

FAMKO – Beskrivelse af de gravide ved opstart i projektet



Maiken Pontoppidan, Mette Thorsager Jensen, Lene Nygaard, Mette Friis-Hansen, Sidsel Frida Andersen og Ellen Aagaard Nøhr

FAMKO – Beskrivelse af de gravide ved opstart i projektet

© VIVE og forfatterne, 2021

e-ISBN: 978-87-7119-971-0

Forsidegrafik: Børn- og Ungeforvaltningen, Odense Kommune

Projekt: 100750

Finansiering: Den A.P. Møllerske Støttefond

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

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

VIVE har i samarbejde med forskere på OUH og SDU gennemført en evaluering af FAMKO-projektet med det formål at undersøge og dokumentere effekten af FAMKO, hvordan FAMKO-indsatsen fungerer i praksis, samt hvordan deltagere og praktikere oplever at være en del af FAMKO-projektet. Projektet hviler på et mixed methods-design, der inddrager både kvantitative og kvalitative metoder.

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

Seniorforsker Maiken Pontoppidan har været projektleder på evalueringen i tæt samarbejde med ph.d.-studerende Lene Nygaard.

Spørgeskemaerne er udviklet af Maiken Pontoppidan, Lene Nygaard og Ellen Aagaard Nøhr i dialog med projektets styregruppe og projektgruppe. De er opsat og indsamlet af Maiken Pontoppidan, Lene Nygaard, Mette Friis-Hansen og Sidsel Frida Andersen. Analyser og afrapportering af spørgeskemaerne til denne rapport er udført af Maiken Pontoppidan, Mette Thorsager Jensen, Lene Nygaard og Sidsel Frida Andersen.

Den kvalitative del af evalueringen udvikles og gennemføres af Lene Nygaard i samarbejde med Ellen Aagaard Nøhr (SDU), Dorthe Nielsen (SDU), Deborah Davis (University of Canberra) og Inge Ibsen. Denne del vil blive afrapporteret i videnskabelige artikler som del af ph.d.-forløbet.

I denne rapport præsenteres data, der handler om rekruttering og baseline. Effektmålingsdata, når børnene er 3-6 og 12-14 måneder gamle, vil blive afrapporteret i to efterfølgende rapporter, når dataindsamlingerne er afsluttet.

Vi vil gerne takke jordemoder og ph.d.-studerende ved Neurobiologisk Forskningsenhed på Rigshospitalet Stinne Høgh, der har gennemlæst og kvalitetssikret rapporten. Rapporten er desuden kvalitetssikret af undertegnede. Projektledelsen samt den A.P. Møllerske Støttefond har bidraget med kommentarer til tidlige rapportudkast. Tak til alle, der har medvirket til evalueringen. Herunder ikke mindst til de gravide, der har brugt tid på at besvare vores spørgeskemaer, samt de fagpersoner, som har arbejdet i projektet.

Mickael Bech

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed
2021

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	9
1.1 Baggrund for projektet	9
1.2 Om FAMKO-projektet	10
1.3 Evalueringens formål	12
2 FAMKO-projektet	14
2.1 Om FAMKO-projektet	14
2.2 Målgruppe for FAMKO	15
2.3 Udvikling af FAMKO-indsatsen.....	17
2.4 FAMKO-indsatsen	18
3 Metode.....	21
3.1 Kvantitative data – effektmåling.....	21
3.2 Kvalitative data.....	30
4 Covid-19 og FAMKO-projektet	31
5 Hvem er de gravide, der deltager i projektet?	32
5.1 Visitation af de gravide.....	33
5.2 Baggrundsdata for alle deltagere.....	36
5.3 De gravides trivsel og netværk.....	41
5.4 Angst og depression.....	48
5.5 Tilknytning og refleksionsevne	51
5.6 Amning	56
5.7 Traumer og PTSD-symptomer.....	58
5.8 Alkohol, rygning og stoffer.....	64
5.9 Opsamling	67
Litteratur	70
Bilag 1 Beskrivelse af FAMKO-forløb	75
Bilag 2 Statistiske test for forskelle mellem kontrol- og indsatsgruppe	81
Bilag 3 Statistiske tests for forskelle mellem gruppe 1 og 2.....	85

Sammenfatning

FAMKO-projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D på Odense Universitetshospital og Odense Kommune om gravide, småbørn og familier, der af den ene eller den anden årsag kunne have brug for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og frem til skolestart. FAMKO står for FAMilieambulatoriet og Odense KOmmune. Projektet bygger på ideen om tidlig indsats og tilbyder fra graviditeten og frem til skolestart et skræddersyet forløb med fokus på den enkelte familie.

Det overordnede formål med FAMKO-projektet er ifølge projektbeskrivelsen "at mindske ulighed i sundhed og social ulighed ved at give sårbare gravide, småbørn og familier den bedst mulige start gennem udvidet, tværfaglig støtte på tværs af kommune, region og frivillige organisationer". I denne rapport er der fokus på at give en beskrivelse af de graviders sociodemografiske og familiemæssige karakteristika ved opstarten af projektet.

FAMKO-indsatsen består af kontinuerlig kontakt med en FAMKO-person gennem hele småbarnsperioden fra graviditet til skolestart. FAMKO-personen vil enten være familiens sundhedsplejerske eller familiebehandler afhængigt af familiens behov. FAMKO-personen vil følge familien fra graviditeten og vil opbygge en god og tillidsfuld relation til familien. Den løbende kontakt skal både hjælpe med konkrete udfordringer og afsøge behovet for yderligere hjælp samt støtte og motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af sektorer og frivillige organisationer. Derudover består FAMKO-indsatsen også af et forløb med fokus på den tidlige tilknytning imellem forældre og barn.

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af en tidlig og koordineret tværfaglig indsats (FAMKO) tilbudt sårbare gravide i forhold til mor-barn-relationen, mors trivsel, mentale helbred, refleksive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel. Derudover undersøges via kvalitative studier, hvordan deltagere og fagpersonale oplever at tage del i interventionen.

Evalueringen gennemføres som et randomiseret kontrolleret studie (RCT), hvor 332 deltagere er blevet randomiseret til intervention (164) eller kontrol (sædvanlig indsats – 168). Målgruppen for projektet er sårbare gravide, der er tilknyttet Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital og visiteret til svangreomsorgens niveau 3 eller 4. Dette omfatter fx udfordringer i forhold til alvorlig social belastning, kompliceret psykiatrisk sygdom, svære psykiske problemstillinger, medicin/rusmiddel/alkoholforbrug eller senfølger efter omsorgssvigt eller seksuelle overgreb.

Den gravide inviteres til at deltage i studiet ved det første jordemoderbesøg. Når den gravide har besvaret baseline-spørgeskemaet, bliver hun randomiseret til enten FAMKO eller til sædvanlig praksis. Spørgeskemadata sendes til deltagernes e-Boks ved hjælp af survey-systemet REDCap. Ud over baseline-spørgeskemaet skal deltagerne svare på et spørgeskema ved 25. graviditetsuge, samt når barnet fylder 3 og 12 måneder. Derudover indsamles der videoobservationer, og der foretages en undersøgelse af barnets udvikling, når barnet er 4-6 og 13,5 måneder gammelt – se Figur 1.

Figur 1 Oversigt over dataindsamling for deltagerne



Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond og løber fra 2017 til 2027. Projektet evalueres af forskere fra VIVE og Syddansk Universitet/Odense Universitetshospital. Evalueringen følger projektet i de første 6 år fra 2017-2023.

Resultater

Visitation og vurdering af bekymringsniveau

Alle de gravide er ved primær visitation visiteret til et forløb hos en jordemoder i Familieambulatoriet. Herudover er lidt mere end halvdelen visiteret til socialrådgiver og/eller obstetrikere. En lille andel er visiteret til psykolog/psykoterapeut. I alt 42 % er visiteret til et forløb med to forskellige faggrupper, 36 % er visiteret til et forløb med tre forskellige faggrupper, og mindre end 2 % er visiteret til et forløb hos alle fire faggrupper.

Det er forskelligt, hvilket bekymringsniveau der er ved visitationstidspunktet. Ved den første jordemoderkonsultation er jordemoderen derfor blevet bedt om at vurdere, hvilken af de følgende fire kategorier den enkelte familie falder inden for:

1. Højt bekymringsniveau – der foreligger mindst én underretning om familien.
2. Mellem bekymringsniveau – der kommer sandsynligvis en underretning i løbet af graviditeten.
3. Lavt bekymringsniveau – familien skønnes at have glæde af et tilknytningsforløb.
4. Få bekymringer om familien.

Grupperingen anvendes i randomiseringen af deltagerne for at sikre, at der er en ligelig fordeling af familier med både højt og lavt bekymringsniveau i de to grupper. Bekymringsniveauet kan ændre sig markant over tid, men vurderes alene ved det første jordemoderbesøg. Derefter inddeles de gravide i følgende to grupper:

- Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) omfatter kategori 1 og 2 (27 %)
- Gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) omfatter kategori 3 og 4 (73 %).

Randomiseringen er tilrettelagt, så der stratificeres inden for de to grupper. Det vil sige, at vi sikrer, at der bliver lige mange indsats- og kontrolfamilier i hver gruppe. Dette gør det muligt at se på effekter separat inden for de to strata.

For de gravide, der modtager FAMKO-indsatsen, er det 60 %, der har en sundhedsplejerske som FAMKO-person, mens 39 % har en familiebehandler. For hovedparten af de gravide starter indsatsen i graviditetsuge 21-28.

Om de gravide

Den gennemsnitlige alder for de gravide er 30 år, og størstedelen (82 %) af de gravide bor sammen med deres ægtefælle/partner. For 60 % er det deres første graviditet. I 18 % af de gravides hjem bliver der talt et andet sprog end dansk. De sprog, der oftest tales, er engelsk og arabisk.

I alt 41 % af de gravide har højst gennemført en gymnasial uddannelse, mens 21 % har gennemført en kort eller erhvervsfaglig uddannelse og 38 % en mellemlang eller lang uddannelse. Lidt over halvdelen af de gravide er enten i arbejde (36 %) eller under uddannelse (19 %), mens 23 % er enten sygemeldt eller arbejdsløse med understøttelse. 17 % er på kontanthjælp eller ressourceforløb, og en mindre gruppe på 5 % er enten hjemmegående, på orlov, på førtidspension eller andet.

Hovedparten af de gravide vurderer selv at have en nogenlunde eller god økonomi, men hver fjerde bekymrer sig ofte eller meget ofte om økonomien. Kun en mindre del af de gravide bekymrer sig om deres boligsituation, forholdet til deres partner og om at skulle passe det kommende barn. De bekymrer sig en lille smule mere om deres jobsituation.

I forhold til alkohol angiver de gravide at have et meget lavt forbrug både før og under graviditeten, mens 25 % angiver at have drukket fem eller flere genstande en eller flere gange under graviditeten. 12 % af de gravide ryger, og hos 10 % bliver der røget i hjemmet. En meget lille andel af de gravide angiver enten at have eller have haft et forbrug af hash eller hårdere stoffer.

I alt 61 % af de gravide tager en eller anden form for medicin. Halvdelen af dem tager medicin dagligt, svarende til næsten hver tredje af de gravide i den samlede gruppe. Den medicin, der angives mest, er smertestillende medicin som fx Panodil, som næsten halvdelen angiver at bruge i en eller anden dosis, men der er også en relativt stor gruppe (52 deltagere), der tager en eller anden form for medicin mod depression.

Hvordan har de gravide det?

De gravide vurderer både deres overordnede livstilfredshed og deres helbred til at være rimelig godt. Hovedparten af de gravide har et netværk både at tale med og til at hjælpe med praktiske ting, men mere end halvdelen af de gravide angiver dog, at de oplever en eller anden form for ensomhed. Heraf oplever 14 %, at de ofte er alene, selvom de hellere ville være sammen med andre.

Overordnet set angiver de gravide at have en trivsel, der er på niveau med, hvad danske kvinder generelt angiver. Samlet set tyder det ikke på, at de gravide oplever nævneværdige problemer med depression og angst, men det kan hænge sammen med, at en relativt stor del af de gravide angiver, at de tager medicin mod depression.

I forhold til refleksionsevne ser det ud til, at de gravide har et gennemsnitligt niveau. De gravide har i gennemsnit været udsat for 2,5 forskellige former for traumer i deres barndom, og 20 % vurderes til at opfylde kravene for en PTSD-diagnose.

Stort set alle de gravide ønsker at amme det barn, de venter. Omkring 3 ud af 4 forventer at amme fuldt, til barnet er mindst 5 måneder gammelt, og knap halvdelen forventer at amme, frem til barnet er mindst 12 måneder. Hver tredje er dog ikke sikker på, at dette vil lykkes.

Vi har undersøgt, om der er forskel på, hvordan de gravide scorer i forhold til, hvor højt niveau af bekymring der er om familien. Overordnet set finder vi følgende forskelle.

Boks 1 Forskelle imellem gruppe 1 og 2 ved baseline

Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) adskiller sig signifikant fra gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) på følgende karakteristika:

- De er i højere grad visiteret til socialrådgiver og psykolog/psykoterapeut.
- De er yngre.
- De bor mindre hyppigt med partner og mere med andre.
- De har en kortere uddannelse – der er flere, der højst har en gymnasial uddannelse, og færre med mellemlang eller lang uddannelse.
- De er i mindre grad i arbejde og i mindre grad sygemeldt fra et arbejde.
- De er i højere grad på kontanthjælp/ressourceforløb.
- De vurderer selv at have et bedre helbred.
- De angiver at være lidt mere ensomme.
- De angiver at bekymre sig mindre om at skulle passe det kommende barn.
- De angiver at tænke lidt mindre på det kommende barn.
- De har oplevet flere traumer.
- De har en højere andel, der opfylder krav til en PTSD-diagnose.
- Der er en højere andel, der ryger, og flere, der angiver, at der ryges i hjemmet.
- De angiver at have/have haft et større forbrug af stoffer.

1 Indledning

FAMKO-projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet på Odense Universitets Hospital (herefter OUH) og Odense Kommune om gravide, småbørn og familier, der af den ene eller den anden årsag har brug for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og barnets første leveår. Projektets arbejdstitel FAMKO er med reference til samarbejdet mellem FAMilieambulatoriet og Odense KOmmune. FAMKO arbejder med tidlig indsats, der starter allerede i graviditeten. Med fokus på den enkelte familie skabes et skræddersyet forløb gennem graviditet og barsel, og kontakten fortsætter, indtil barnet starter i skole. De tre faser kan ses i Figur 1.1.

Figur 1.1 FAMKO-indsatsens tre faser



Kilde: Fra projektbeskrivelsen.

I hver fase er der forskellige fokusområder og forskellige fagpersoner involveret. Nogle vil kun være relevante i kortere tid, mens andre faggrupper vil gå igen i alle faser.

1.1 Baggrund for projektet

Ulighed i sundhed kan have væsentlig indflydelse på børns livsmuligheder (Heckman, 2012; Shonkoff et al., 2020). Graviditeten og den første tid som nye forældre er en periode, der er karakteriseret af markante fysiske, psykologiske og sociale ændringer, der kan være udfordrende. Fostret og det nyfødte barns hjerne er meget plastisk og er afhængig af alderssvarende og tilpas stimulering, men også af beskyttelse mod u hensigtsmæssige situationer for at kunne udvikle sig (Davidson & Mcewen, 2012; Shonkoff, 2011). Små børn udvikler sig igennem omsorgsfulde, forudsigelige og beskyttende interaktioner med voksne (Murray, 2014). Hvis små børn udsættes for omsorgssvigt eller misbrug i de tidlige år, kan det få alvorlige konsekvenser senere i livet i form af fx dårligt helbred, tilknytningsproblemer, udviklingsmæssige problemer, mentale helbredsproblemer og udfordringer i forhold til uddannelse (Almond et al., 2018; Doyle, 2020; Holt et al., 2008; Hughes et al., 2017; Kefeli et al., 2018). Kvinder, der selv har oplevet omsorgssvigt, har desuden en højere risiko for at omsorgssvigte deres egne børn (DiLillo & Damashek, 2003; Madigan et al., 2019; Moehler et al., 2007)

Relationen imellem forældre og barn begynder at udvikle sig i graviditeten. Tilknytningen til barnet kan dog blive udfordret, hvis forældrene har mentale helbredsproblemer som

fx ubehandlet depression, angst, personlighedsforstyrrelse eller skizofreni. Mentale helbredsproblemer hos moren er desuden relateret til udfordringer i forhold til fødsel som fx for tidlig fødsel og lav fødselsvægt (Alder et al., 2007; Cole-Lewis et al., 2014; Ding et al., 2014).

Der er derfor fokus på at sætte ind med interventioner tidligt i barnets liv ("tidlig indsats") for at støtte barnets og forældrenes trivsel og med henblik på at få mere lighed i sundhed. Studier finder positive effekter af forskellige forældreinterventioner (Asmussen et al., 2016; Barlow et al., 2016; Furlong et al., 2013; Gardner et al., 2016; Rayce et al., 2017; Smith et al., 2020) og finder desuden, at det er en god investering at sætte ind tidligt (Conti & Heckman, 2014; Heckman, 2008). Det komplekse forhold imellem graviditet, fødsel og mentale helbredsproblemer kalder på en tværfaglig tilgang (Halbreich, 2005), og det er væsentligt, at indsatsen igangsættes under graviditeten (Ordway et al., 2014; Sadler et al., 2013). Der er dog stadig kun et fåtal af interventioner, der starter allerede i graviditeten, og som har en tværfaglig tilgang.

