gavn af at være i en gruppe, så de kunne være blevet inspireret af de andre medlemmer i gruppen og gøre brug af deres refleksioner.

Flere forældre nævnte, at Tryghedscirklen til tider er meget amerikansk og fremstår som et lidt forældet materiale. Sundhedsplejerskerne har talt med familierne om, at det har været indholdet, der har været vigtigt fremfor formen. Det har hjulpet forældrene til bedre at kunne fokusere på indholdet.

Sundhedsplejerskens besøg i forbindelse med Tryghedscirklen har reduceret antallet af behovsbesøg

Sundhedsplejersken mener, at deres ekstra besøg i forbindelse med Tryghedscirklen hos familierne i interventionsgruppen, har reduceret antallet af behovsbesøg, da der ved stort set alle deres besøg i forbindelse med Tryghedscirklen, også er blevet spurgt ind til noget sundhedsfagligt. Den kvantitative opgørelse viser, at deltagerne i interventionsgruppen i gennemsnit har modtaget 3 færre behovsbesøg sammenlignet med kontrolgruppen.

Forældrene fortalte, at det har været rart, at de også har kunnet spørge sundhedsplejersken om ting i forhold til barnet, der ikke relaterede sig til Tryghedscirklen, selvom om besøget var afsat til at gennemgå et kapitel i Tryghedscirklen.

Perspektiver på fremtidigt brug af Tryghedscirklen

Samtlige sundhedsplejersker kunne forestille sig at benytte Tryghedscirklen udenfor projektsammenhæng. Nogle sundhedsplejersker var glade for, at Tryghedscirklen startede under graviditeten, mens andre sundhedsplejersker mente, at man kan vente med at starte til børnene er født.

Samtlige af de interviewede mødre sagde, at de ville anbefale programmet til andre. Enkelte påpegede dog, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis programmet forkortes eller målrettes førstegangsførelse og gravide i højere grad. Flere sagde, at de synes alle burde have tilbuddet. Adspurgt om hun ville anbefale programmet til andre, sagde en mor:

”Meget. Helt bestemt. Det tænker jeg, at alle kunne – og det har jeg også snakket med folk om det og sagt, at det er noget alle folk burde få tilbudt. Jeg er virkelig glad for, at vi fik det tilbudt. Jeg glæder mig også til næste besøg, jeg synes det er spændende. Der er meget psykologisk i det, så jeg synes det er utroligt spændende.”

Sundhedsplejerskerne ønskede fremadrettet at kunne tilbyde Tryghedscirklen som et gruppetilbud udenfor projektsammenhæng. Sundhedsplejerskerne mente, at det vil kræve to facilitatorer at gennemføre programmet i grupper. Vigtigheden af at lægge tilbuddet på tidspunkter, hvor faren også kan deltage, blev pointeret. Sundhedsplejerskerne tror dog ikke, at det er alle i målgruppen, der vil møde op til et gruppeforløb, hvorfor der optimalt også skal tilbydes individuelle forløb.

Interviewene med jordemødre og sundhedsplejersker pegede også på, at de gravide i svangreomsorgsniveau 3 er en meget heterogen gruppen med mange forskellige former for sårbarheder, der kræver forskellige former for støtte og behandling.

Sundhedsplejerskerne oplevede, at gravide med personlighedsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser kan være svære at favne indenfor programmet og udtrykte tvivl om, hvorvidt interventionen med Tryghedscirklen er den rette indsats til denne gruppe, eller om de skulle have noget andet eller noget mere tilbudt.

Diskussion

Resultaterne fra effektstudiet viser, at der ikke er en statistisk signifikant forskel på studiets primære effektmål, *mors sensitivitet*, for kvinderne i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Resultaterne viser heller ikke signifikante forskelle på de sekundære effektmål, henholdsvis *mentaliseringssevne*, *depressive symptomer*, *velbefindende* og *ammelængde*, mens vi finder signifikante forskelle på mødrenes selvrapporterede niveau af stress relateret til forælderrollen. Således oplever mødre i interventionsgruppen efter endt intervention et lavere niveau af *forældrestress* sammenlignet med mødre i kontrolgruppen. For partnere finder vi, at de partnere, der har modtaget interventionen, ved slutningen af projektperioden oplever færre udfordringer i relation til *barnets socioemotionelle udvikling* sammenlignet med fædre i kontrolgruppen. Når man ser på gennemsnitsværdierne for effektmålene, ses tendenser til, at det for langt den overvejende del gælder, at værdierne ligger bedre for interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

Resultaterne viser også, at screening for depression og personlighedsforstyrrelser af de kommende mødre i graviditeten har medført, at flere gravide er blevet opsporet med depression eller personlighedsforstyrrelser, hvilket har betydet, at de er blevet henvist videre til relevant behandling.

Resultaterne fra de kvalitative interviews peger på, at fælleskonsultationen med jordemoder og sundhedsplejerske har været meningsgivende for de fagprofessionelle og tryghedsskabende for de kommende forældre. Ligeledes viser resultaterne fra de kvalitative interviews, at forældretræningsprogrammet Tryghedscirklen har givet sundhedsplejersken et meningsfuldt og brugbart program at arbejde med forældreskabet og barnets behov ud fra, og forældrene en øget selvindsigt, en bedre forståelse for barnets behov og redskaber til at imødekomme disse. Resultaterne peger samtidigt på, at Tryghedscirklen har mere direkte relevans for flergangsførelse.

I det følgende vil resultaterne fra effektstudiet blive diskuteret ligesom tidspunkt for- og omfang af indsatsen vil blive diskuteret. Endelig vil faktorer af betydning for implementeringen af indsatsen blive beskrevet.

Mors sensitivitet – det primære effektmål

Mors sensitivitet er målt gennem en film af fem minutters interaktion mellem mor og barn, hvor de er i fri leg. De kvalitative interviews med sundhedsplejersker og mødre understøtter hypotesen om, at interventionen fører til, at mødre har fået en bedre forståelse for barnets behov og redskaber til at imødekomme disse. At der ikke er en signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen, kan muligvis skyldes, at man gennem den benyttede måling (CIB) observerer, hvordan mor handler og interagerer med sit barn i en relativt kort samspilssituation uden særlige krav. Hvis vi havde filmet mor i en længere periode eller mere presset situation for eksempel spise- eller badesituation, kunne vi måske have set en forskel mellem mødre i kontrolgruppen og de mødre, der gennem forældretræningsprogrammet har fået særlig undervisning i, hvordan man hensigtsmæssigt indgår i et samspil med sit barn – også i stressede situationer. Vores fund i studiet kan således muligvis skyldes, at de fleste mødre

vil kunne indgå i en kort periode og i en ikke-presset situation med barnet på en hensigtsmæssig måde, hvilket er foreneligt med international forskning på området [34, 35]. I fremtidige studier vil det være interessant at undersøge, hvordan interaktionen for denne målgruppe påvirkes i mere pressede situationer. En anden forklaring på, at vi ikke finder signifikante forskelle på interventions- og kontrolgruppe i forhold til mors sensitivitet, kan være, at mødrene i kontrolgruppen har modtaget de tilbud, som de, også uden for projektsammenhæng, ville have fået. Dette har betydet, at særligt sårbare mødre i kontrolgruppen, har fået tildelt hjælp og støtte fra kommunen med særligt fokus på deres interaktion med deres spædbarn. Såfremt de mest sårbare mødre i kontrolgruppen har fået en indsats målrettet deres interaktion med deres spædbarn, kan det være, at de har opnået øget sensitivitet i forhold til deres barn sammenlignet med de mest sårbare i interventionsgruppen, som har modtaget Tryghedscirklen. Tryghedscirklen har fokus på barnets behov og følelser og på, hvordan forældrene håndterer disse, men har ikke et specifikt fokus på forældrenes interaktion med barnet som spæd. En tredje forklaring kan være, at Tryghedscirklen virker bedre for nogle mødre end for andre. Eksempelvis indikerer vores kvalitative interviews, at flergangsmødre eller mødre med højere reflektive evner muligvis har bedre forudsætninger for at profitere af interventionen end førstegangsmødre eller mødre, der har svært ved at reflektere. Internationale studier har vist, at Tryghedscirklen har bedre effekt for mødre med utrygge tilknytningsmønstre end for mødre, der i forvejen er trygt tilknyttede og derfor som oftest er i stand til at aflæse og respondere på deres barns signaler [36, 37]. Det ville være interessant at undersøge lignende effekter i forhold til "hvad virker for hvem" i vores studie, men på grund af sample-størrelsen har vi ikke power til at kunne fange mulige moderator-effekter af interventionen.