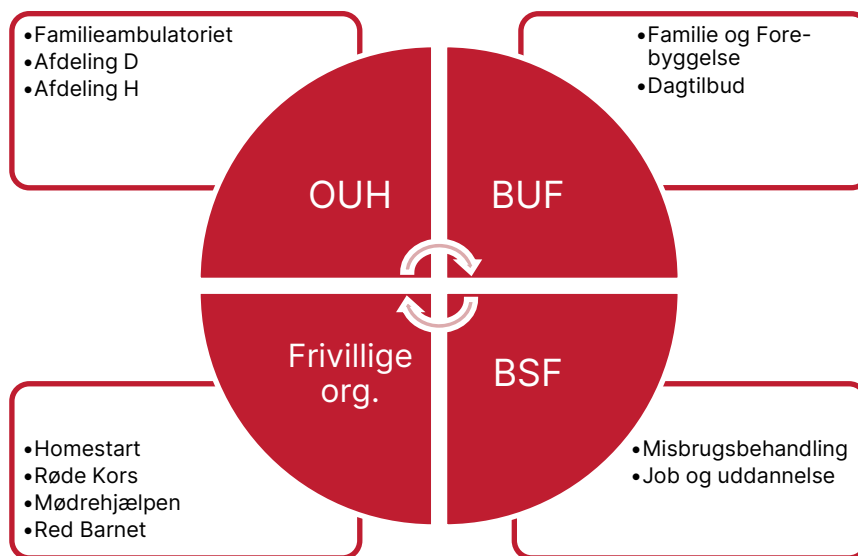
Et eksempel på en tværfaglig intervention er Minding the Baby (MTB). MTB er en tilknytningsbaseret tværfaglig intervention, hvor man igennem hjemmebesøg arbejder for at forbedre udvikling, mentalt helbred og relationer hos sårbare familier (Slade et al., 2017). to amerikanske studie har fundet, at MTB medførte færre underretninger, højere refleksionsevne, bedre tilknytning, mindre udadreagerende adfærd, mindre overvægt hos børnene, samt at børnene i højere grad fulgte vaccinationsanbefalingerne (Londono Tobon et al., 2020; Ordway et al., 2014, 2018; Sadler et al., 2013; Slade et al., 2018). Et efterfølgende studie i England fandt dog kun, at MTB medførte en reduktion i adfærdsproblemer og muligvis en bedre tilknytning (Longhi et al., 2019).

1.2 Om FAMKO-projektet

Baseret på idéen om tidlig indsats (både tidligt, hvad angår tid, og tidligt, hvad angår problemstilling) tilbyder dette projekt som noget nyt løbende kontakt med en gennemgående FAMKO-person gennem hele småbarnsperioden. FAMKO-personen er enten familiens sundhedsplejerske eller en familiebehandler afhængigt af familiens behov. FAMKO-personen følger familien fra graviditeten og til skolestart, og opbygger en god og tillidsfuld relation til familien. Den løbende kontakt skal både hjælpe med konkrete udfordringer og afsøge behovet for yderligere hjælp samt støtte og motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af sektorer og frivillige organisationer. Det er således ikke FAMKO-personens opgave alene at levere den udvidede indsats. Derimod skal FAMKO-personen hjælpe borgeren (gerne ved ledsagelse) til at opsøge og modtage den nødvendige hjælp og støtte. Dette kan være i eksisterende regionale eller kommunale tilbud eller relevante tilbud i frivillige organisationer.

I indsatsen indgår fagpersoner fra følgende aktører: Odense Universitetshospital afdeling D og H (OUH), Børn- og Ungeforvaltningen (BUF) og Beskæftigelses- og Socialforvaltningen (BSF) i Odense Kommune samt relevante frivillige organisationer. I Figur 1.2 er aktørerne visualiseret.

Figur 1.2 Aktører



Kilde: Fra projektbeskrivelsen.

På Odense Universitetshospital foregår samarbejdet primært via Familieambulatoriet, hvor der indgår jordemødre, socialrådgivere, læger og psykologer. Derudover indgår der fra OUH også parter fra Afdeling D (Gynækologisk Obstetrisk), Afdeling H (H.C. Andersen Børne- og Ungehospital) og psykiatrien.

Fra Børn- og Ungeforvaltningen i Odense Kommune indgår der fagpersoner i form af sundhedsplejersker, familiebehandlere, socialrådgivere og pædagoger. I Beskæftigelses- og Socialforvaltningen i Odense Kommune vejleder og hjælper faggrupperne forældrene i forbindelse med job og uddannelse samt uhensigtsmæssigt forbrug af alkohol eller andre rusmidler.

De frivillige organisationer er også en vigtig del af samarbejdet, hvor der er stort udviklingspotentiale. I projektet bliver der gjort en stor indsats for at samarbejde med frivillige organisationer, så den enkelte familie bliver tilbudt den mulige hjælp.

FAMKO-indsatsen er en helhedsorienteret indsats, som ser på hele familien. Den ekstra støtte til familien skal give forældrene mere ro til at være forældre for deres børn i stedet for at bruge kræfter på alt det, der ellers fylder i hverdagen. Ved at medarbejderne øger kendskabet til hinanden på tværs af faggrupper styrkes det tværfaglige samarbejde. Alle fagpersoner arbejder imod et fælles mål, nemlig at finde den bedste løsning for hver enkelt familie.

Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond, der har doneret 19,6 mio. kr. over 10 år, til udvikling, tværsektorielt samarbejde og udvidet indsats. Projektet evalueres på forskningsniveau af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd og Syddansk Universitet/Odense Universitetshospital. Evalueringen følger projektet i de første 6 år fra 2017 til 2023, hvor alle børn vil være fyldt 2 år.

1.3 Evalueringens formål

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

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af en tidlig og koordineret tværfaglig indsats (FAMKO) tilbudt til sårbare gravide og deres partner i forhold til mor-barnrelationen, mors trivsel, mentale helbred, refleksive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel. Derudover undersøges via kvalitative studier, hvordan deltagere og fagpersonale oplever at tage del i interventionen.

I Tabel 1.1 ses et overblik over den samlede evaluering, herunder hvilke data der indsamles, hvem der er ansvarlig for de forskellige indsamlinger, samt hvilke produkter der afreporteres med.

I denne rapport er fokus på at give en beskrivelse af de sociodemografiske og familiemæssige baggrundskarakteristika for de gravide i projektet ved opstarten af projektet.

Tabel 1.1 Den samlede evaluering

Tidspunkt	Data	Hvem?	Tema	Ansvarlig	Produkt	Tidspunkt
Inden rekruttering afsluttes	Design og procedurer		Protokolartikel	VIVE	Artikel 1	2021
Baseline + GA25	Spørgeskema	Deltagere	Baseline-data	VIVE	Rapport 1	2022
3 måneder	Spørgeskema	Deltagere	Mødres mentale helbred	VIVE og OUH/SDU	Rapport 2 Artikel 2 og 3	2022
4-6 måneder	Video	Deltagere	Børns trivsel og udvikling samt forældre-barn-relation	VIVE	Rapport 2 Artikel 2 og 3	2022
12 måneder	Spørgeskema	Deltagere	Mødres mentale helbred	VIVE og OUH/SDU	Rapport 3 Artikel 4 og 5	2023
13,5 måneder	Video og undersøgelse	Deltagere	Børns trivsel og udvikling samt forældre-barn relation	VIVE	Rapport 3 Artikel 4 og 5	2023
2020-2021	Fokusgrupper	Praktikere	Fagpersoners oplevelser – fund fra fokusgrupper	OUH/SDU	Artikel 6	2022
2020-2022	Observationer	Deltagere	Deltagernes oplevelser – fund fra deltagerobservationsstudiet	OUH/SDU	Artikel 7	2023

Anm.: Oversigt over data og produkter i den samlede evaluering.

Rapportens struktur og indhold er som følger: Efter denne introduktion vil vi i kapitel 2 præsentere FAMKO-projektet, hvordan det er organiseret, hvordan indsatsen er udviklet, og hvem målgruppen for projektet er. I kapitel 3 vil vi beskrive metodeovervejelser, og i kapitel 4 beskriver vi kort udfordringer i forbindelse med covid-19. Derefter følger i kapitel 5 en præsentation af kvinderne der deltager i projektet.

2 FAMKO-projektet

I dette kapitel præsenterer vi ambitionerne bag FAMKO-projektet, processen for udviklingen af selve FAMKO-indsatsen samt en beskrivelse af indsatsen.

2.1 Om FAMKO-projektet

2.1.1 Organisering

FAMKO-projektet og projektejerskabet er forankret i Odense Kommune. Det er organiseret i en indsatsdel og en forskningsdel, hvor løbende dialog og møder på tværs er essentielle for at sikre fælles udvikling, læring og mål.

2.1.1.1 Indsatsdel

Indsatsdelen er et tværfagligt samarbejde mellem Odense Universitetshospital og Odense Kommune, hvor repræsentanter fra sektorerne indgår i de forskellige beslutningslag. Indsatsdelen består af følgende:

- **Advisory Board** – sammensættes tværsektorielt af repræsentanter på chefniveau fra de involverede afdelinger, repræsentanter fra forskningsdelen samt en repræsentant fra Den A.P. Møllerske Støttefond.
- **Styregruppe** – sammensættes af ledelse fra de enkelte afdelinger, repræsentanter fra forskningsdelen samt en repræsentant fra Den A.P. Møllerske Støttefond.
- **Projektlederskab** – deles mellem OUH og Odense Kommune.
- **Projektkoordinator** – er ansat både på OUH og i Odense Kommune for at koordinere og skabe sammenkobling mellem sektorerne.

Parterne indgår i et ligeværdigt samarbejde omkring projektet. Med delt projektlederskab og en projektkoordinator ansat på tværs af sektorerne lettes adgangen til styringsredskaber, netværk og internt organisationskendskab til begge sektorer. Dette kræver et tæt og koordineret samarbejde.

2.1.1.2 Forskningsdel

Evalueringen af projektet er designet af og gennemføres af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd i samarbejde med Odense Kommune og Odense Universitetshospital/Syddansk Universitet. VIVE og OUH/SDU er hver især ansvarlige for forskningsaktiviteter i henholdsvis de sociale faktorer og sundhedsmæssige aspekter. Der er et stort overlap imellem de to dele, og der er derfor etableret et tæt samarbejde imellem de to parter.

Forskningsdelen har tilknyttet et **Research Advisory Board**, der består af Deborah Davis, Canberra University og Helena Rutherford, Yale Child Study Center.

Der er ligeledes en styregruppe, der består af projektleder for evalueringen samt hovedvejleder til sundhedsfaglig og socialfaglig forskningsdel. Derudover deltager projektleder/repræsentant for indsatsdelen. Der er således overlap mellem deltagere i forskningsdel og projektdel, hvilket muliggør en kobling mellem de to parallelle spor i praksis.

Projektlederen fra VIVE er overordnet tovholder for den samlede evaluering, herunder inddragelse af resultater fra de to forskningsprojekter.

I forskningsdelen indgår aktuelt følgende personer:

- Ph.d.-studerende Lene Nygaard, OUH/SDU
- Professor Ellen Aagaard Nøhr, OUH/SDU
- Professor Dorthe Nielsen, OUH/SDU
- Overlæge Inge Ibsen, OUH
- Professor Deborah Davis, Canberra University, Australien
- Seniorforsker Maiken Pontoppidan, VIVE
- Specialkonsulent Mette Friis-Hansen, VIVE
- Forsker Mette Thorsager, VIVE
- Psykolog Louise Møller Schmidt (Bayley-træning og -supervision)
- Student Sidsel Frida Andersen, VIVE

Der er desuden tilknyttet psykologistuderende fra SDU til at gennemføre Bayley-test med familierne. Derudover har Anders Bo Bojesen (VIVE) og Ida Lykke Kristiansen (VIVE) bidraget i starten af projektet.

Forskningsgruppen har et tæt samarbejde med Open Patient data Explorative Network (OPEN) ved Region Syddanmark, der leverer infrastruktur til dataindsamling fx i form af REDCap, der bruges til at sende spørgeskemaer ud til deltagerne, opbevare data m.m.

2.2 Målgruppe for FAMKO

I Boks 2.1 beskriver vi målgruppen af gravide, der henvises til Familieambulatoriet på OUH.

Boks 2.1 Målgruppe

Målgruppen for projektet er sårbare gravide, der er tilknyttet Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital og visiteret til svangreomsorgens niveau 3 eller 4. Målgruppen omfatter gravide karakteriseret af følgende problemstillinger:

- Gravide med alvorlig social belastning, også for eksempel kompliceret psykiatrisk sygdom og svære psykiske problemstillinger og/eller rusmiddel/alkoholforbrug (eller behandling herfor) hos partner/barnefaderen til det ventede barn.
- Gravide med nedsatte mentale ressourcer.
- Gravide med svære psykiatriske sygdomme eller svære psykiske problemstillinger for eksempel følger efter omsorgssvigt eller seksuelle overgreb.
- Gravide under 18 år.
- Hiv-positive gravide.
- Øvrige gravide, hvor der er bekymring, for eksempel gravide med tidligere skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler samt gravide, hvor der afsendes underretning, og hvor der forventes samarbejde med socialforvaltningen.
- Gravide med et risikoforbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, eller som er i behandling herfor.

Læs mere om svangreomsorgens niveauer i Anbefalinger for svangreomsorgen 2013 fra Sundhedsstyrelsen.

Svangreomsorgens definition af niveau 3 og 4 på det psykosociale aspekt har et vist overlap, hvorfor det kan være svært at skelne mellem, hvornår en gravid vurderes til niveau 3- eller et niveau 4-tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2018). På niveau 3 indplaceres gravide med "psykologiske/psykiatriske problemer" og "svære sociale problemstillinger" (Sundhedsstyrelsen, 2013). På niveau 4 indplaceres gravide med "svære psykiske/psykiatriske lidelser" og "alvorlig social belastning" (Sundhedsstyrelsen, 2013).

På OUH er der oprettet omsorgskonsultationer med en jordemoder for de gravide, som skønnes at have behov for et niveau 3-tilbud, men såfremt den gravide eller parret har mere komplekse problemstillinger, fx med behov for udvidet tværsektorielt samarbejde, visiteres den gravide til forløb i Familieambulatoriet. Dette jf. Fødeplan for Region Syddanmark, hvor det fremgår, at såfremt der er behov for at sende en underretning til socialforvaltningen, da bør den gravide visiteres til Familieteamet (Familieteamet har senere ændret navn til Familieambulatoriet) (Region Syddanmark, 2014). Den gravide/parret visiteres til det forløb, som vurderes at give bedst støtte i forhold til deres behov.

Da målgruppen omfatter gravide med meget forskellige udfordringer, viser vi i Boks 2.2 nogle fiktive eksempler på problemstillinger, de gravide i målgruppen kan have.

Boks 2.2 Eksempler på forskellige typer af gravide i Familieambulatoriet

- Gravid med tidligere spiseforstyrrelse. Mor er i et krævende job og har tidligere født i uge 24, hvor hun mistede barnet. Graviditeten følges for at sikre mors indtag af ernæring under graviditeten og støtte op om mors psykologiske trivsel.
- Gravid med bipolar lidelse. Graviditeten følges med henblik på justering i medicinering samt planlægning af opfølgning i psykiatrien efter fødslen og brug af netværk.
- Et par, hvor far har ADHD og forbrug af hash. Far har tidligere været straffet for mindre kriminalitet. Der er kontakt med socialforvaltningen og rusmiddelbehandlingen omkring parrets situation og opstart af behandling.
- Gravid med depression og flere tidligere sygemeldinger på grund af stress. Anti-depressiv medicinsk behandling er igangsat i starten af graviditeten.
- Gravid, der selv har været anbragt som barn på grund af forældres alkoholforbrug. Den gravide har mistet sin biologiske mor og har en skrøbelig relation til sin biologiske far.
- Gravid, der er ramt af svær angst og af den grund ikke kan have et arbejde. Graviditeten følges for at støtte mor, så hun kan håndtere angsten, når barnet kommer.
- Ung gravid, som er i et konfliktyldt forhold, hvor partneren er i fængsel. Begge har sandsynligvis ADHD og tidligere/nuværende forbrug af alkohol og rusmidler.
- Gravid, der har en personlighedsforstyrrelse og mange brudte relationer. Den gravide har afbrudt flere uddannelser og har en skrøbelig tilknytning til arbejdsmarkedet. Mor er velbehandlet, men der vil være behov for støtte, hvis der kommer symptomer.

Ud over at have en eller flere diagnoser har en stor del af de gravide oplevet udfordringer/traumer i barndommen eller ungdommen som øger kompleksiteten. Det er en individuel vurdering af familiens samlede behov og ressourcer, der anvendes i forhold til at beslutte, hvad de skal tilbydes af støtte.

2.3 Udvikling af FAMKO-indsatsen

Det første år af projektet fra 2017-2018 blev brugt til at udvikle FAMKO-indsatsen. I den proces brugte projektgruppen erfaringer fra tidligere projekter, erfaringer fra rapporter og anbefalinger samt interview, workshops og drøftelser med borgere, medarbejdere, teamledere, ledere og chefer på tværs af afdelinger, forvaltninger og sektorer. Der blev nedsat en tværfaglig gruppe med de to projektledere, forskere samt ledere og praktikere fra de involverede afdelinger. Gruppen af praktikere og projektledelsen af indsatsen mødtes månedligt igennem et år for at udvikle rammerne for og indholdet i FAMKO-indsatsen. Som en del af processen var praktikerne i praktik i de andre afdelinger, for at øge kendskabet til hinanden og skabe relationer på tværs. Forskningsgruppen indgik i udviklingsprocessen blandt andet ved at deltage aktivt i medarbejderseminar og ved løbende sparring med projektgruppen. I forhold til udviklingen af Tidlig Tilknytning-forløbet, som nogle af mødrene i FAMKO tilbydes, har Center for Mentalisering givet vejledning og supervision.

Arbejdet udmøntede sig i nogle overordnede guidelines for FAMKO-indsatsen, som efterfølgende blev godkendt af styregruppen.

2.3.1 Relationel koordinering og faglig udvikling

FAMKO-indsatsen bygger blandt andet på relationel koordinering, der sker på tværs af sektorer og afdelinger. For at fagpersoner fra forskellige afdelinger kan opbygge en fælles kultur, hvor de kan samarbejde omkring en fælles plan for familierne, har der først været en tværsektoriel arbejdsgruppe og derefter en netværksgruppe med fokus på fælles kompetenceudvikling og sparring.

Den tværsektorielle arbejdsgruppe/netværksgruppen er de fagpersoner, der møder borgerne i dagligdagen, og de arbejder med relationel koordinering. Gruppen har modtaget fælles kompetenceudvikling i bl.a. mentalisering for få et fælles fundament at stå og et forum for udvikling af nye ideer.