Endeligt mangler der danske norm-værdier at sammenligne deltagerens niveau af sensitivitet med, hvorfor det er vanskeligt at sige noget om, hvorvidt deltagerne på gruppebasis er mere eller mindre sensitive end mødre uden psykiske og sociale sårbarheder. Sammenlignet med internationale studier [38, 39] tyder det dog på, at deltagerne på gruppebasis er mindre sensitive end raske kontrolmødre, hvilket indikerer, at de sårbare gravide i projektet har betydelige vanskeligheder med at indgå i et tilstrækkeligt godt samspil med barnet. Gennemsnit og standardafvigelse fra både interventions- og kontrolgruppen tyder dog også på en betydelig individuel variation blandt deltagerne, hvor nogle mødre er sensitive i høj grad, det vil sige, det meste af de fem minutter interaktionen varer, mens andre mødre kun er sensitive i mindre grad, det vil sige, at der, i løbet af de fem minutter interaktionen varer, vil være mange eksempler på, at moderen ikke responderer passende på barnets signaler. Dette peger på, at gruppen af sårbare gravide er en heterogen gruppe, hvoraf det muligvis kun er en andel, der har behov for indsatser rettet specifikt mod at forbedre forældresensitivitet. Fremadrettet kan screeningsprogrammer i graviditeten medvirke til at identificere kommende forældre, der er i risiko for at få vanskeligheder med at aflæse og respondere på deres barns behov. Det kunne eksempelvis være ved hjælp af spørgeskemaer brugt i dette projekt, såsom MAAS (moderens tilknytning til fosteret) ECR-S (moderens tilknytningsstil) eller P-PRFQ (moderens reflektive funktion i graviditeten).

Stress relateret til forælderrollen

Resultaterne fra effektstudiet viser, at interventionen har betydning for oplevelsen af stress relateret til forælderrollen, hvilket understøttes af resultaterne fra de kvalitative interviews. I interviewene giver både sundhedsplejersker og forældre, der har modtaget interventionen, udtryk for, at de indgår i foræl-

drerollen med en øget ro og tålmodighed, og at de føler sig mere tilpasse i forældrerollen. Dette gør de, fordi de har fået redskaber til at forstå og handle hensigtsmæssigt på børnenes behov samt har et mere mildt blik på deres egen ageren og formåen som forældre. Vi ved fra tidligere studier, at et højt niveau af stress hos forældre påvirker deres evne til at regulere deres egne følelser og dermed deres forældreevner og deres evne til at hjælpe barnet med at regulere egne følelser [40]. Et lavere niveau af forældrestress hos forældrene i interventionsgruppen kan således potentielt betyde, at deres forældreevner er forøget, og at de er bedre til at hjælpe barnet med at regulere sine følelser, hvilket på sigt vil betyde bedre følelsesmæssige kompetencer hos barnet.

For PSI-skalaen gælder, at forældre med en samlet forældrestress score over 90 vil opleve klinisk signifikante niveauer af stress. Yderligere anbefales det, at forældre, der scorer højest på *parental distress* af de tre subskalaer, får undersøgt forældrerens personlige tilpasning til forældrerollen nærmere [41]. Ser man på gennemsnitsværdierne for deltagerne i nærværende studie gælder, at PSI-værdierne ligger et godt stykke fra grænseværdien på 90, imens det for både deltagere i interventions- og kontrolgruppen gælder, at *parental distress* er den subskala, der scores højest på.

Barnets socioemotionelle udvikling

I studiet finder vi, at fædre i interventionsgruppen oplever færre udfordringer i relation til barnets socioemotionelle udvikling. En forklaring på dette kan være, at fædre i interventionsgruppen har fået en bedre forståelse for barnets behov og udtryk, og at de derfor ser barnet på en anden måde og har en bedre relation til barnet sammenlignet med fædre i kontrolgruppen.

For ASQ-SE gælder, at man i klinisk sammenhæng for børn i den alder de deltagende børn tilhører, angiver, at børn der scorer værdier mellem 40 og 50 måske har brug for yderligere observation. Grænseværdien på 50 angiver, at der kan være behov for henvisning og/eller opfølgning af barnet [42]. For børnene i nærværende studie, ville man således vurdere, at flere havde behov for at blive observeret. Dette ses tydeligst i besvarelsene fra partnere i kontrolgruppen.

Tryghedscirklen i graviditeten og barnets første levemåned

Tryghedscirklen er ikke udviklet til brug under graviditeten, men først til, når barnet er kommet til verden og er blevet lidt større. Vi ønskede i nærværende projekt at undersøge, om programmet kunne bruges til at klæde de kommende forældre bedre på til forældreskabet, inden barnet var født. Vi finder, at flere kvinder oplever det hensigtsmæssigt at få viden, inden barnet er født, men at det også har været svært at gøre håndgribeligt og tage ind uden forudgående erfaringer med forældreskabet. Erfaringerne fra studiet viser, at det tydeligt har givet mere mening for forældrene at modtage budskaberne fra programmet, hvis de har kunnet relatere det til et ældre barn. Dette kan betyde, at effekterne af indsatsen måske først ses senere, hvis forældrene først bruger de evner, de har tilegnet sig gennem programmet, når børnene er blevet større. Langt størstedelen af forældrene, der modtog programmet, var glade for indsatsen og ville anbefale den til andre forældre.

Reduktion af behovsbesøg i sundhedsplejen

Interventionsgruppen har i forbindelse med Tryghedscirklen modtaget to besøg under graviditeten og

syv besøg efter graviditeten. Sundhedsplejerskerne vurderer, at disse besøg har reduceret antallet af behovsbesøg (ekstra besøg), idet sundhedsplejerskerne også har besvaret sundhedsplejereleterede spørgsmål på hendes besøg med Tryghedscirklen, hvis der var behov for dette. Dette stemmer overens med opgørelser af antallet af sundhedsplejerskebesøg, der viser, at kontrolgruppen i gennemsnit har modtaget tre besøg af sundhedsplejersken mere end interventionsgruppen (når man ser bort fra besøgene relateret til Tryghedscirklen). Når man ser på ressourceforbruget relateret til at tilbyde et program som Tryghedscirklen, er det derfor vigtigt at tage højde for, at en indsats kan erstatte dele af det eksisterende tilbud. Modregnet de ekstra besøg i kontrolgruppen kan man således sige, at det at tilbyde programmet til familierne har krævet seks ekstra sundhedsplejerskebesøg sammenlignet med det eksisterende tilbud.

Implementering af indsatsen

Erfaringen fra projektet er, at det er et område, der er stor vilje og faglig interesse i at prioritere fra jordemødrene og sundhedsplejerskerne, ligesom størstedelen af forældrene har været glade for at modtage programmet, hvilket afspejler sig i implementeringen. Endvidere vurderes intensiv projektledelse at have været en medvirkende faktor til den høje implementeringsgrad. Hvad angår implementeringen af overdragelse af information fra barselsgang til sundhedsplejen, er det ikke lykkedes at implementere denne komponent. Dette forklares med, at overleveringen har været sårbart organiseret ved kun at være hængt op på en medarbejder på hospitalet, samtidig med at efterspørgslen fra sundhedsplejerskernes side ikke synes høj. I de kvalitative interviews fremgår det, at projekt materialet om amning ikke er brugt i alle fælleskonsultationer, mens det i opgørelserne fra sundhedsplejerskerne fremgår, at der i næsten alle fælleskonsultationer er talt om amning. Denne uoverensstemmelse kan sandsynligvis forklares med, at der i skemaerne udfyldt af sundhedsplejerskerne spørges til, om der er givet ammevejledning og ikke specifikt til ammevejledning med brug af projekt materialet.

Udgifter forbundet med at levere indsatsen

Nedenfor estimeres omkostningerne forbundet med at levere indsatskomponenterne fra forskningsprojektet til den enkelte familie.

Screeningen af den gravide kræver en halv time fra jordemoderen og med en estimeret timeløn på 325 kr. koster en screening 162,50 kr.

Fælleskonsultationen kræver 1 time fra jordemoderen og vil koste 325 kr., imens det kræver 1,5 time fra sundhedsplejersken inklusive transport og vil koste 405 kr. Det vil sige en samlet udgift på 730 kr. for at afholde en fælleskonsultation.

Tryghedscirklen kræver 2 timer fra sundhedsplejersken inklusive transport for hvert besøg. For de ni besøg, der gives i forskningsprojektet, beløber det sig således samlet til 4860 kr.

For de familier, der modtager Tryghedscirklen, ser det ud til, at antallet af sundhedsplejerskens behovsbesøg reduceres med 3 besøg, som beskrevet tidligere. Et behovsbesøg estimeres til at vare 1 time og med transport i alt 1,5 time. Det vil sige, at udgifterne hos familierne, der får Tryghedscirklen, reduceres med i gennemsnit 1215 kr.

Estimeret koster et samlet forløb således cirka 5750 kr., og hvis reduktionen i behovsbesøg modregnes, er omkostningerne forbundet med forløbet for én familie 4500 kr.