FAMKO-personerne mødes kontinuerligt til teammøder, hvor de introduceres til relevante tilbud fra kommunen, regionen og frivillige organisationer. Her er der mulighed for at erfaringsudveksle og hjælpe hinanden med forskellige problemstillinger fra arbejdet som FAMKO-person. Forskerne deltager i teammøderne.

Medarbejdere fra afdelingerne, der arbejder med målgruppen, mødes fire gange årligt. For alle medarbejderne planlægges der to halve temadage årligt, som bl.a. kan omhandle alkohol- og stofmisbrug, psykisk sygdom, resiliens og robusthed.

2.4 FAMKO-indsatsen

FAMKO-indsatsen består i, at familien tilbydes en FAMKO-person, der skal støtte og rådgive familien fra graviditet og frem, til barnet starter i skole. FAMKO-personen er enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler, der alt efter familiens behov og eksisterende indsatser fra kommunen tilbyder støtte. FAMKO-indsatsen er en fleksibel indsats, der tilpasses den enkelte kvinde og hendes families behov. Der er ikke udviklet en manual for indsatsen, men der er guidelines, der specificerer forskellige opgaver eller områder, som FAMKO-personen kan arbejde ud fra.

I FAMKO-indsatsen indgår desuden et forløb omkring tilknytning, der enten er individuelle samtaler (Tidlig Tilknytning) eller et gruppebaseret tilbud (Tryghedscirklen).

2.4.1 FAMKO-personen

FAMKO-indsatsen er en udvidet indsats, og det er FAMKO-personens opgave at følge en familie fra graviditeten og frem, til barnet skal begynde i skole. I graviditeten og i løbet af barnets første år er der afsat i alt 47 timer til, at FAMKO-personen kan opbygge en god og tillidsfuld relation til familien. Det er hensigten at hovedparten af timerne skal anvendes under graviditeten og de første måneder af barnets liv.

Fra barnet er 1-6 år, er der være afsat 10 timer årligt, hvor FAMKO-personen har mulighed for at følge op på behovet. FAMKO-personen har løbende kontakt med familien og kan dermed både hjælpe med konkrete udfordringer og afsøge behovet for yderligere hjælp, samt støtte og motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af kommune, region og frivillige organisationer.

Da målgruppen er familier med særlige behov, skal FAMKO-personen tage sig af mange forskellige opgaver samt kunne inddrage tværfaglige samarbejdspartnere. Det er en fordel, hvis FAMKO-personen er en, som familien kender i forvejen, så der allerede er dannet en god og tillidsfuld relation. Det er ambitionen, at man ikke øger antallet af fagpersoner i familiernes liv, men at man tildeler en fagperson, som alligevel vil blive tilknyttet familien.

Boks 2.3 Opgaver som FAMKO-personen kan arbejde med

- Skabe digitalt overblik (fx NemSMS, e-Boks, appen Mit Sygehus, Sundhedsvejen)
- Fokus på job og uddannelse
- Praktiske forhold (fx udstyr til baby, økonomi, boligforhold)
- Sociale relationer (parforhold, netværk)
- Fokus på prævention
- Deltagelse i frivillige tilbud
- Dagtilbud (opskrivning, opstart)
- Barnets sundhed og trivsel (generelt, tandpleje, vaccinationsprogram)
- Støtte forældre-barn-tilknytningen.

I FAMKO-indsatsen indgår desuden et forløb omkring tilknytning, der enten er individuelle samtaler (Tidlig Tilknytning) eller et gruppebaseret tilbud (Tryghedscirklen). Oversigtsark over de anbefalede kontakter for både sundhedsplejersker og familiebehandlere som FAMKO-personer er i Bilag 1.

2.4.2 Forløb med Tidlig Tilknytning

Tidlig tilknytning-forløbet tilbydes til kvinder/familier, hvis FAMKO-person er en familiebehandler. Her tilbydes individuelle samtaler fra graviditeten til ca. 2 måneder efter barnets fødsel.

I den første fase tilbydes familien at mødes med FAMKO-personen hver 2. uge. Der er fokus på forældrenes mentaliseringsevne fx ved brug af spørgeguiden/støttereds-kabet, som familiebehandlerne i starten af projektet udviklede i samarbejde med supervisor. Derudover er der fokus på kontaktdannelse til forældrene for at fremme alliancen i forhold til samarbejde, tillid og tryghed. Interview, samtale og observationer analyseres til brug for tilrettelæggelse af indsats.

I den anden fase (ca. 29.-38. graviditetsuge) tilbydes der samtaler hver uge med fokus på styrkelse af tilknytningen og mentaliseringsevnen via samtaleteknikker.

I den tredje fase fra fødslen og frem, til barnet er ca. 2 måneder, tilbydes der samtaler hver/hver anden uge med fokus på styrkelse af tilknytningen og mentaliseringsevnen via samtaleteknikker. Der er fokus på øjenkontakt, psykisk og fysisk kontakt med barnet samt på verbal og nonverbal kommunikation imellem forældre og barn.

Familierne tilbydes samtaler jf. ovenstående interval, men i planlægningen af samtalerne tages der udgangspunkt i familiernes behov og overskud til at indgå i arbejdet.

2.4.3 Forløb med Tryghedscirklen

Tryghedscirklen (Circle of Security – Parenting, COS-P (Hoffman et al., 2006)) tilbydes til kvinder/familier, hvis FAMKO-person er en sundhedsplejerske. Tryghedscirklen er et gruppebaseret forældreprogram med formålet at fremme spædbørns psykiske sundhed, der består af 8 sessioner af 2 timers varighed. Tryghedscirklen tilbydes, efter at barnet er født, således at forløbet er afsluttet, inden barnet fylder 1 år.

2.4.4 Sammenhæng mellem indsatser for hele familien

Det er væsentligt for FAMKO-indsatsen, at familien fra starten skal mærke, at de fagprofessionelle omkring dem arbejder i samme retning og frem mod én fælles plan. De skal føle sig i trygge hænder, og der skal opbygges en tillid, så deltagerne/familien tør komme til de fagprofessionelle med de problemstillinger, der evt. dukker op, før de vokser sig store. De skal mærke, at fagpersonerne ser dem som mennesker og kan finde fælles løsninger på tværs af komplicerede situationer. Dette sker bl.a. gennem fælles konsultationer. Den første fælles konsultation sker ved 2. jordemoderbesøg, hvor familien bliver introduceret til deres FAMKO-person.

2.4.5 Etablering og videreudvikling af samarbejde med frivillige organisationer

Der findes mange tilbud i de frivillige foreninger og organisationer, som målgruppen kan få gavn af. Mange fagpersoner kender dog ikke de relevante tilbud eller har tid og overblik til at hjælpe med at etablere en kontakt. I FAMKO-projektet arbejdes der med at styrke samarbejdet med en række frivillige organisationer. Dette sker ved at give fagpersoner og frivillige organisationer gensidigt kendskab til hinanden. I 2021 har en bevilling fra Odense Kommune desuden muliggjort igangsættelse af nye indsatser målrettet familiernes behov.

3 Metode

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af en tidlig og koordineret tværfaglig indsats (FAMKO) tilbudt til sårbare gravide i forhold til mor-barn-relationen, mors trivsel, mentale helbred, refleksive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel. Derudover undersøges via kvalitative studier, hvordan deltagere og fagpersonale oplever at tage del i interventionen.

Evalueringen inddrager både kvantitative (spørgeskema, videodata og undersøgelse af barnet) og kvalitative metoder (observationer og interview). Dermed sikrer vi en både bred og dyb indsigt i FAMKO-projektet.

Vi gennemgår her de kvantitative og de kvalitative dele af evalueringen.

3.1 Kvantitative data – effektmåling

Evalueringen gennemføres som et randomiseret kontrolleret studie (RCT), hvor 332 deltagere er blevet randomiseret til intervention (164 deltagere) eller kontrol (care as usual – CAU – 168 deltagere). Det planlagte antal deltagere var 320. Familierne er rekrutteret fra oktober 2018 til sommer 2021.

Studiet er registreret ved Clinicaltrials.gov (NCT03659721), og en protokolartikel er indsendt til et tidsskrift.

3.1.1 Deltagere – visitation til Familieambulatoriet

Den praktiserende læge udfylder svangrepapirer sammen med den gravide og sender disse til OUH. På OUH sker først en primær visitation, hvor det vurderes, hvilket omsorgsniveau den gravide tilhører (niveau 1-2-3-4). Der sendes også et spørgeskema til den gravide (PRO-data) fra OUH. Besvarelsen indgår i vurderingen af visitation af forløb til den gravide og i den gravides efterfølgende konsultationer med fagpersoner i forløbet. De gravide, som opfylder visitationskriterierne for Familieambulatoriet, vurderes i en sekundær visitation i Familieambulatoriet. Ved denne sekundære visitation tildeles forløb med de relevante fagpersoner, fx jordemoder, socialrådgiver, læge og/eller psykolog/psykoterapeut. For gravide, der opfylder inklusionskriterierne, lægges rekrutteringsmateriale sammen med svangrepapirerne til den jordemoder, som kvinden skal se.

Målgruppen for studiet er som nævnt i afsnit 2.2 gravide kvinder og deres børn, som er tilknyttet Familieambulatoriet på OUH og bosiddende i Odense kommune. Yderligere skal deltagerne være i stand til at udfylde spørgeskemaerne på dansk eller engelsk.

3.1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Forskningsprojektet har et antal inklusions- og eksklusionskriterier, der angives i Boks 3.1. Alle inklusionskriterier skal opfyldes for at kunne deltage, men deltageren ekskluderes, hvis et eller flere af eksklusionskriterierne opfyldes. Alle gravide, der opfylder inklusionskriterierne bliver inviteret til at deltage i studiet.

Boks 3.1 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier

- Gravide frem til og med graviditetsuge 29 og bosiddende i Odense Kommune
- Gravide visiteret til Familieambulatoriet på OUH
- Gravide, der er mindst 15 år gamle.

Eksklusionskriterier

- Gravide med tvillinger
- Gravide med livstruende sygdom hos forældre eller barn
- Gravide, der ikke er i stand til at udfylde spørgeskemaet på dansk eller engelsk, eller har behov for tolk
- Gravide, der tidligere har deltaget i FAMKO.

3.1.3 Rekruttering

Den gravide inviteres til at deltage i studiet ved det første jordemoderbesøg i familieambulatoriet. Den gravide kan give skriftligt samtykke med det samme eller kan vente til den efterfølgende konsultation.

Alle gravide, der visiteres til familieambulatoriet, har nogle udfordringer, der giver en forøget risiko for problemer og et større behov for støtte. Det kan fx være alvorlig social belastning, kompliceret psykiatrisk sygdom, svære psykiske problemstillinger, medicin/rusmiddel/alkoholforbrug eller senfølger efter omsorgssvigt eller seksuelle overgreb.

Det er forskelligt, hvilket bekymringsniveau der er ved visitationstidspunktet. Ved den første jordemoderkonsultation er jordemoderen derfor blevet bedt om at vurdere, hvilken af de følgende fire grupper den enkelte familie falder inden for:

1. Højt bekymringsniveau – der foreligger mindst én underretning på familien.
2. Mellem bekymringsniveau – der kommer sandsynligvis en underretning i løbet af graviditeten.
3. Lavt bekymringsniveau – familien skønnes at have glæde af et tilknytningsforløb.
4. Få bekymringer om familien.

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

3.1.4 Samtykke

For at en gravid kan deltage i FAMKO-projektet, skal der gives skriftligt samtykke. Hvis ikke den gravide skriver under hos jordemoderen, indhentes samtykket senere. Når den gravide har givet samtykke til at deltage, bliver hun oprettet i REDCap og får tilsendt baseline-spørgeskemaet.

3.1.4.1 Journaldata

Den gravide/moren anmodes om samtykke til adgang til journaloplysninger både for sig selv og for barnet. Disse samtykker gælder for 12 måneder af gangen og indhentes derfor igen, når barnet er både 3 og 12 måneder gammelt. Data omfatter fremmødedata, BMI før graviditet, fødselskomplikationer, fødselstype, fødselsvægt og længde, APGAR-score, EPDS- og DBB-score ved 2 måneder samt barnets vægt og højde. Vi indhenter desuden information omkring antal underretninger til kommunen.

3.1.5 Randomisering

Når den gravide har besvaret baseline-spørgeskemaet, bliver hun randomiseret til enten FAMKO-interventionen eller til vanligt forløb.

Randomiseringen foretages i REDCap ved hjælp af redskabet OPEN Randomize (blokstørrelse på 8). Deltagerne bliver stratificeret i to grupper, afhængigt af hvilket niveau af bekymring der er om familien. Hermed sikres, at der i begge strata er en lige fordeling til indsats og kontrol. Opdelingen er følgende:

- Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) omfatter kategori 1 og 2
- Gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) omfatter kategori 3 og 4.

Når deltageren er blevet randomiseret, gives der besked til deltageren via e-Boks og den kommunale projektkoordinator om, hvilken gruppe deltageren er allokeret til. For deltagere i indsatsgruppen tildeler projektkoordinatoren en FAMKO-person, og indsatsen kan starte.

3.1.6 Blinding

Hverken deltagere eller praktikere kan blive blindet, da de ved, at de modtager/yder en ekstra indsats. Forskningsmedarbejdere fra VIVE, der skal gennemføre Bayley-undersøgelse, optage video, kode video eller gennemføre analyser, er blindet for gruppetilhørsforhold.

3.1.7 Kontrolgruppe

Familierne i kontrolgruppen modtager den sædvanlige indsats, der tilbydes til familier i denne målgruppe på Familieambulatoriet, Odense Universitetshospital og i Odense Kommune.

3.1.8 Dataindsamling

For at effekten af FAMKO kan evalueres, skal alle gravide, som har givet samtykke til at deltage i undersøgelsen, svare på fire spørgeskemaer, optage to videoer og deltage i en undersøgelse af barnet. Det omfatter derfor både indsats- og kontrolgruppen. Når den gravide har givet samtykke, modtager hun baseline-spørgeskemaet, og hun modtager desuden et kort spørgeskema ved 25. graviditetsuge. Når barnet er født, sendes der et spørgeskema, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt. Der anmodes om videooptagelser

og en undersøgelse af barnets udvikling, når barnet er 4-6 og 13,5 måneder gammelt. Forløbet er vist i Figur 3.1.

Figur 3.1 Oversigt over dataindsamling for deltagerne



Ud over spørgeskemaerne til mor vil der også blive udfyldt et spørgeskema om barnets udvikling af barnets primære kontaktperson i daginstitutionen, når barnet er 2 år gammelt.

Spørgeskemadata indsamles ved hjælp af survey-systemet REDCap igennem OPEN ved Region Syddanmark. Deltagerne modtager en e-mail med et direkte link til spørgeskemaet i deres e-Boks. Der sendes efterfølgende tre rykkere med tre dages mellemrum. Herefter sendes der individuelle sms'er eller foretages opkald efter behov. Hvis der er behov for hjælp til at udfylde spørgeskemaet, kan mødrene få denne fra en forskningsmedarbejder. Spørgeskemaerne tager omkring 20-30 minutter at udfylde. Som tak for hjælpen får deltagerne et gavekort på 200 kr. tre gange i forløbet: når baseline-spørgeskemaet sendes ud, når spørgeskema og video er gennemført, når barnet er 3-6 måneder gammelt, og et når spørgeskema, video og Bayley-undersøgelse er gennemført, når barnet er 12-14 måneder gammelt.

Spørgeskemaerne består af en række forskellige måleredskaber, som kan ses i Tabel 3.1

Table 3.1 Oversigt over indhold i spørgeskemaerne

		T0	T1	T2	T3	T4
<i>Forældre</i>						
Baggrundsdata	Alder, uddannelse osv.	✓		✓	✓	
Refleksiv funktion, graviditet	PRFQ-P		✓			
Trivsel	WEMWBS	✓		✓	✓	
Angst og depression	HADS	✓				
Helbred og tilfredshed		✓		✓	✓	
Amning			✓	✓	✓	
Uddannelse og job		✓			✓	
Økonomi		✓		✓	✓	
Netværk	Fortrolige, støtte	✓		✓	✓	
Bekymringer		✓		✓	✓	
Forbrug af alkohol, stoffer og medicin		✓		✓	✓	
Rygning		✓		✓	✓	
Nære relationer	ECR-R	✓				
PTSD-symptomer	PTSD-8		✓			
Traumer i barndommen	ACE10		✓			
Fødselsdepression	EPDS			✓	✓	
Forældreskab	BaM-13			✓		
Refleksiv funktion	PRFQ				✓	
Forældrestress	PSS				✓	
Prævention				✓	✓	
Tilfredshed med tværfagligt samarbejde				✓	✓	
Forhold til partner					✓	
<i>Barn</i>						
Socio-emotionel udvikling	ASQ-SE2			✓	✓	
Fysisk og motorisk udvikling	ASQ-3			✓		
Sprog, kommunikation, motorik	BSID-III				✓	
Læringsaktiviteter	Synge, læse				✓	
<i>Relation</i>						
Relation	MABISC				✓	
Relation (video)	CIB			✓	✓	
<i>Pædagog</i>						
Socio-emotionel udvikling	SEAM					✓

I de næste afsnit præsenterer vi de måleredskaber og enkeltpørgsmål, som indgår i evalueringen.

3.1.9 Baseline (T0 og T1)

Baselinemålingen (T0 og T1) er det første spørgeskema, som deltagerne får, og det indeholder både spørgsmål, som alene skal anvendes til at beskrive kvinderne ved opstart (baggrundsdata), og måleredskaber, der desuden skal anvendes i de senere analyser. Der indgår følgende måleredskaber i baseline-spørgeskemaerne:

Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRFQ) (Pajulo et al., 2015) er et spørgeskema med 14 spørgsmål, der måler **refleksiv funktion** hos den gravide. Skemaet er en adaptation af PRFQ (Luyten et al., 2017), som vi anvender, efter at barnet er født. P-PRFQ består af tre subskalaer: Opacity of mental states (4 items), Reflecting on the fetus-baby (3 items) og Dynamic of mental states (5 items). Cronbach's alpha er 0,77 for total score og 0,69-0,77 for de tre subskalaer. Svarkategorier er en Likert-skala fra 1 til 7 med tre typer fordelinger: 1) Høj-Lav, hvor 7 = optimal refleksionsevne og 1 = lav refleksionsevne; 2) Lav-Høj, hvor 1 = optimal refleksionsevne og 7 = lav refleksionsevne; og 3) Middel, hvor 4 = optimal refleksionsevne, og 1 og 7 = lav refleksionsevne. Scorer går fra 1 til 7 for både total og subskalaer.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Bjelland et al., 2002; Zigmond & Snaith, 1983) er et 14 item-skema, der måler **angst og depression**. HADS består af to subskalaer: angst og depression, der begge går fra 0 til 21, hvor lav score indikerer mindre angst og depression.