Konklusion og perspektivering

Resultaterne fra dette projekt viser, at det tydeligt er en sårbar gruppe, vi har arbejdet med. Videoerne af mødrene og deres børn i samspil viser tydeligt, at der for en stor dels vedkommende er brug for at forbedre interaktionen. Det kræver målrettet indsats i svangreomsorgen for de sårbare familier for at forberede dem på, hvad spædbarnet har brug for.

Screeningen for symptomer på depression og personlighedsforstyrrelser har opsporet gravide med uopdaget depression og personlighedsforstyrrelser, hvilket har medført, at relevant behandling er blevet igangsat. Resultaterne peger også på, at de sårbare gravide udgør en heterogen gruppe med forskellige former for sårbarheder og forskellige behov for hjælp og støtte. Fremtidige indsatser bør derfor screene gravide for forskellige former for sårbarheder og ikke kun for symptomer på psykiske problemstillinger for at kunne målrette indsatserne.

Fælleskonsultationen, hvor både jordemødre og sundhedsplejerske deltog, virkede tryghedsskabende for familierne og gav dem en oplevelse af et sammenhængende system. Fælleskonsultationerne styrkede også det tværsektorielle samarbejde mellem jordemoder og sundhedsplejerske. Resultaterne peger på, at særligt sårbare familier fremadrettet bør tilbydes en konsultation, hvor både jordemoder og sundhedsplejerske deltager.

Tryghedscirklen ser ud til at være et godt redskab til at skabe bedre familiedynamikker, reducere forældrestress og potentielt bryde den sociale arv ved at vise forældre nye måder at være forældre på, end den måde de kender fra deres egen barndom. Dog er erfaringerne fra projektet, at familierne får mere ud af programmet, jo ældre børnene er, hvorfor et program baseret på tilknytningsteori målrettet graviditeten og barnets første levemåneder måske ville give bedre resultater i forhold til den helt tidlige indsats.

Samlet set viser projektet, at der er et stort potentiale i at forbedre indsatsen for sårbare gravide og deres familier. En fremtidig styrket indsats bør inkludere systematisk screening for sårbarheder, tværsektoriel koordinering og forældretræningsprogrammer baseret på tilknytningsteori. En sådan indsats vil kunne forbedre forældrenes mentale helbred, styrke deres forældreevner og dermed give barnet en bedre og sundere start på livet.

Vi arbejder videre med udviklings- og forskningsprojekter med dette fokus.

Bilag 1. Projektorganisering

Den daglige varetagelse og gennemførelse af projektet er varetaget af projektleder og seniorforsker Anne Kristine Aarestrup og sektionschef og seniorforsker Michaela Schiøtz, begge fra Sektion for Tværsektoriel Forskning.

Projektet var organiseret med en tværsektoriel sammensat styregruppe samt en tværsektorielt sammensat projektgruppe.

Projektgruppen bestod af, fra jordemoderkonsultationen på Herlev og Gentofte Hospital, vicechefjordemoder Karina Blom, jordemødre Anne Vils Pedersen, Lotte Bang Steffensen og Lise Vejlgård Gudbergesen, fra Ballerup Kommune sundhedsplejersker Herle Jensen og Bettina Aagaard Thomsen samt udviklings sundhedsplejerske Tine Elisabeth Iversen, fra Gentofte Kommune sundhedsplejerske Birgitte Martiny, fra Herlev Kommune sundhedsplejerske Tina Stenberg og fra Rødovre Kommune sundhedsplejerske Helle Jensen. Fra Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region H indgik projektleder og seniorforsker Anne Kristine Aarestrup, sektionschef og seniorforsker Michaela Schiøtz, projektkoordinator Dorte Høst, psykolog Katrine Røhder, psykolog Maja Nyström-Hansen, forskningssekretær Thea Harring Kronborg samt studentermedhjælpere Mia Flint og Durita Lyngsø Svartá. Endvidere Julie Grew bidrager til ideudviklingsfasen og Rikke Kart Jacobsen har udført de statistiske analyser, begge fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.