Experiences in Close Relationship Scale-Short Form (ECR-S) (Wei et al., 2007) er et 12 item-skema til at måle **tilknytning hos voksne**. Det består af to subskalaer: angst (frygt for at blive forladt og krav om nærhed) og undgående (frygt for nærhed og afhængighed). Hver subskala går fra 6 til 42, hvor en lav score indikerer bedre tilknytning.

Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire er et 10 item-skema udviklet i ACE-studiet til at identificere **misbrug og omsorgssvigt i barndommen**. Svarkategorierne er ja/nej, og total score går fra 0 til 10, hvor 0 indikerer ingen erfaring med misbrug og omsorgssvigt i barndommen.

PTSD-8 (Hansen et al., 2010) er et 8 item-skema, der måler symptomer på **posttraumatisk stress disorder (PTSD)**, fx invaderende, undgåelse og hypervigilance. Total score går fra 8 til 32, hvor lav score indikerer lavere grad af PTSD.

3.1.10 Opfølgende målinger (T2, T3 og T4)

I de opfølgende målinger anvender vi forskellige måleredskaber til at vurdere effekten af FAMKO-indsatsen. Vi præsenterer her det primære og de sekundære resultatmål.

3.1.10.1 Det primære resultatmål

Det primære resultatmål er **mors sensitivitet**, når barnet er 12 måneder målt med systemet Coding Interactive Behavior (CIB) (Feldman, 2012). Hypotesen er, at mødre i interventionsgruppen vil have et højere niveau af sensitivitet (en subskala i CIB) end mødre i kontrolgruppen. CIB er et system til at vurdere forældre-barn-relationen og består af 22 forældreområder, 16 børneområder og 5 dyadiske områder. Hvert område vurderes på en skala fra 1 til 5, der kan summeres til de følgende subskalaer: sensitivity, intrusiveness,

limit setting, involvement, withdrawal, compliance, dyadic reciprocity og dyadic negative states. CIB kodes på baggrund af en 6 minutter lang videooptagelse af fri leg, der er optaget enten på familieambulatoriet, ved kommunen eller i hjemmet, alt efter hvad familien foretrækker. CIB-systemet er valideret og anvendes i mange studier af både risiko- og ikke-risiko-familier til at undersøge forældre-barn-relationen (Feldman, 2010, 2012; Feldman et al., 2003, 2013; Feldman & Eidelman, 2006). Mor-barn-relationen vil blive kodet af trænedede kodere, der ikke kender til, om familien tilhører indsats- eller kontrolgruppen. Vi vil sikre enighed imellem koderne på et 10 % tilfældigt udtrukket sample.

3.1.11 Sekundære resultatmål

Forældre-barn-relationen vil blive målt med de resterende subskalaer af CIB: Intrusiveness, Limit setting, Involvement, Withdrawal, Reciprocity, og Negative states.

Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWBS) (Koushede et al., 2019; Stewart-Brown et al., 2009) består af 7 items og måler **mental trivsel**. En total score beregnes ved at summe de 7 items og konvertere råscorer i overensstemmelse med publicerede konverteringstabeller. Total score går fra 7 til 35. Høj score indikerer god mental trivsel.

Ages and Stages Questionnaire-Social Emotional 2 (ASQ:SE-2) (J. K. Squires et al., 2015) måler barnets **socio-emotionelle udvikling** og består af følgende subskalaer: self-regulation, compliance, social-communication, adaptive functioning, autonomy, affect og interaction with people. Total score går fra 0 til 150 (3 måneder 15 items), 0-260 (12 måneder 26 items). Lav score indikerer bedre udvikling. Cronbach's alpha går fra 0,71 til 0,91. Concurrent validity går fra 71 % til 90 %. Sensitivitet går fra 78 % til 84 %, og specificitet går fra 76 % til 98 % (J. Squires et al., 2015).

Ages and Stages Questionnaire 3 (ASQ:3) (J. Squires et al., 2009b) består af 30 items og måler **barnets fysiske og motoriske udvikling**. ASQ:3 består af følgende subskalaer: Communication, gross motor, fine motor, problem solving, and personal-social. Cronbach's alpha går fra 0,67 til 0,85 for de fem subskalaer i versionen for børn på 3 måneder (J. Squires et al., 2009a). Total score går fra 0 til 300, og en lav score indikerer bedre udvikling.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al., 1987; Smith-Nielsen et al., 2018) består af 10 items og måler **depressive symptomer** hos gravide og kvinder i efterfødselsperioden. Total score går fra 0 til 30. En lav score indikerer færre depressive symptomer, og en score på 11 eller derover indikerer risiko for depression.

Being a Mother (BAM-13) (Matthey, 2011) består af 13 items og måler mors **oplevelse af og tilfredshed med at være mor**. Total score går fra 0 til 39. En lav score indikerer højere tilfredshed.

Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) (Luyten et al., 2017) består af 18 items og måler forældres **refleksive funktion eller mentaliseringevne**. PRFQ består af tre subskalaer, der går fra 6 til 42: 1) Pre-Mentalizing Modes (PRFQ-PM) 6 items (en lav score indikerer bedre refleksionsevne); 2) Certainty about Mental States (PRFQ-CMS) 6

items (en høj score indikerer bedre refleksionssevne; 3) Interest and curiosity in mental states PRFQ-IC 6 items (en høj score indikerer bedre refleksionssevne).

Aktiviteter med barnet består af 15 items, der måler interaktion mellem forældre og barn igennem aktiviteter som sang, læsning og leg. Total score går fra 0 til 70. En høj score indikerer mere interaktion.

The Parenting Stress Scale (PSS) (Berry & Jones, 1995; Pontoppidan et al., 2018) består af 18 items, der måler oplevet stress i forældrerollen. Den danske version består af to subskalaer: forældrestress og mangel på tilfredshed i forældrerollen. Total score går fra 7 til 35 (Parental Stress Subscale) og 7 til 35 (Lack of Parental Stress Subscale). Lav score indikerer lav forældrestress og høj trivsel.

The Mother and Baby Interaction Scale (MABISC) (Høivik et al., 2013) består af 10 items og måler **mor-barn-relationen**. Total score går fra 0 til 40. En høj score indikerer en bedre relation.

Bayley Scales of Infant and Toddler Development 3rd Edition – Screening Test (BSID) er en standardiseret normbaseret test, der er meget anvendt til at undersøge **barnets udvikling** (Bayley, 2006). BSID gennemføres ved et besøg i lokaler på OUH eller ved kommunen og kan gennemføres i barnets hjem. BSID-testen tager omkring halvanden time at gennemføre og udføres ved T3 af trænede psykologstuderende, der løbende superviseres af en erfaren psykolog. BSID består af tre hoveddele; en kognitiv del, en sproglig del (receptiv og ekspressiv) og en motorisk del (fin- og grovmotorik). I størstedelen af opgaverne anvendes forskelligt legetøj og billedmateriale. Rå scorer for hver subskala konverteres til skalascorer (fra 1 til 19, gennemsnit = 10, standardafvigelse = 3) og composite score (gennemsnit = 100, standardafvigelse = 15) udregnes på baggrund af skalascoren for kognitiv udvikling og summen af de sproglige skalascorer.

The Social-Emotional Assessment/Evaluation Measure (SEAM) (J. Squires et al., 2014) består af 35 spørgsmål og måler **barnets socio-emotionelle udvikling**. Der er følgende ti benchmarks: empathy, healthy interactions, expression of emotions, regulation of socio-emotional responses, cooperation, sharing and engaging, regulation of attention and activity level, independence, self-image og adaptive skills. Total score går fra 0 til 105, og lav score indikerer bedre udvikling. I et repræsentativt sample af danske børn vurderet af pædagoger ligger Cronbach's alpha fra 0,82 til 0,91 for "toddler"-versionen (Sjoe et al., 2019). SEAM vil blive udfyldt af barnets primære pædagog i daginstitutionen ved T4, når det er 2 år gammelt.

Ud over brug af måleredskaberne bliver mødre stillet enkelte spørgsmål om deres overordnede helbred, livstilfredshed, forventninger til amning, brug af prævention, netværk, ensomhed, samt hvordan de oplever det tværsektorielle samarbejde mellem de fagprofessionelle. Hvis mor ikke har et arbejde, vil hun blive stillet nogle spørgsmål, der indikerer arbejdsmarkedsparathed (tro på egne evner, kontrol over helbred og arbejdsidentitet). Disse spørgsmål er udviklet i Beskæftigelsesindikator Projektet (BIP) (Rosholm et al., 2017).

Registerdata

Når alle børn er fyldt 2 år, indhenter vi desuden data fra nationale registre såsom Danmarks Statistik og Patientregistret samt indkomstdata (Danish Rational Economic Agents Model, DREAM). Ved hjælp af registerdata kan vi undersøge udfald som vaccinationer, besøg ved praktiserende læge og tandlæge, brug af sociale indsatser, skadestuebesøg, medicinforbrug samt informationer om husstanden og om uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning for forældrene.

3.1.12 Implementering af FAMKO-indsatsen

Igennem projektperioden bliver der afholdt månedlige møder med FAMKO-personerne for at sikre, at FAMKO-indsatsen implementeres relativt ensartet, og at både gode erfaringer og udfordringer bliver delt imellem klinikerne.

For at kunne se, hvordan FAMKO-indsatsen implementeres for de deltagende familier, udfylder FAMKO-personerne et kort spørgeskema efter hver kontakt med familien. Her skal de angive dato for kontakt, hvor lang tid kontakten varede, hvem der var til stede, hvad de beskæftigede sig med, og om der har været kontakt med andre fagprofessionelle siden sidste kontakt.

Derudover registreres deltagernes fremmøde til både tryghedscirklen og til tidlig tilknytning-forløbet.

3.1.13 Statistiske analyser

I denne rapport præsenterer vi data fra baselinemålingen (jf. Figur 3.1). Da vi stadig indsamler data for de opfølgende målinger, vil disse først blive præsenteret i de følgende rapporter.

Den kvantitative analyse vil med deskriptiv statistik karakterisere de deltagende mødre på baggrund af deres besvarelser – både mødre, som modtager indsatsen, samt kontrolgruppen. Den beskrivende analyse præsenteres samlet for alle respondenter samt opdelt på gruppe 1 (højere niveau af bekymring) og gruppe 2 (lavere niveau af bekymring). Den deskriptive statistik præsenterer data ud fra gennemsnitsværdier eller frekvensfordelinger. Derudover benytter vi statistiske test – t-test og χ^2 -test – til at måle statistiske forskelle mellem gruppe 1 og gruppe 2. T-testen anvendes på ordinale variable og variable målt på intervaller, mens χ^2 -testen anvendes på nominale variable. Vi benytter et signifikansniveau på 0,05 til at vurdere, om forskelle er så store, at de skyldes andet end tilfældig variation (se Boks 3.2 for en forklaring).

For at gennemføre effektmålingen er det vigtigt, at randomiseringen mellem indsats og kontrol er succesfuld, således at kontrolgruppen og indsatsgruppen er sammenlignelige. I Bilag 2 foretages derfor en balancetest, som kontrollerer for forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen.

Boks 3.2 Statistisk signifikans

Vi anvender de statistiske test t-test og χ^2 -test til at undersøge, om de observerede forskelle mellem to grupper af observationer er statistisk signifikante. Det betyder, at vi foretager en statistisk vurdering af, om størrelsen af forskellen er så stor, at vi ikke kan afvise, at det skyldes andet end tilfældig variation.

For at drage konklusioner opstiller vi en såkaldt **nulhypotese**. Ved t-test er nulhypotesen, at gennemsnittet for gruppe 1, μ_1 , er lig gennemsnittet for gruppe 2, μ_2 , hvilket kan opsummeres som $H_0: \mu_1 = \mu_2$. Derudover opstilles en **alternativhypotese**, som i dette tilfælde vil være, at gennemsnittene er forskellige: $H_1: \mu_1 \neq \mu_2$. For χ^2 -testen er nulhypotesen, at der ikke er forskel i fordelingerne på svarkategorierne, og alternativhypotesen siger, at der er en forskel. For begge test beregnes en teststatistik, og fra denne beregnes en såkaldt *p-værdi*. P-værdien angiver sandsynligheden for at observere en tilsvarende teststatistik, givet at nulhypotesen er sand. Når man vælger et signifikansniveau på 0,05 (som er det typiske valg), betyder det, at vi for p-værdier under det niveau afviser nulhypotesen og kalder forskellen for statistisk signifikant. Ved høje p-værdier ($p > 0,05$) kan vi ikke afvise nulhypotesen, hvormed vi heller ikke kan afvise, at den observerede forskel er nul.

Bemærk dog, at selv om forskellen mellem to grupper er statistisk ikke-signifikant, er det ofte værd at diskutere den praktiske relevans af forskellen. Særligt i små stikprøver kan man opleve, at en forskel med en praktisk relevant størrelse kan være statistisk ikke-signifikant. I sådanne diskussioner skal man samtidig være opmærksom på, at en stor forskel også kan skyldes stikprøveudvælgelsen: En anden stikprøve ville have givet et anderledes resultat.

I de senere afrapporteringer med de opfølgende datamålinger gennemføres effektmålingen. Effekter på de primære og sekundære resultatmål vil blive estimeret på baggrund af en lineær regression på en binær indikator for indsatsgruppe samt kontrol for baselineværdierne af resultatmålet. Variable med indikationer (p -værdi $< 0,1$) på forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen ved baseline inkluderes desuden som kontrolvariable. Effektestimatet måler den gennemsnitlige ændring i resultatmålet fra baseline til opfølgningen

3.2 Kvalitative data

Der gennemføres to kvalitative studier.

Det første studie har til formål at bringe viden om fagpersoners oplevelser og erfaringer med FAMKO-projektet, arbejdet med projektets målgruppe samt samarbejdet på tværs med andre faggrupper. Data bliver indhentet via fokusgrupper med sundhedsplejersker, familiebehandlere, socialrådgivere, jordemødre, medarbejdere fra alkohol- og rusmiddelbehandling samt læger.

Det andet studie har til formål at undersøge, hvad der sker i FAMKO-interventionen, og hvordan deltagerne oplever forløbet. Studiet er et casestudie, hvor 6 gravide/familier fra FAMKO-interventionsgruppen følges i flest mulige af deres planlagte besøg med fagpersoner under graviditeten og i løbet af barnets første år.

Fund fra de kvalitative studier bliver publiceret i videnskabelige tidsskrifter.

4 Covid-19 og FAMKO-projektet

Både 2020 og 2021 har i høj grad været præget af de restriktioner, som covid-19 har ført med sig. Deltagere og medarbejdere har skullet finde nye måder at arbejde, samarbejde og få den nye hverdag til at hænge sammen på.

Regeringen meldte ret hurtigt ud, at støtte til socialt udsatte og sårbare borgere skulle fortsætte på trods af covid-19-restriktioner og nedlukning.

Da målgruppen for FAMKO falder under denne kategori, var det muligt at fastholde stort set alle aktiviteterne med borgene på trods af restriktionerne. Der blev fundet nye løsninger, så fagpersoner har kunnet deltage digitalt i fælleskonsultationer, og flere af kontakterne med familierne foregik via telefon, videoopkald eller udendørs. FAMKO-personerne har mødtes fysisk i mindre omfang, men har til gengæld været sammen digitalt. For det samlede FAMKO-netværk blev den halve temadag udskudt grundet restriktioner omkring forsamlingsforbud og blev gennemført med delvis fysisk fremmøde og virtuel deltagelse. For nogle familier har den digitale kontakt været mere tryk, og den vil derfor blive et nyt redskab i værktøjskassen fremadrettet. Desuden vil webinarer fremover indrages i højere grad i forhold til at få ny viden og læring.

I forhold til den praktiske udførelse af projektet blev "Tryghedscirkel"-gruppeforløbene lukket ned under covid-19-nedlukningen, hvilket betød, at en del deltagere først fik mulighed for at starte i "Tryghedscirkel"-forløbet på et senere tidspunkt. Dette medførte et større frafald, blandt andet fordi barslen var ophørt for nogle af deltagerne.

I forhold til evalueringen betød covid-19, at igangsættelsen af Bayley-undersøgelsen blev forsinket fra marts 2021 til juni 2021. De første børn blev derfor lidt ældre end de efterfølgende børn. For ikke at gøre forskellen for stor valgte vi at gennemføre de resterende Bayley-undersøgelser, når børnene er 13,5 måneder gamle i stedet for som oprindeligt planlagt ved 12 måneder.

Derudover blev de kvalitative studier forsinket, da det ikke var muligt at starte casestudiet under covid-19-nedlukningen jf. de på det tidspunkt gældende restriktioner.

5 Hvem er de gravide, der deltager i projektet?

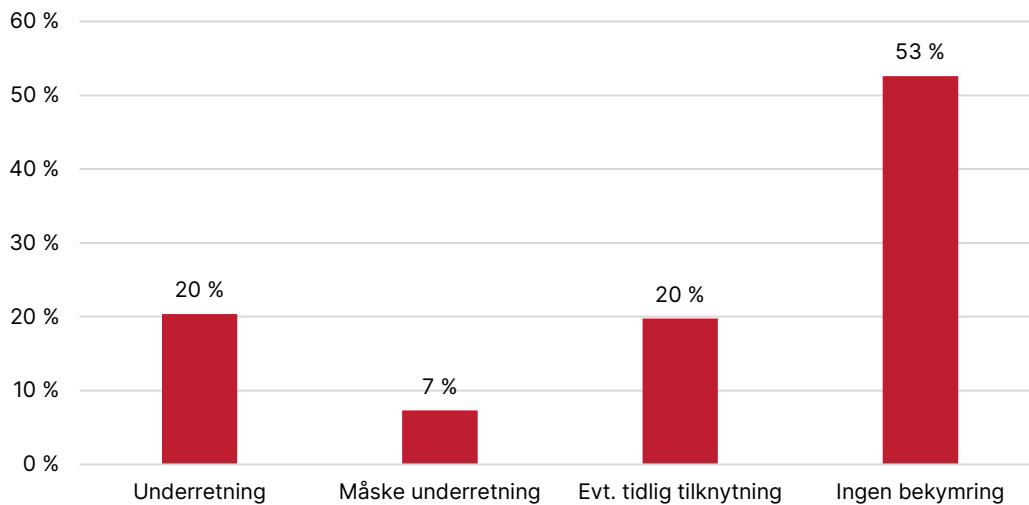
I dette kapitel vil vi gennemgå deltagerne karakteristika ved opstart i projektet. Oplysningerne er baseret på, hvad deltagerne har svaret i baseline-spørgeskemaet og det korte spørgeskema, de fik i graviditetsuge 25. Derudover anvender vi data fra visitationen til Familieambulatoriet. Først beskrives data fra visitationen, derefter beskriver vi deltagerne baggrundsdata som alder, uddannelse osv. og til sidst gennemgår vi blandt andet deltagerne trivsel, refleksionsevne og traumer.

Et væsentligt udgangspunkt for en effektmåling er, at indsats- og kontrolgruppen er ens i udgangspunktet. Vi har derfor sammenlignet indsatsfamilierne og kontrolfamilierne. Selve analysen præsenteres i Bilagstabel 2.1 og Bilagstabel 2.2. Vi finder, at der ikke er nogen statistisk signifikant forskel på de to grupper, bortset hvad angår fra andelen af førstegangsfødende samt andelen visiteret til psykolog eller psykoterapeut. I resten af rapporten betragtes deltagerne som en samlet gruppe, uanset om de har modtaget FAMKO eller ej. Det er først i næste rapport, hvor vi gennemfører effektmålingen, at vi vil sammenligne indsatsgruppen med kontrolgruppen igen.

Som beskrevet i afsnit 3.1.3 er det ved første jordmoderkonsultation, at den gravide inviteres til at deltage i studiet. Her vurderer jordmoderen, hvilken kategori den enkelte familie falder inden for, baseret på niveauet af bekymring.

Af Figur 5.1 fremgår fordelingen af familier placeret i de fire kategorier. Næsten tre fjerdedele (73 %) af de gravide i projektet er vurderet til at tilhøre enten kategori 3 eller 4, dvs. at der enten er få bekymringer for den gravide, eller det vurderes, at familien ville have glæde af et tilknytningsforløb. Dette er de gravide, vi kategoriserer som gruppe 2 (lavere niveau af bekymring). De resterende familier (27 %) er vurderet til at tilhøre kategori 1 eller 2, hvilket vil sige, at der enten allerede foreligger mindst én underretning på familien, eller at der sandsynligvis kommer en underretning i løbet af graviditeten. Dette er de gravide, vi kategoriserer som gruppe 1 (højere niveau af bekymring).

Figur 5.1 Bekymring



Anm.: N = 329.

I analyserne præsenteres resultaterne samlet for alle deltagere og for hver gruppe. Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring. I alle analyser undersøger vi, om der er forskel mellem de to grupper.

Kilde: Visitationsdata.

Vi vil i resten af kapitlet præsentere resultaterne både for den samlede gruppe af deltagere, men også for gruppe 1 og 2. Vi laver en sammenligning mellem gruppe 1 og 2 for at få en bedre forståelse af, hvordan de gravide i projektet både ligner og adskiller sig fra hinanden. En samlet tabel for sammenligningen imellem gruppe 1 og 2 ses i Bilag 3.

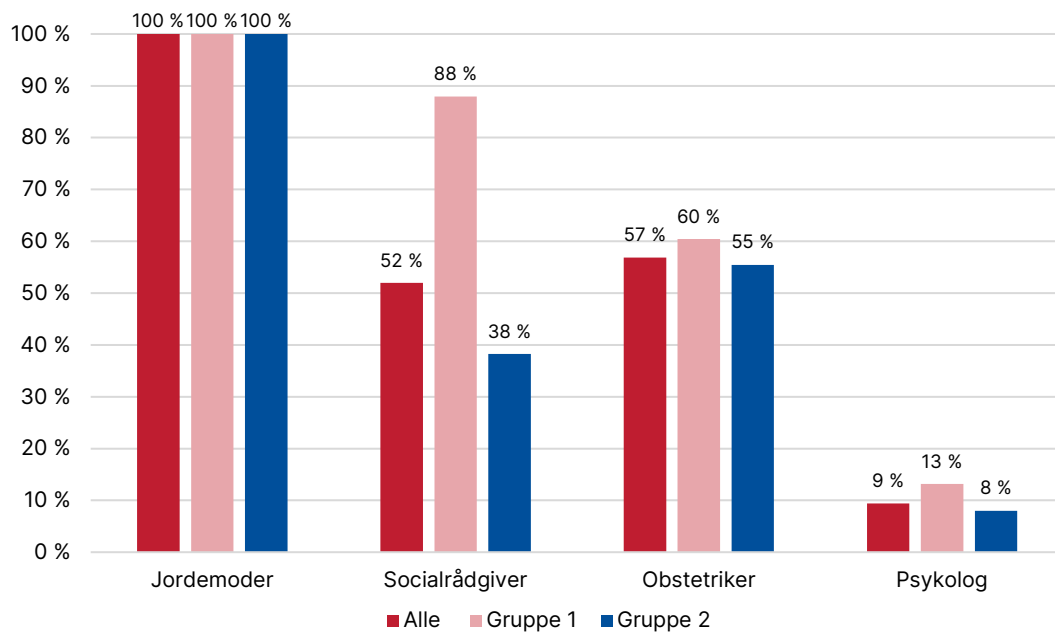
5.1 Visitation af de gravide

Dette afsnit bygger på data fra visitationen på Familieambulatoriet. Når de gravide visiteres til Familieambulatoriet på OUH, bliver de visiteret til mellem 1 og 4 forskellige fagpersoner. Figur 5.2 viser en oversigt over, hvor mange af de gravide der er visiteret til hhv. jordemoder, socialrådgiver, obstetiker og/eller psykolog eller psykoterapeut ved primær visitation. Som det fremgår af figuren, bliver alle visiteret til en jordemoder, da det er et af kriterierne for at kunne deltage i FAMKO-projektet. Herudover er 57 % visiteret til en obstetiker, 52 % til en socialrådgiver, og 9 % er visiteret til en psykolog eller psykoterapeut. Det fremgår desuden, at mødre kategoriseret i gruppe 1 har en større frekvens af visitering til socialrådgiver og psykolog eller psykoterapeut, sammenlignet med gruppe 2.

Alle gravide er som sagt visiteret til jordemoder. Derudover er 42 % visiteret til yderligere én faggruppe, 36 % er visiteret til i alt tre faggrupper, mens under 2 % er visiteret til alle 4 faggrupper ved primær visitation. I gennemsnit er gruppe 1 visiteret til flere faggrupper (2,6) end gruppe 2 (2,0).

I løbet af graviditetsforløbet kan der ske sekundær visitation, hvis der opstår behov for, at den gravide visiteres til konsultationer hos andre fagpersoner end først antaget ved primærvisitation, fx obstetiker/socialrådgiver/psykolog. Sekundær visitation er ikke medtaget her.

Figur 5.2 Visitation til fagpersoner i Familieambulatoriet



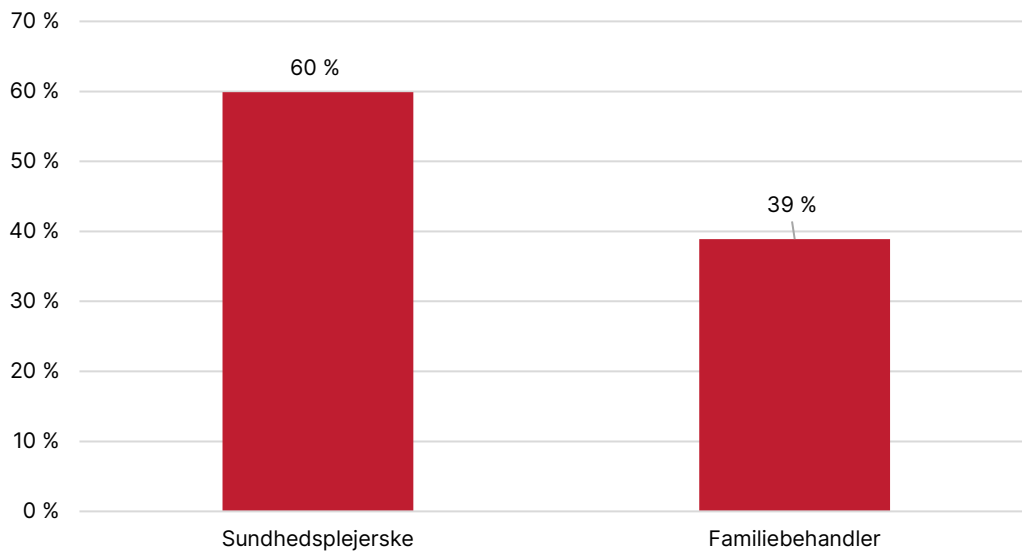
Anm.: N = 329.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Visitationsdata.

De gravide, der er blevet randomiseret til FAMKO-interventionen (som beskrevet i afsnit 3.1.5), tildeles en FAMKO-person. FAMKO-personen er enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler, alt efter familiens behov for støtte. Figur 5.3 viser fordelingen af tildelingen til henholdsvis en sundhedsplejerske eller en familiebehandler i gruppen af de gravide, der er randomiseret til FAMKO-interventionen. Da der har været flere gravide hvor bekymringsniveauet ikke har været så stort ved opstart som forventet, er der en større andel af sundhedsplejersker som FAMKO-personer. For at der ikke skulle blive for stor skævvridning i forhold til ressourcer, har de fleste gravide i kategori 3 (lavt bekymringsniveau – familien skønnes at have glæde af et tilknytningsforløb) fået tilbudt en familiebehandler som FAMKO-person i stedet for en sundhedsplejerske.

Figur 5.3 Tildeling af FAMKO-person



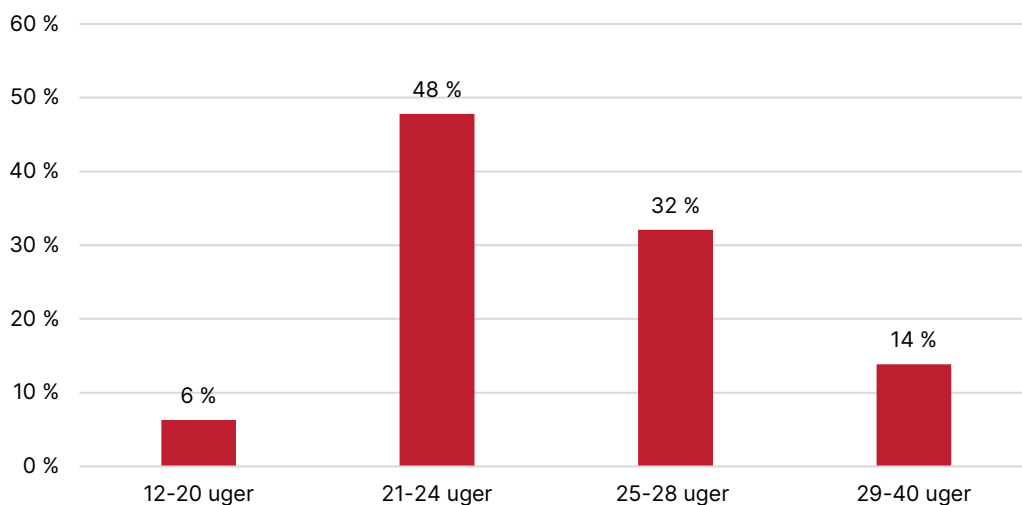
Anm.: N = 162.

Figuren summer ikke til 100 %, da to indsatsfamilier ikke har fået tildelt en FAMKO-person

Kilde: Visitationsdata.

FAMKO-indsatsen starter for de fleste med, at FAMKO-personen er med til jordemoderkonsultation. For at kunne få en ide om, hvornår indsatsen er startet, noterer vi den gravides gestationsalder, dvs. alderen på den gravides foster i livmoderen for det første møde med FAMKO-personen. I Figur 5.4 ses en oversigt over de gravides graviditetsuge ved indsatsens opstart. Heraf fremgår det, at for næsten halvdelen af de gravide, der modtager FAMKO-indsatsen, er indsatsen startet ved graviditetsuge 21-24. For en tredjedel af de gravide, der modtager FAMKO-indsatsen, er indsatsen startet lidt senere, nemlig i graviditetsuge 25-28. For 14 % startede indsatsen i tredje trimester (uge 29-40), mens den for 6 % startede allerede i graviditetsuge 16-20.

Figur 5.4 Graviditetsuge ved opstart af FAMKO-indsatsen



Anm.: N = 159.

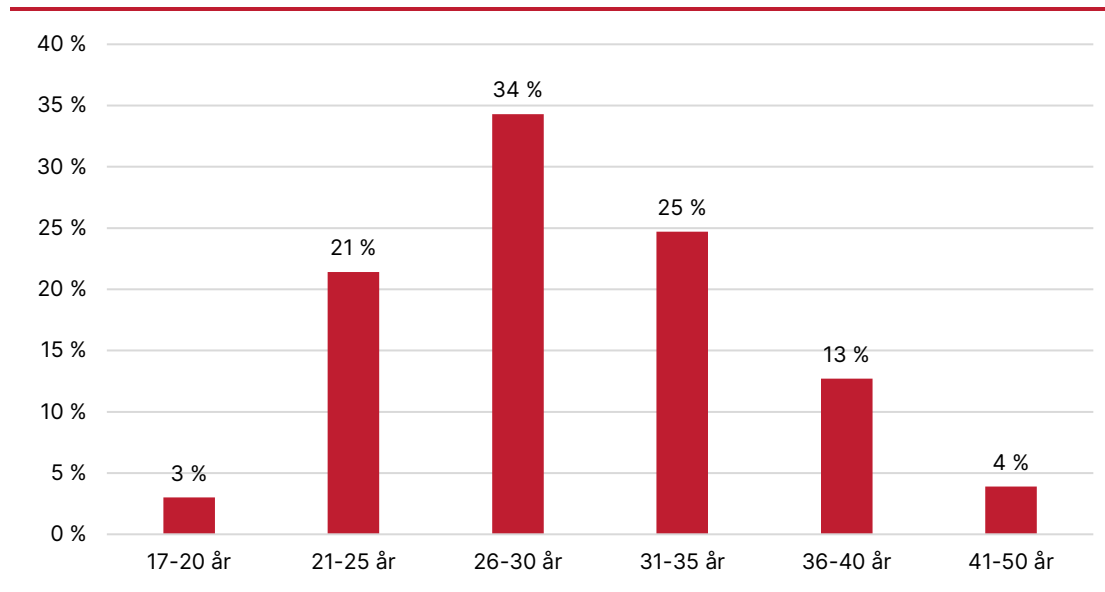
Kilde: Visitationsdata.

Gruppe 1 er gennemsnitligt i uge 31 ved opstart, hvorimod gruppe 2 i gennemsnit starter i uge 29. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

5.2 Baggrundsdata for alle deltagere

Den gennemsnitlige alder for de gravide i opstarten af projektet er 30 år. De gravide i gruppe 1 (højere niveau af bekymring) er signifikant yngre (27 år i gennemsnit) end de gravide i gruppe 2 (lavere niveau af bekymring), der i gennemsnit er 31 år gamle. Af Figur 5.5 fremgår den aldersmæssige fordeling for alle de gravide samlet.

Figur 5.5 Aldersfordeling

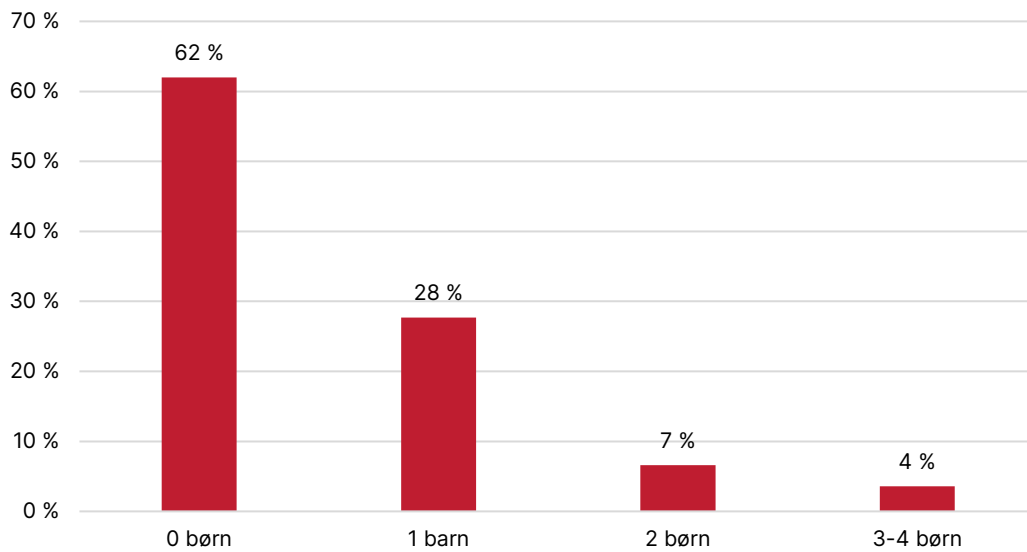


Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

For 62 % af de gravide er det det første barn, de venter (Figur 5.6). 28 % har ét barn i forvejen, mens 11 % har to eller flere. Der er ikke signifikant forskel på antallet af børn mellem gruppe 1 og gruppe 2.