Styregruppen bestod af ledende jordemoder på Herlev og Gentofte Hospital Vibeke Spring Lafrenz, vicechefjordemoder Karina Blom og enhedschef for Patientforløb på Herlev og Gentofte Hospital Lotte Hede og senere Tina Roikjer Køtter, de ledende sundhedsplejersker fra hver af de fire deltagende kommuner Maria Bjørking (Ballerup), Ulla Darre og senere Gitte Skou Rasmussen (Gentofte), Helena Sandau Tiedt (Herlev) og Lene Møller (Rødovre), specialepraksiskonsulent Nikolaj Askær som repræsentant for almen praksis, chefkonsulent Lene Schack-Nielsen fra Tværsektoriel Udvikling i Center for Sundhed i Region Hovedstaden, forskningsleder Ane Friis-Bendix og senere sektionsleder Michaela Schiøtz samt projektleder og seniorforsker Anne Kristine Aarestrup fra Sektion for Tværsektoriel Forskning, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.

Endvidere har projektet samarbejdet med Mette Væver fra Institut for Psykologi, Københavns Universitet, der har bidraget til projektet som forskningsmæssig sparringspartner. Katrine Røhder og Katharina Cordes fra samme institut har bidraget som analytikere af psykologiske data.

Bilag 2. Screeningsspørgsmål EPDS og SAPAS

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS)

Følgende spørgsmål handler om, hvordan du har haft det inden for de sidste 7 dage. Du bedes svare det, som du synes bedst beskriver, hvordan du har haft det i løbet af de sidste 7 dage - og altså ikke blot i dag.

| 1. Har du været i stand til at le og se tingene fra den humoristiske side? | |
|--|----------------------------|
| I samme omfang som før | <input type="checkbox"/> 0 |
| Ikke helt som før | <input type="checkbox"/> 1 |
| Bestemt ikke så meget, som jeg plejer | <input type="checkbox"/> 2 |
| Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 3 |

| 2. Har du kunne se frem til ting med glæde? | |
|---|----------------------------|
| I samme omfang som før | <input type="checkbox"/> 0 |
| Ikke helt som før | <input type="checkbox"/> 1 |
| Bestemt ikke så meget, som jeg plejer | <input type="checkbox"/> 2 |
| Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 3 |

| 3. Har du unødvendigt bebrejdet dig selv, når ting ikke gik som de skulle? | |
|--|----------------------------|
| Ja, det meste af tiden | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, somme tider | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ikke særligt ofte | <input type="checkbox"/> 1 |
| Overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 0 |

| 4. Har du været anspændt og bekymret uden nogen særlig grund? | |
|---|----------------------------|
| Nej, overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 0 |
| Næsten aldrig | <input type="checkbox"/> 1 |
| Ja, af og til | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ja, meget ofte | <input type="checkbox"/> 3 |

| 5. Har du følt dig angst eller panikslagen uden nogen særlig grund? | |
|---|----------------------------|
| Ja, ofte | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, af og til | <input type="checkbox"/> 2 |
| Nej, næsten ikke | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 0 |

| 6. Har du følt, at tingene voksede dig over hovedet? | |
|---|----------------------------|
| Ja, det meste af tiden kan jeg ikke klare problemerne | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, af og til kan jeg ikke klare problemerne | <input type="checkbox"/> 2 |
| Ja, men det meste af tiden har jeg kunnet klare det, som jeg plejer | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, jeg klarer mig så godt, som jeg plejer | <input type="checkbox"/> 0 |

| 7. Har du været så ked af det, at du har haft svært ved at sove? | |
|---|----------------------------|
| Ja, ofte | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, af og til | <input type="checkbox"/> 2 |
| Næsten ikke | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 0 |

| 8. Har du følt dig trist eller elendigt til mode? | |
|--|----------------------------|
| Ja, for det meste | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, temmelig ofte | <input type="checkbox"/> 2 |
| Næsten ikke | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 0 |

| 9. Har du været så ulykkelig, at du har grædt? | |
|---|----------------------------|
| Ja, for det meste | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, temmelig ofte | <input type="checkbox"/> 2 |
| Næsten ikke | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, overhovedet ikke | <input type="checkbox"/> 0 |

| 10. Har du haft tanken om at gøre skade på dig selv? | |
|---|----------------------------|
| Ja, temmelig ofte | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ja, af og til | <input type="checkbox"/> 2 |
| Næsten aldrig | <input type="checkbox"/> 1 |
| Nej, aldrig | <input type="checkbox"/> 0 |

Scoringsvejledning

Hvert svar giver 0-3 point, som angivet i svarkategorierne, og en samlet score kan efter udfyldelse udregnes ud fra disse point.

0-11 point: ikke tegn på alvorlig depression og der handles ikke yderligere.

12-30 point: behandlingskrævende depression kan foreligge og kvinden henvises videre i systemet. En score på 1 eller højere på spørgsmål nr. 10 er også indikation på, at kvinden skal henvises videre i systemet.