Figur 5.6 Antal børn

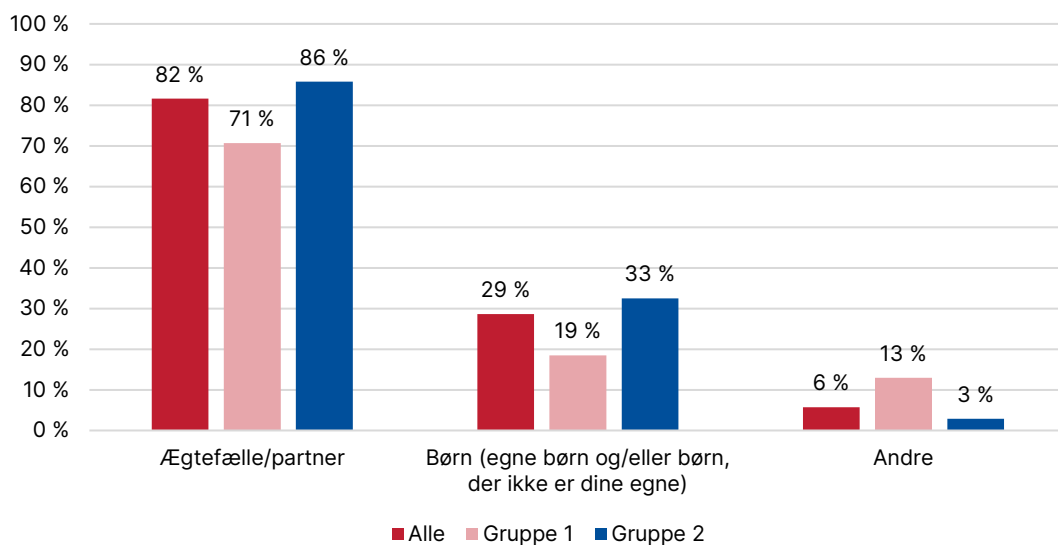


Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Af Figur 5.7 fremgår det, hvem de gravide bor sammen med. Størstedelen (82 %) af de gravide bor sammen med ægtefælle/partner. Dette gælder i højere grad for gruppe 2 (86 %) i forhold til gruppe 1 (70 %). Gravide i gruppe 2 bor desuden i højere grad sammen med egne børn og/eller børn, der ikke er deres egne (33 %), end gruppe 1 (19 %). Der er en vis uoverensstemmelse i det forhold, at samlet set 29 % angiver at bo sammen med børn, mens 39 % angiver at have et eller flere børn i forvejen (Figur 5.6). Gravide i gruppe 1 angiver desuden i højere grad at bo sammen med andre personer (13 %).

Figur 5.7 Hvem bor du sammen med?



Anm.: N = 332.

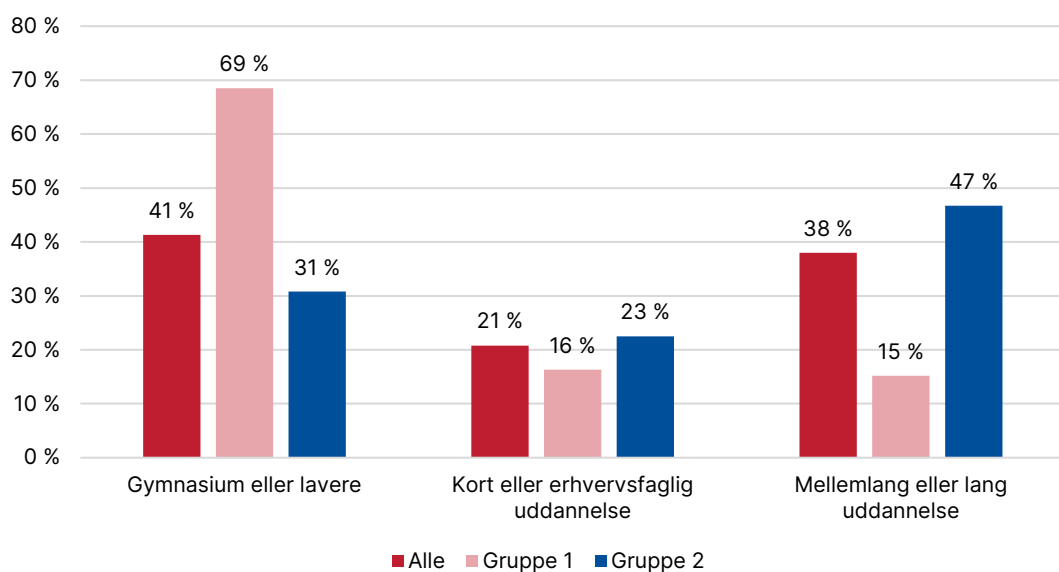
Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.2.1 Uddannelse og beskæftigelse

I alt 41 % af de gravide angiver højst at have en gymnasial uddannelse, mens 21 % angiver en kort eller erhvervsfaglig uddannelse og 38 % en mellemlang eller lang uddannelse (Figur 5.8). Uddannelsesniveaut for gruppe 2 er signifikant højere end for gruppe 1. Andelen med en kort eller erhvervsfaglig uddannelse er ens for de to grupper, men signifikant flere gravide i gruppe 1 har højst gennemført gymnasium eller lavere (69 % af gruppe 1 sammenlignet med 31 % af gruppe 2), mens signifikant flere gravide i gruppe 2 har gennemført en mellemlang eller lang videregående uddannelse (47 % af gruppe 2 sammenlignet med 15 % af gruppe 1). Forskellen i uddannelse kan til dels skyldes, at de gravide i gruppe 1 er relativt yngre end de gravide i gruppe 2.

Figur 5.8 Uddannelsesniveau



Anm.: N = 332.

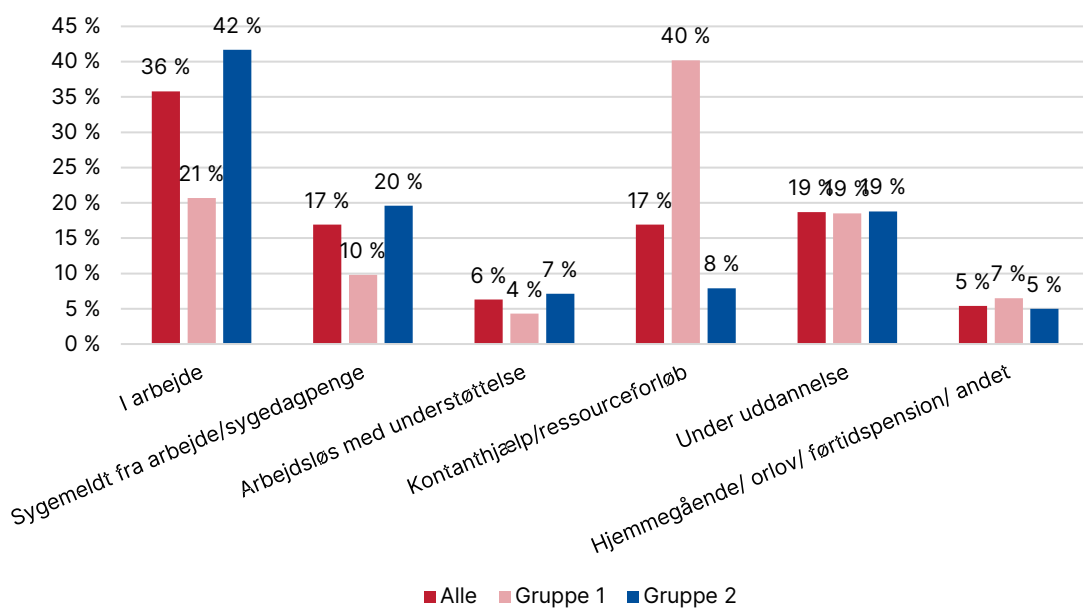
Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

De gravides arbejdsmarkedsstatus er vist i Figur 5.9. Af den samlede gruppe af gravide er lidt over halvdelen enten i arbejde (36 %) eller under uddannelse (19 %). Samlet set er 23 % enten sygemeldt eller arbejdsløse med understøttelse. 17 % er på kontanthjælp eller ressourceforløb, og en mindre gruppe på 5 % er enten hjemmegående, på orlov, på førtidspension eller andet.

Sammenlignes arbejdsmarkedstilknytningen på tværs af de to grupper, ses der statistisk signifikante forskelle i andelen i kategorierne "I arbejde", "Sygemeldt fra arbejde/sygedagpenge" og "Kontanthjælp/ressourceforløb". I gruppe 2 er 42 % i arbejde, mens dette kun gælder for 21 % i gruppe 1. Omvendt gælder det, at gruppe 1 i højere grad er på kontanthjælp/ressourceforløb (40 %) sammenholdt med gruppe 2 (8 %). Samtidigt fremgår det dog, at gruppe 2 i højere grad er sygemeldt. 20 % af gruppe 2 er sygemeldt, mens dette kun er gældende for 10 % af gruppe 1.

Figur 5.9 Arbejdsmarkedstilknytning



Anm.: N = 332.

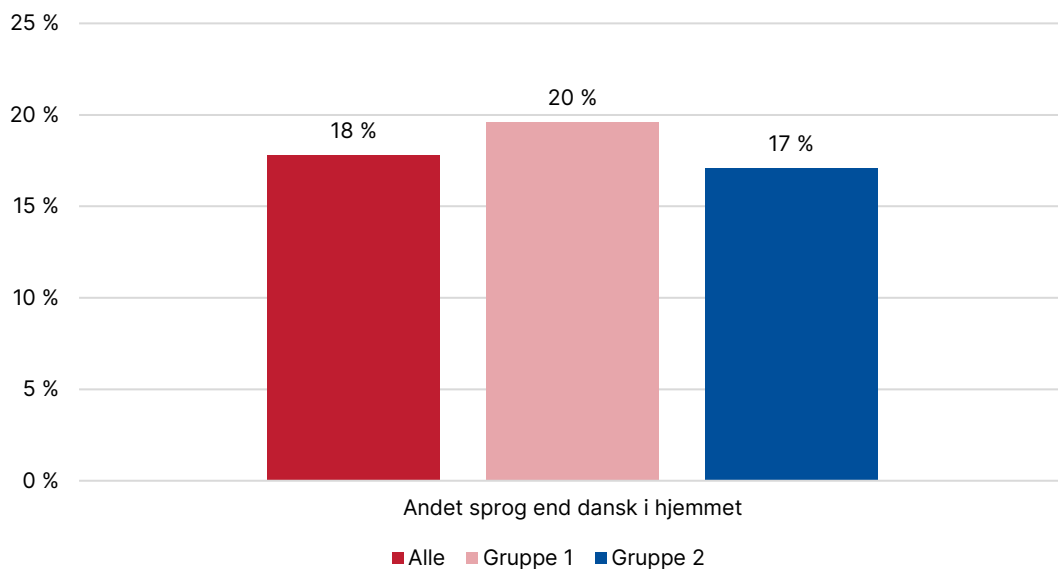
Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.2.2 Sprog

De gravide er blevet spurgt, om der bliver talt andre sprog end dansk i deres hjem. I alt 18 % af de gravide angiver, at der bliver talt et andet sprog i hjemmet end dansk (Figur 5.10). Der er ikke nogen signifikant forskel på de to grupper. De angivne sprog omfatter engelsk, arabisk, tyrkisk, kurdisk, færøsk, norsk, fransk, italiensk, spansk, polsk, rumænsk, bosnisk/serbisk/kroatisk, farsi, urdu, mandarin og russisk, hvoraf engelsk og arabisk er de mest udbredte.

Figur 5.10 Andet sprog end dansk i hjemmet



Anm.: N = 332.

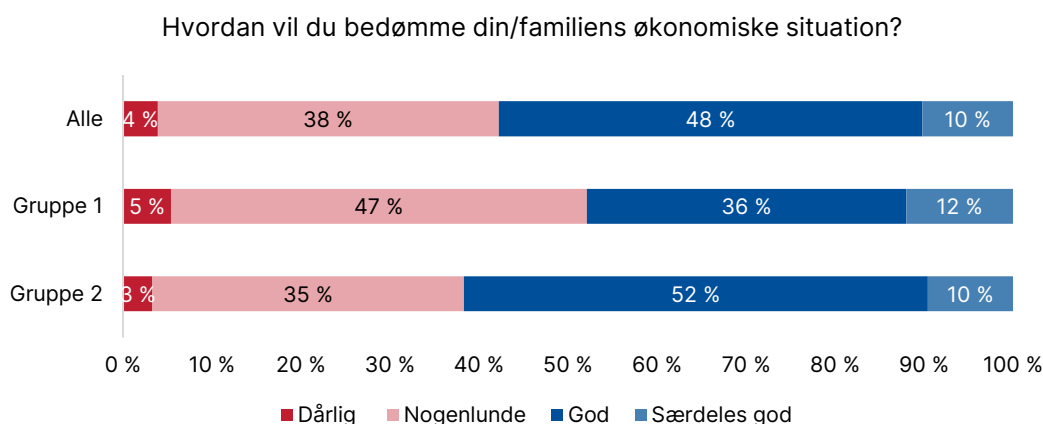
Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.2.3 Økonomi

Figur 5.11 og Figur 5.12 beskriver de gravides egen bedømmelse af deres privatøkonomi, samt hvorvidt de er bekymrede omkring deres økonomiske situation. Kun et mindretal af de gravide vurderer, at deres økonomi er dårlig (4 %). Samlet set vurderer lidt mere end halvdelen af de gravide (58 %), at familiens økonomiske situation er god eller særdeles god, mens 38 % svarer, at den er nogenlunde. Der er ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Figur 5.11 Økonomisk situation



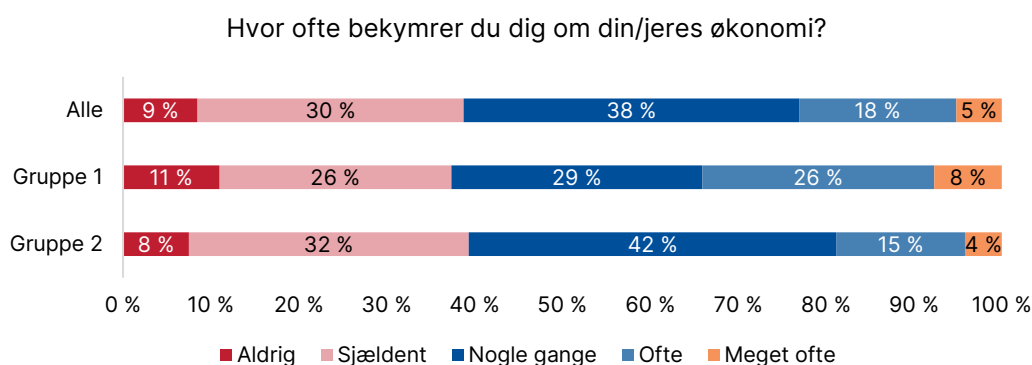
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Selvom det kun er et mindretal, der vurderer, at deres økonomi er dårlig, er der dog en del af de gravide, der i et eller andet omfang bekymrer sig om deres økonomi. Af Figur 5.12 fremgår det, at knap hver fjerde gravide (23 %) ofte eller meget ofte bekymrer sig om egen økonomi. 38 % bekymrer sig nogle gange, mens 39 % sjældent eller aldrig bekymrer sig om økonomien. Der er ikke betydelige forskelle imellem de to grupper. Vi ser altså, at der på trods af markante forskelle i de to gruppers arbejdsmarkedstilknytning, hvor en større andel af gruppe 2 end gruppe 1 er i arbejde, ikke er forskelle i, både hvordan og hvor meget de gravide i hver gruppe bekymrer sig om deres økonomiske situation.

Figur 5.12 Økonomiske bekymringer



Anm.: N = 330.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

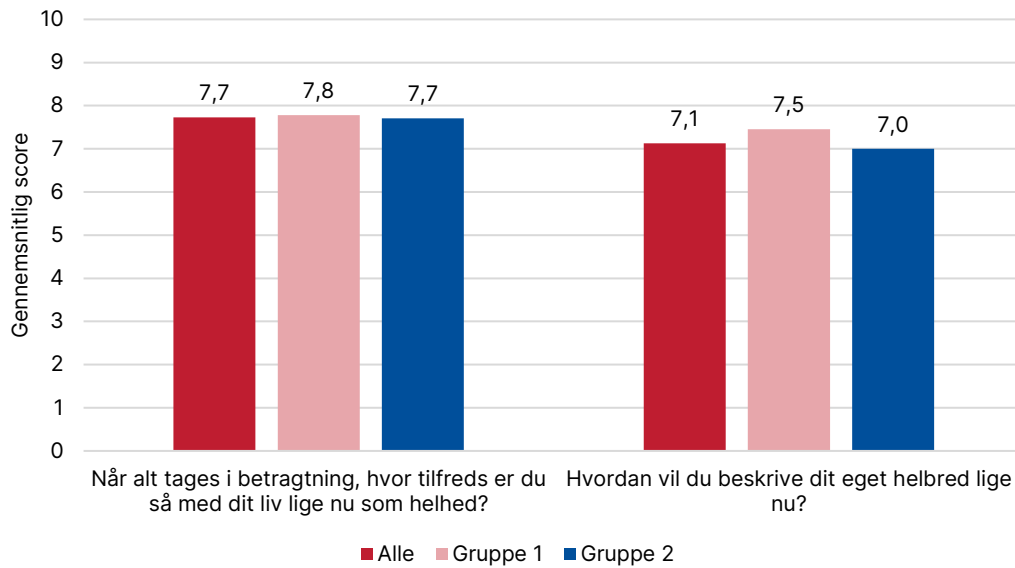
5.3 De gravides trivsel og netværk

5.3.1 Livssituation

De gravide bliver spurgt om deres overordnede tilfredshed med egen livssituation og om deres vurdering af eget helbred, hvor de gennemsnitlige besvarelser fremgår af Figur 5.13. De har svaret på, hvor tilfredse de er med deres liv på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er særdeles utilfreds, og 10 er særdeles tilfreds. I gennemsnit svarer de 7,7 på skalaen, hvilket svarer til en relativt høj tilfredshed. Vi ser ikke nogen forskel i tilfredshed mellem gruppe 1 og 2.