Standardized Assessment of Personality (SAPAS)

Følgende 8 spørgsmål handler om personlighed.

Svarer den gravide ”ja” til spørgsmål 1-2 og 4-8, spørges om det, der spørges til i spørgsmålet, gælder generelt i de fleste situationer. Kun hvis der svares bekræftende gives ring om ”ja”. Det omvendte gælder for spørgsmål 3, hvor der spørges ind, hvis svaret er ”nej”.

| | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Har du generelt svært ved at få og beholde venner? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| 2. Ville du generelt beskrive dig selv som en enspænder? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Stoler du generelt på andre mennesker? | *Ja <input type="checkbox"/> 0 | Nej <input type="checkbox"/> 1 |
| 4. Har du almindeligvis let ved at miste besindelsen? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| 5. Er du normalt en impulsiv type? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| 6. Er du normalt en bekymret type? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| 7. Er du i almindelighed meget afhængig af andre? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |
| 8. Er du i almindelighed en perfektionist? | *Ja <input type="checkbox"/> 1 | Nej <input type="checkbox"/> 0 |

Scoringsvejledning

Ved svar i kategorien med * (stjerne) gives 1 point og dem uden stjerne 0 point, hvorefter en samlet score udregnes.

0-2 point: ikke tegn på personlighedsforstyrrelse og der handles ikke yderligere.

3-8 point: indikation på personlighedsforstyrrelse og kvinden henvises videre i systemet.

Hvis der på baggrund af scoringen af de to skemaer er tvivl om, der er behov for et tilbud, indkaldes den gravide til en ny screeningstest 14 dage efter. Hvis den gravide svarer bekræftende på spørgsmål 10 i EPDS-skemaet, som handler om, om hun har haft tanker om at gøre skade på sig selv, skal det af-

klares, om den gravide er selvmordstruet lige nu. I så fald kan den gravide sendes til fødemodtagelsen, hvor en læge kan rekvirere psykiatrisk tilsyn. Der er også mulighed for at sende hende til psykiatrisk skadestue.

Litteraturliste

1. Heckman JJ. *Giving Kids a Fair Chance*. Cambridge, MA: The MIT Press; 2013.
2. Glover V. Stress in pregnancy can change fetal and child development. In: Leach P, editor. *Transforming Infant Wellbeing: Research, Policy and Practice for the First 1001 Critical Days*. Abingdon-on-Thames: Routledge; 2018.
3. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans HM. A history of the theory of prenatal attachment. *J Prenat Perinat Psychol Heal*. 2009;23:201–22.
4. Cataudella SC, Lampis J, Busonera A, Marino L, Zavattini GC. From parental-fetal attachment to a parent-infant relationship: A systematic review about prenatal protective and risk factors. *Life Span Disabil*. 2016;19:185–219.
5. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev*. 2005;7:349–67.
6. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH, Juffer F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychol Bull*. 2003;129:195–215.
7. Tamis-LeMonda CS, Bornstein MH, Baumwell L. Maternal responsiveness and children's achievement of language milestones. *Child Dev*. 2001;72:748–67.
8. De Wolff MS, van IJzendoorn MH. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev*. 1997;68:571–91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9306636>. Accessed 21 Nov 2018.
9. Hesse E, Main M. Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Dev Psychopathol*. 2006;18:309–43.
10. Mesman J, van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Unequal in Opportunity, Equal in Process: Parental Sensitivity Promotes Positive Child Development in Ethnic Minority Families. *Child Dev Perspect*. 2012;6:239–50. doi:doi:10.1111/j.1750-8606.2011.00223.x.
11. Bernard K, Nissim G, Vaccaro S, Harris JL, Lindhiem O. Association between maternal depression and maternal sensitivity from birth to 12 months: A meta-analysis. *Attach Hum Dev*. 2018.
12. Martins C, Gaffan E a. Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:737–46.
13. Bauer A, Pawlby S, Plant DT, King D, Pariante CM, Knapp M. Perinatal depression and child development: Exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychol Med*. 2015;45:51–61.
14. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:708–15.
15. Barlow J. Maternal representations in pregnancy: importance of the mothers' relationship with their unborn babies. In: Leach P, editor. *Transforming Infant Wellbeing: Research, Policy and Practice for the First 1001 Critical Days*. Abingdon-on-Thames: Routledge; 2018. p. 37–46.
16. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*. 2007;19.
17. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romanuik H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *Br J Psychiatry*. 2003;182:420–7.
18. Barlow J, Smailagic N, Bennett C, Huband N, Jones H, Coren E. Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children.

Cochrane Database Syst Rev. 2011.

19. van IJzendoorn M, Juffer F, Duyvesteyn M. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995;36:225–48.
20. Conti G, Heckman JJ. *The Economics of Child Well-Being*. Cambridge, MA; 2012.
21. Barlow, J, Schrader-McMillan, A, Axford, N, Wrigley, Z, Sonthalia, S, Wilkinson, T, Rawsthorn, Mi, Toft, A & Coad J. Review: Attachment and attachment-related outcomes in preschool children – a review of recent evidence. *Child Adolesc Ment Health*. 2016;21:11–20.
22. Hoffman KT, Marvin RS, Cooper G, Powell B. Changing toddlers’ and preschoolers’ attachment classifications: the Circle of Security intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:1017–26.
23. Pontoppidan M, Klest SK, Patras J, Rayce SB. Effects of universally offered parenting interventions for parents with infants: a systematic review. *BMJ Open*. 2016;6:e011706.
24. Johansen K, Rasmussen P, Christiansen A. Hvem deltager og hvem deltager ikke i patientuddannelse: Evaluering af sygdomsspecifik patientuddannelse i Region Hovedstaden. København; 2012.
25. Region Hovedstaden. Hånd om sårbare gravide: Evaluering af tværsektorielle indsatser målrettet sårbare gravide i omsorgsgruppe 3. Copenhagen; 2019.
26. Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin RS. The Circle of Security. In: *Handbook of Infant Mental Health*. 2009. p. 450–68.
27. Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for svangreomsorgen 2013*. 2013.
28. Aarestrup AK, Skovgaard Væver M, Petersen J, Røhder K, Schiøtz M. An early intervention to promote maternal sensitivity in the perinatal period for women with psychosocial vulnerabilities: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychol*. 2020;8:41. doi:10.1186/s40359-020-00407-3.
29. Feldman R. *Coding Interactive Behavior (CIB)*. Unpublished manual. Ramat-Gan, Israel; 1998.
30. De Wolff MS, van Ijzendoorn MH. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev*. 1997;68:571–91.
31. Berg BL. *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Allyn and Bacon; 2001. <https://books.google.dk/books?id=9SRHAAAAMAAJ>.
32. Gupta SK. Intention-to-treat concept: A review. *Perspect Clin Res*. 2011;2:109–12.
33. Brody T. Chapter 8 - Intent-to-Treat Analysis Versus Per Protocol Analysis. In: Brody TBT-CT (Second E, editor. Boston: Academic Press; 2016. p. 173–201. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804217-5.00008-4>.
34. Branger MCE, Emmen RAG, Woudstra M-LJ, Alink LRA, Mesman J. Context matters: Maternal and paternal sensitivity to infants in four settings. *J Fam Psychol JFP J Div Fam Psychol Am Psychol Assoc (Division 43)*. 2019;33:851–6.
35. Maas AJBM, Vreeswijk CMJM, van Bakel HJA. Effect of situation on mother-infant interaction. *Infant Behav Dev*. 2013;36:42–9.
36. Cassidy J, Brett BE, Gross JT, Stern JA, Martin DR, Mohr JJ, et al. Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start. *Dev Psychopathol*. 2017;29:651–73.
37. Ramsauer B, Mühlhan C, Lotzin A, Achtergarde S, Mueller J, Krink S, et al. Randomized controlled trial of the Circle of Security-Intensive intervention for mothers with postpartum depression: maternal unresolved attachment moderates changes in sensitivity. *Attach Hum Dev*. 2019.
38. Feldman R. Maternal versus child risk and the development of parent–child and family relationships

- in five high-risk populations. *Dev Psychopathol.* 2007;19:293–312.
39. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48:919–27. doi:10.1097/CHI.0b013e3181b21651.
 40. Havighurst S, Kehoe C. The Role of Parental Emotion Regulation in Parent Emotion Socialization: Implications for Intervention. In: Deater-Deckard K, Panneton R, editors. *Parental Stress and Early Child Development: Adaptive and Maladaptive Outcomes.* Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 285–307. doi:10.1007/978-3-319-55376-4_12.
 41. Abidin R. *Parenting Stress Index.* FL: Psychological Assessment Resources; 2012.
 42. Squires, J., Bricker, D. & TE. *The ASQ:SE user's guide.* 2nd edition. Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing; 2002