I forhold til helbred har de gravide svaret på, hvordan de vil vurdere deres eget helbred på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er det værste mulige helbred, mens 10 er det bedste mulige helbred. Her er gennemsnittet for den samlede gruppe 7,1, hvilket svarer til et relativt godt helbred. De gravide i gruppe 1 vurderer i gennemsnit deres helbred en anelse bedre, end de gravide i gruppe 2 gør.

Figur 5.13 Tilfredshed med livssituation og egen vurdering af helbred



Anm.: N = 332.

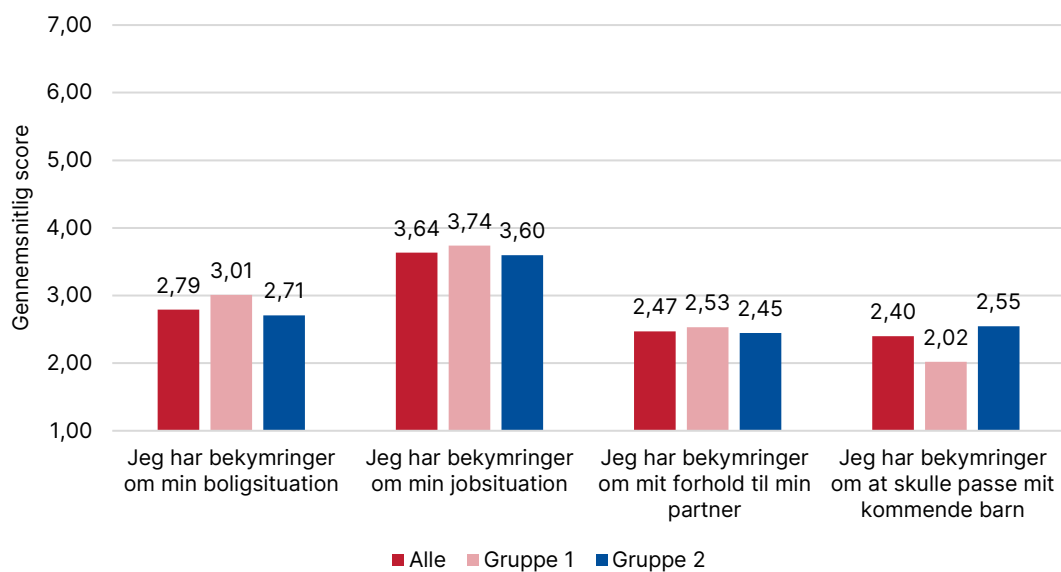
Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Figur 5.14 viser de gravides bekymringer omkring bolig- og jobsituation, forhold til en eventuel partner samt om at skulle passe det kommende barn. De gravide har svaret på en skala fra 1 til 7, hvor 1 angiver, at de er meget uenige i, at de har bekymringer, mens 7 angiver, at de er meget enige i, at de har bekymringer.

Med en gennemsnitlig score på 2,79 har de gravide en relativt lav bekymring omkring deres boligsituation. Det samme gælder forholdet til deres partner (2,47) og det at skulle passe deres kommende barn (2,40). Overordnet set bekymrer deltagerne sig en anelse mere omkring deres jobsituation relativt til de øvrige parametre (3,64). Herudover ser vi, at de gravide i gruppe 1 i gennemsnit bekymrer sig en anelse mindre omkring at skulle passe deres kommende barn (2,02) sammenlignet med de gravide i gruppe 2 (2,55). Det er således de gravide, hvor der er et lavere niveau af bekymring, der bekymrer sig mest om at skulle passe det kommende barn. Vi ser ingen forskelle mellem gruppe 1 og gruppe 2 i forhold til de andre tre parametre: bekymringer om boligsituation, jobsituation eller forholdet til partneren.

Figur 5.14 Bekymringer om boligsituation, jobsituation, forhold til partner og at skulle passe kommende barn



Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

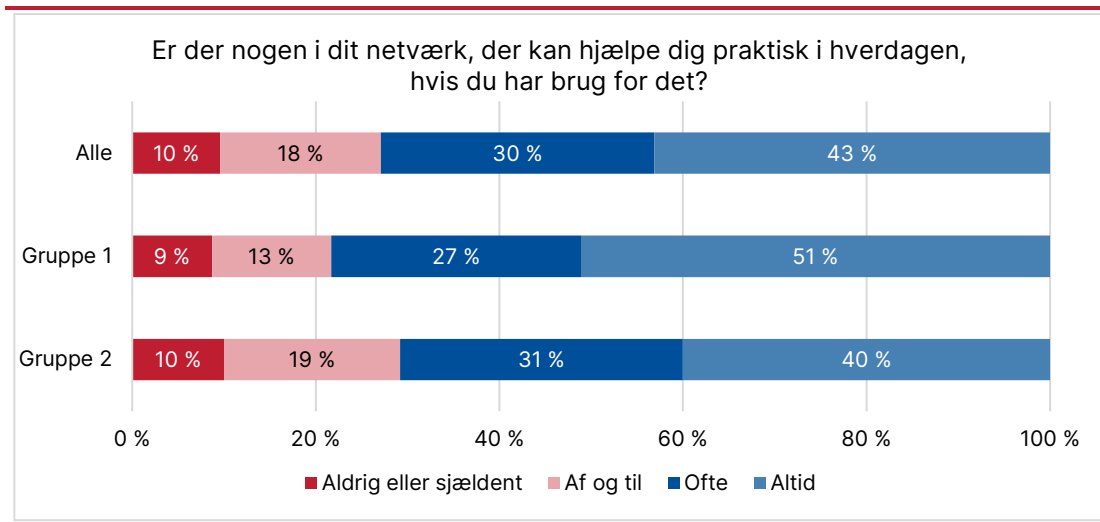
Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.3.2 Netværk

Når man får et barn, er det væsentligt at have et netværk, der kan hjælpe en i hverdagen. For at få en ide om, hvor stort et netværk de gravide har i deres daglige liv, bliver de spurgt om deres personlige netværk, og hvorvidt de har mennesker omkring sig, der kan hjælpe dem i hverdagen.

Figur 5.15 viser, hvorvidt de gravide har personer i deres netværk, der kan hjælpe dem med praktiske forhold i hverdagen, hvis de har brug for det. Overordnet set har størstedelen af de gravide ofte eller altid nogle, der kan hjælpe dem (73 %). Hver tiende gravide angiver dog, at de aldrig eller sjældent har nogle, der kan hjælpe dem i hverdagen med praktiske ting. Selvom der er flere i gruppe 1 sammenlignet med gruppe 2, der har nogle, der kan yde praktisk hjælp, er der ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Figur 5.15 Praktisk netværk



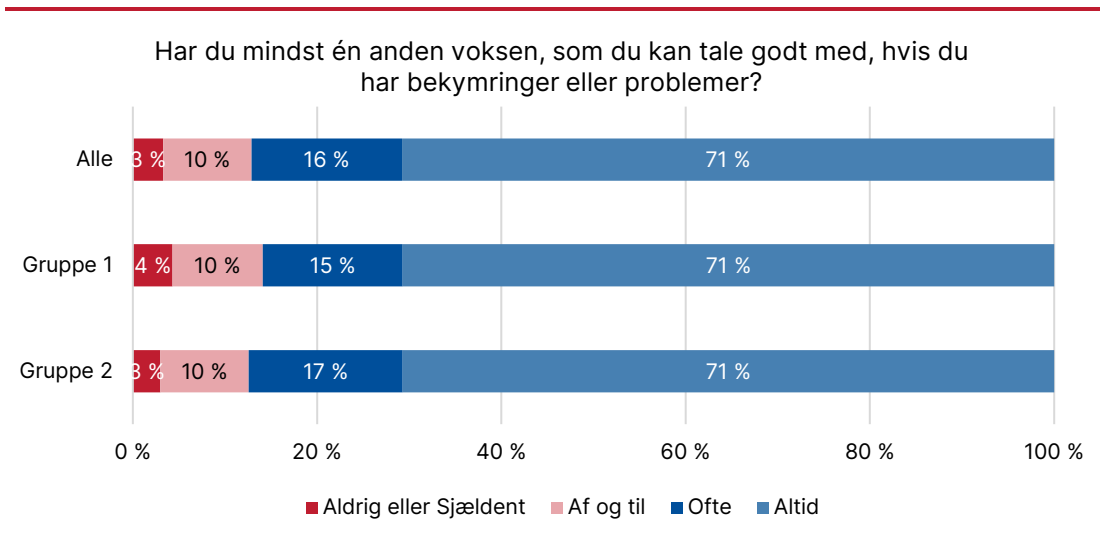
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Figur 5.16 viser, om de gravide har voksne, som de kan tale med om bekymringer eller problemer. Hovedparten af de gravide (87 %) angiver, at de ofte eller altid har en person, de kan snakke med om bekymringer eller problemer, mens 3 % aldrig eller sjældent har det samme. Der er ingen forskel mellem gruppe 1 og gruppe 2.

Figur 5.16 Fortroligt netværk



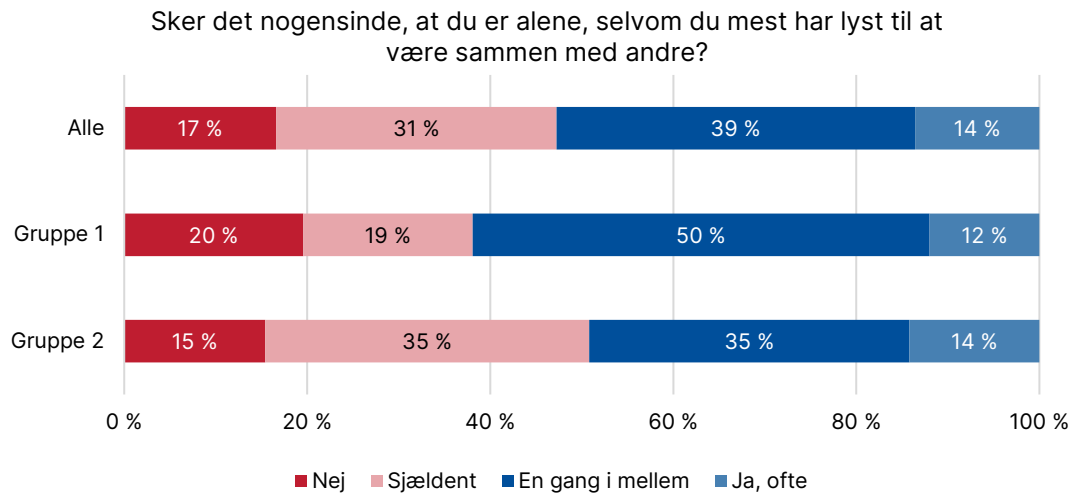
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Herudover er de gravide blevet stillet spørgsmål i forhold til, om de føler sig ensomme (Figur 5.17). Mere end halvdelen af de gravide angiver at føle sig ensomme i en eller anden grad (54 %). 14 % angiver endda, at de ofte oplever at være alene, selvom de hellere vil være sammen med andre. De gravide i gruppe 1 føler sig signifikant mere ensomme end gravide i gruppe 2.

Figur 5.17 Ensomhed



Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

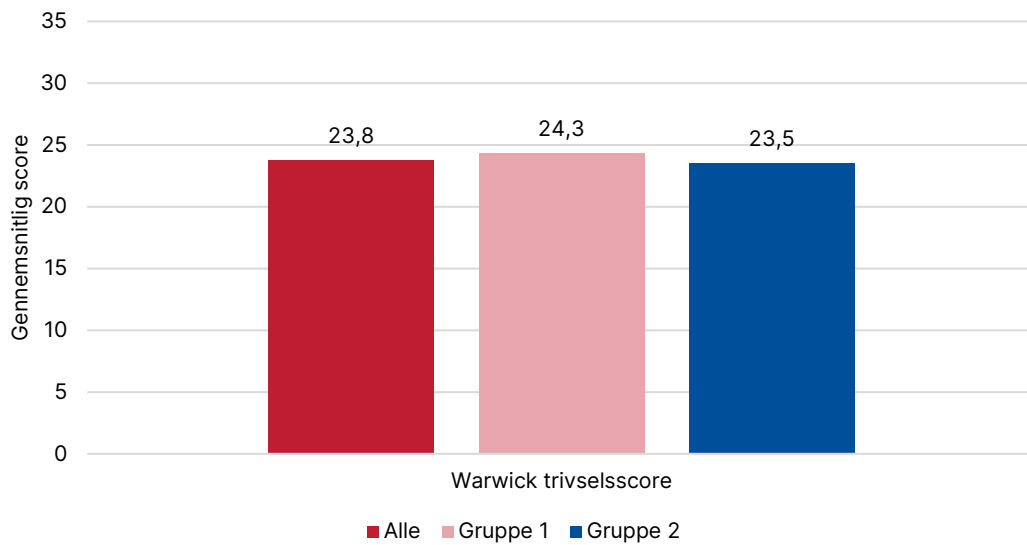
Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.3.3 Trivsel

De gravides trivsel bliver målt ud fra Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWS), som går fra 7 til 35 og er baseret på syv items, der kan ses i Figur 5.20. Warwick-skalaen dækker både følelsesmæssige og funktionsmæssige aspekter af de gravides mentale trivsel, og de gravide er blevet bedt om at angive, hvordan de har haft det i løbet af de sidste to uger. En høj totalscore på skalaen indikerer et højt niveau af trivsel.

Figur 5.18 viser den gennemsnitlige totalscore af trivselsmålet for alle kvinder samt fordelt på gruppe 1 og gruppe 2. Det kan her ses, at de gravide overordnet set har en gennemsnitlig score på 23,7. Dette niveau er kun minimalt lavere end gennemsnittet for danske kvinder, der er 24,1 (Koushede et al., 2019). Der er ikke signifikant forskel mellem gruppe 1 og gruppe 2.

Figur 5.18 De gravides trivsel – gennemsnit



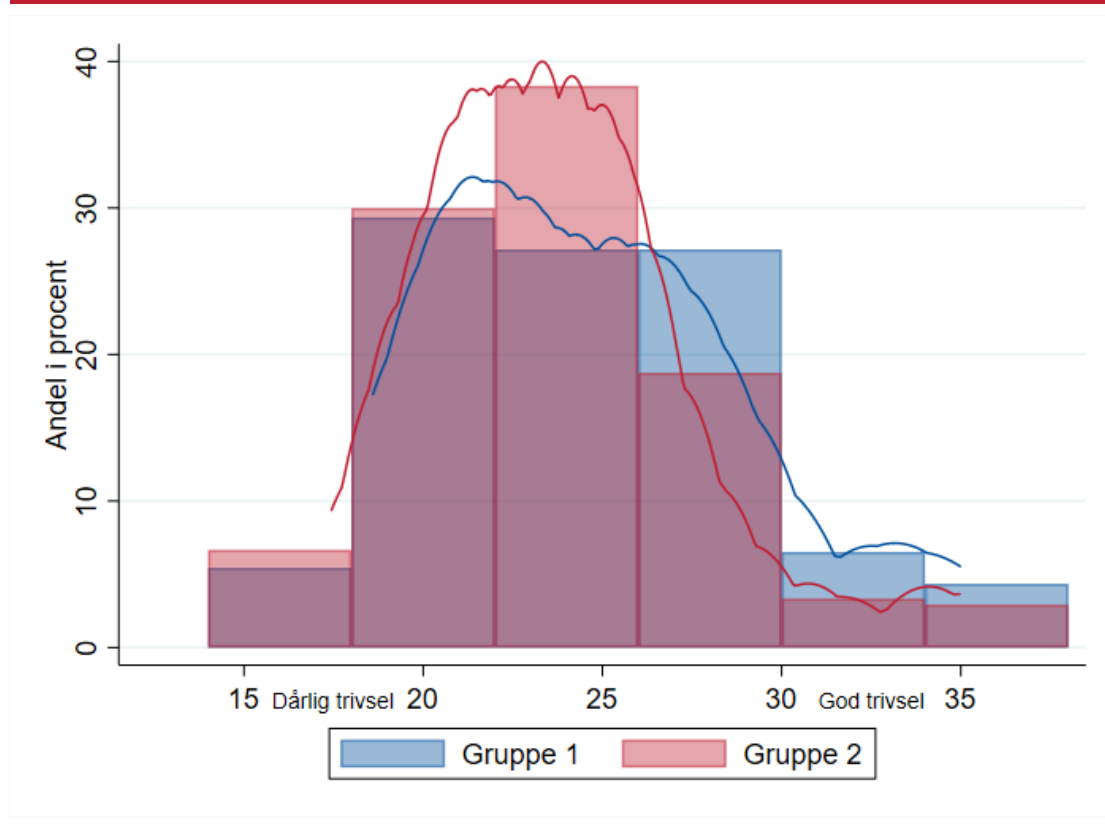
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Selvom der ikke er nogen forskel i gennemsnittet for de gravides trivsel, er der dog en interessant forskel i, hvordan svarene fordeler sig for de to grupper. Figur 5.19 viser fordelingen af de gravides totalscore af trivselsmålet for henholdsvis gruppe 1 og gruppe 2 i et såkaldt density plot. Af figuren fremgår det, at en større andel af de gravide fra gruppe 1 har en trivselsscore over 25 sammenlignet med gruppe 2. Ser vi på andelen af kvinder med dårlig trivsel (totalscore < 20), er der ikke væsentlig forskel mellem de to grupper af kvinder. Forskellen mellem de to grupper består derfor i andelen af kvinder med middel trivsel kontra god trivsel. Så selv om gennemsnittet er det samme for de to grupper, er der flere gravide i gruppe 1, hvor der er højere bekymring, der vurderer, at de har en god trivsel, end hvad vi ser blandt kvinder fra gruppe 2, hvor der er et lavere niveau af bekymring. Forskellen kan måske forklares ved, at vi ser en større andel af kvinder i gruppe 2, der er sygemeldt (Figur 5.9), og at gruppe 2 tilsvarende i gennemsnit har en lavere vurdering af eget helbred (Figur 5.13).

Figur 5.19 De gravides trivsel – fordeling



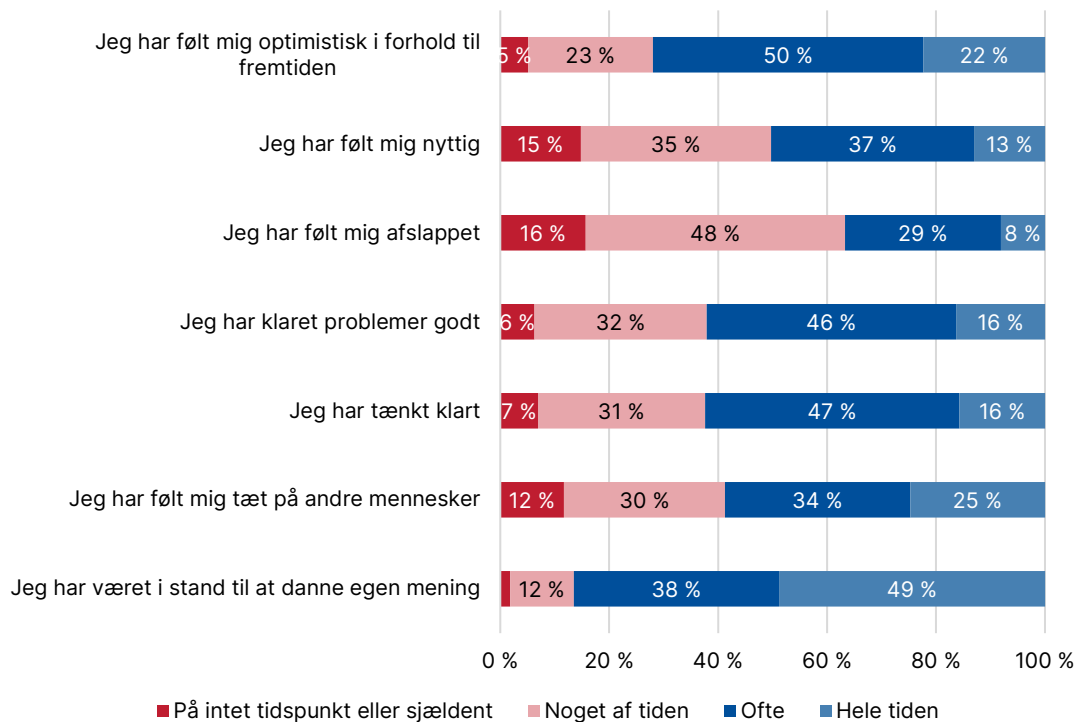
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Den samlede skala for trivsel består af syv forskellige spørgsmål. Svarfordelingen for den samlede gruppe af gravide for hvert af de syv spørgsmål, som ligger til baggrund for den totale score, er angivet i Figur 5.20. Svarfordelingen indikerer, at de gravides trivsel er bedre på nogle parametre end på andre. For eksempel angiver en større andel af de gravide, at de i løbet af de sidste to uger har følt sig optimistiske i forhold til fremtiden, har klaret problemer godt, har tænkt klart og har været i stand til at danne egen mening sammenlignet med deres svar til de øvrige spørgsmål. I forhold til, hvorvidt de gravide ofte eller hele tiden følt sig afslappede, gælder det kun for omkring hver tredje (37 %).

Figur 5.20 De gravides trivsel fordelt på de syv spørgsmål



Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

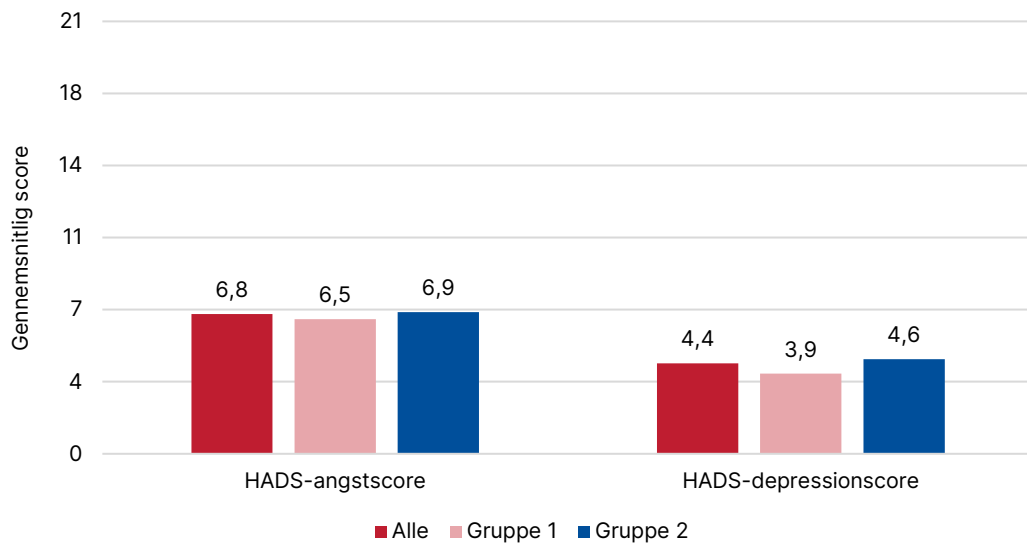
5.4 Angst og depression

De gravide bliver stillet spørgsmål, der har til formål at måle angst og depression ved hjælp af skemaet Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). De to subskalaer for angst og depression består hver af syv spørgsmål, som kan ses i henholdsvis Figur 5.22 (angst) og Figur 5.23 (depression). Begge subskalaer går fra 0 til 21, hvor en lav score indikerer et lavere niveau af hhv. angst og depression.

Den gennemsnitlige score for angst og depression kan ses i Figur 5.21. Den samlede gruppe af gravide har i gennemsnit en relativt lav angstscore på 6,8 og endnu lavere i forhold til depression, nemlig 4,4. Dette indikerer en lav grad af både angst og depression blandt deltagerne. Hverken for angst- eller depression ser vi betydelige forskelle imellem gruppe 1 og gruppe 2.

I forhold til den lave andel af deltagere med depression skal det nævnes, at vi i et senere afsnit viser, at der er en relativt stor del af deltagerne (52), der tager medicin mod depression. At hovedparten af deltagerne ikke scorer højt i forhold til depression, kan derfor være et udtryk for, at de er velbehandlede og derfor ikke aktuelt oplever symptomer.

Figur 5.21 De gravides angst- og depressionsscore i gennemsnit



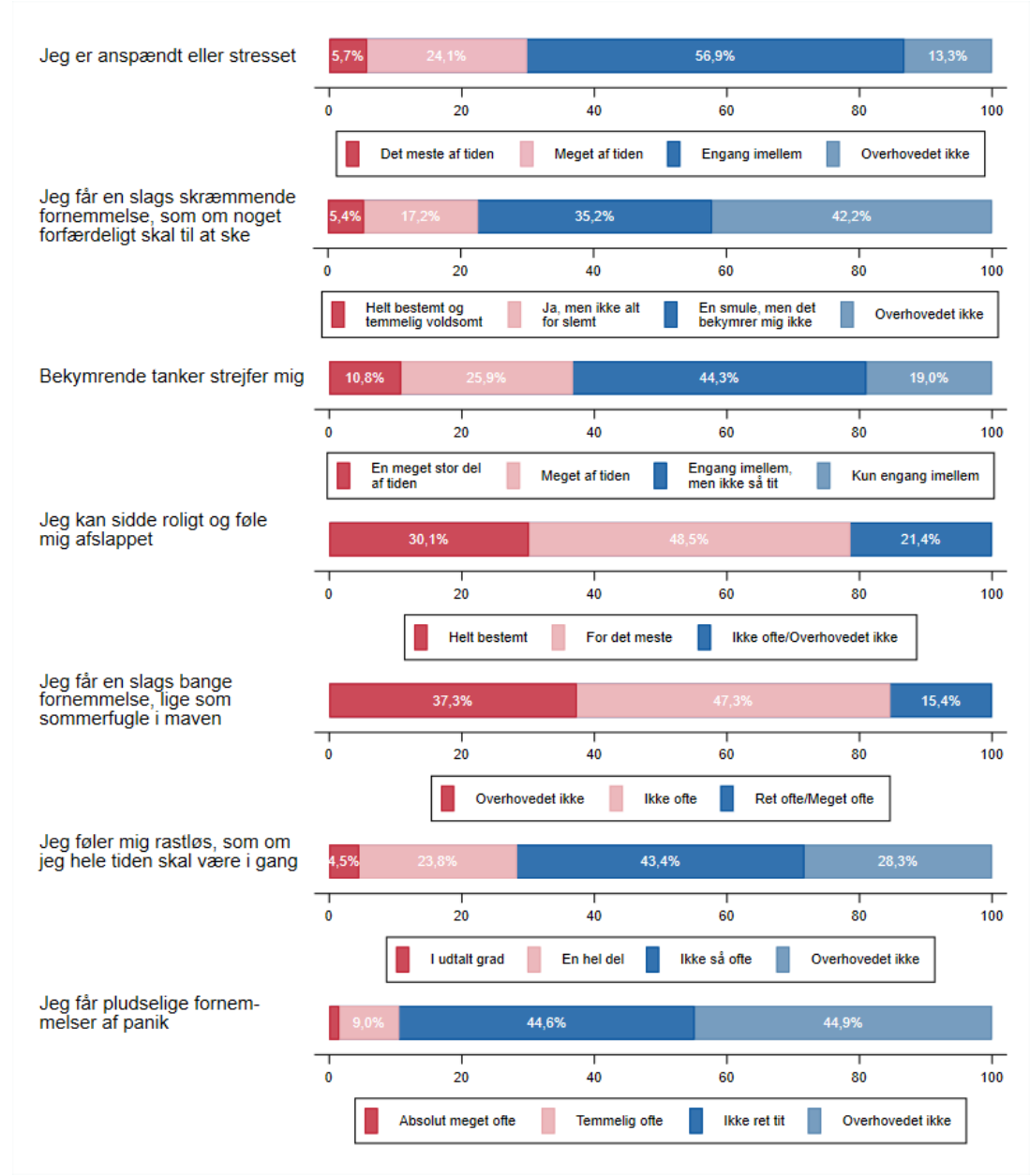
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Af Figur 5.22 og Figur 5.23 ses, hvordan den samlede gruppe har svaret i forhold til de enkelte spørgsmål om depression og angst. At den gennemsnitlige score for de gravide er relativt lav på begge subskalaer, er afspejlet i svarfordelingerne, hvor en relativt lille andel af de gravide fx svarer, at de føler sig anspændte eller stressede (Figur 5.22), mens en stor andel svarer, at de kan le og se tingene fra den morsomme side (Figur 5.23).

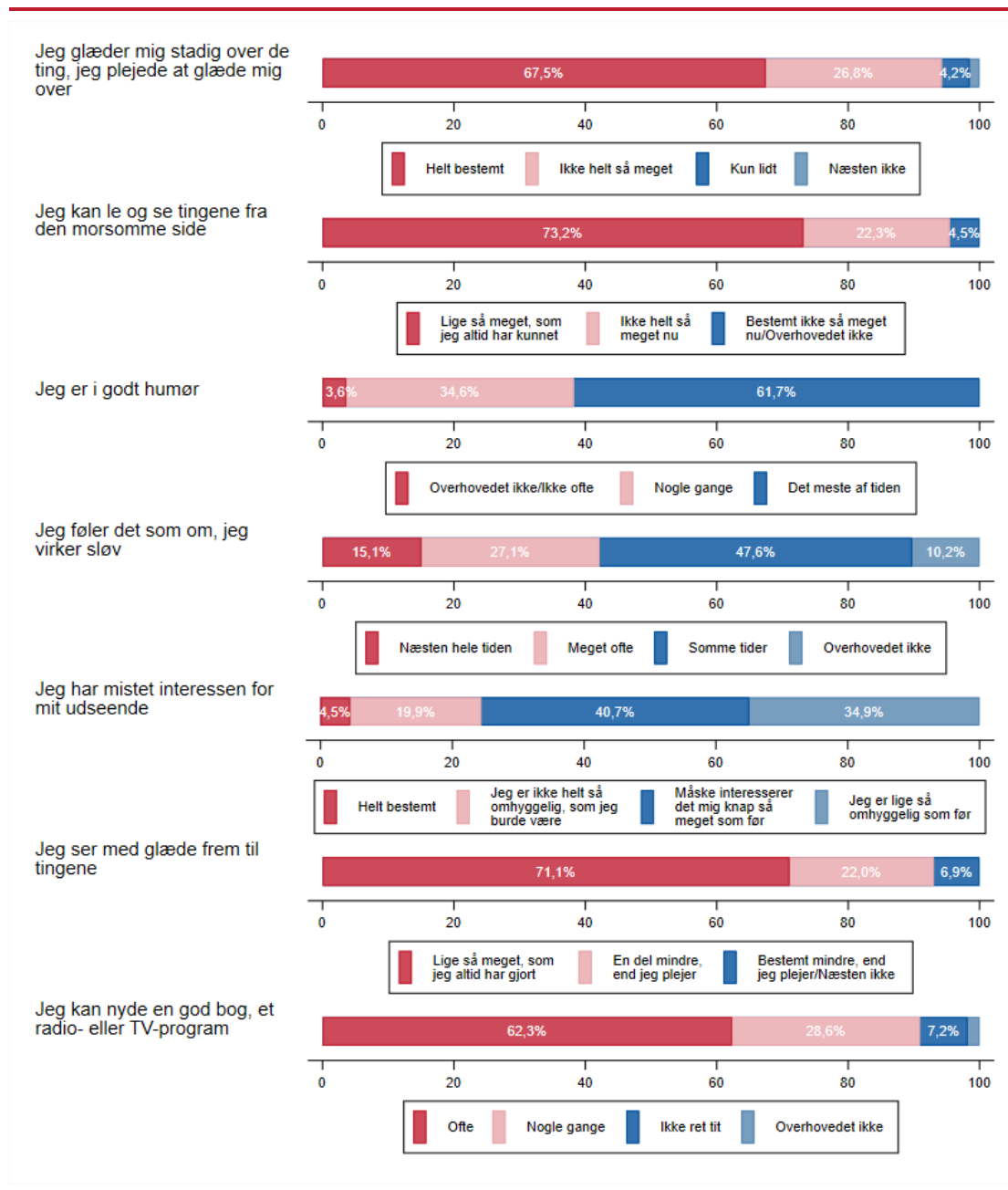
Figur 5.22 De gravides svarfordeling på HADS-angstskala målt på enkeltspørgsmål



Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Figur 5.23 De gravides svarfordeling for HADS-depressionsskala målt på enkeltspørgsmål



Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.5 Tilknnytning og refleksionsevne

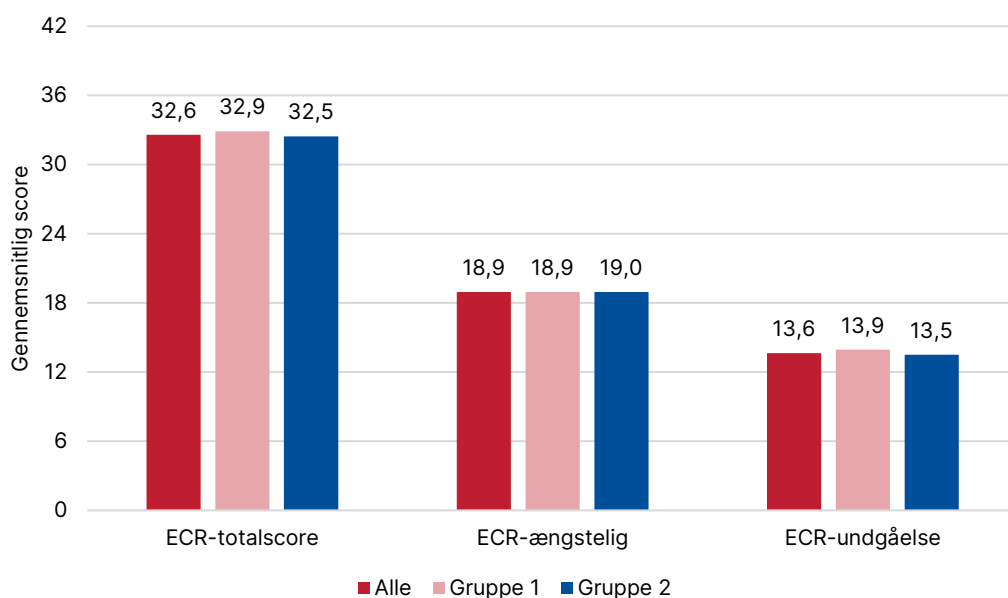
5.5.1 Erfaringer i nære relationer (ECR)

En sikker tilknnytning til andre er vigtig for både børn og voksne. Vi undersøger de gravides tilknnytning til en kæreste/partner med skemaet Experiences in Close Relationship Scale-Short Form (ECR-S). De gravide er bl.a. blevet spurgt om deres forhold til deres partner, deres behov for bekræftelse, og hvorvidt de er bange for at blive forladt, og er

blevet bedt om at vurdere hvert item på en skala fra 1 til 7, hvor 1 betyder "meget uenig", 4 betyder "hverken enig eller uenig", og 7 betyder "meget enig". Scoren er baseret på de gravides svar på 12 forskellige spørgsmål fordelt på to subskalaer: ængstelig, som måler de gravides frygt for at blive forladt og krav om nærhed; og undgåelse, som måler de gravides frygt for nærhed og afhængighed. Hver subskala går fra 6 til 42, hvor en lav score indikerer bedre tilknytning. Hvis den gravide ikke aktuelt har en partner, bliver hun bedt om at tænke på tidligere forhold.

Figur 5.24 viser de gravides gennemsnitlige totale score samt score for de to subskalaer. Generelt scores der lidt højere på ængstelig-subskalaen end på undgåelses-subskalaen, hvilket indikerer, at de gravide i gennemsnit har en tilknytning, der mere er præget af ængstelighed end af undgåelse. Dette ses også i andre studier, hvor gennemsnittet for begge de to subskalaer ligger lidt højere end hos de gravide i FAMKO (Wei et al., 2007). Vi ser her ikke betydelige forskelle på scorerne mellem gruppe 1 og gruppe 2, hvilket indikerer, at der ikke er forskel på gruppernes grad af tilknytning i nære relationer.

Figur 5.24 De gravides tilknytning – gennemsnit



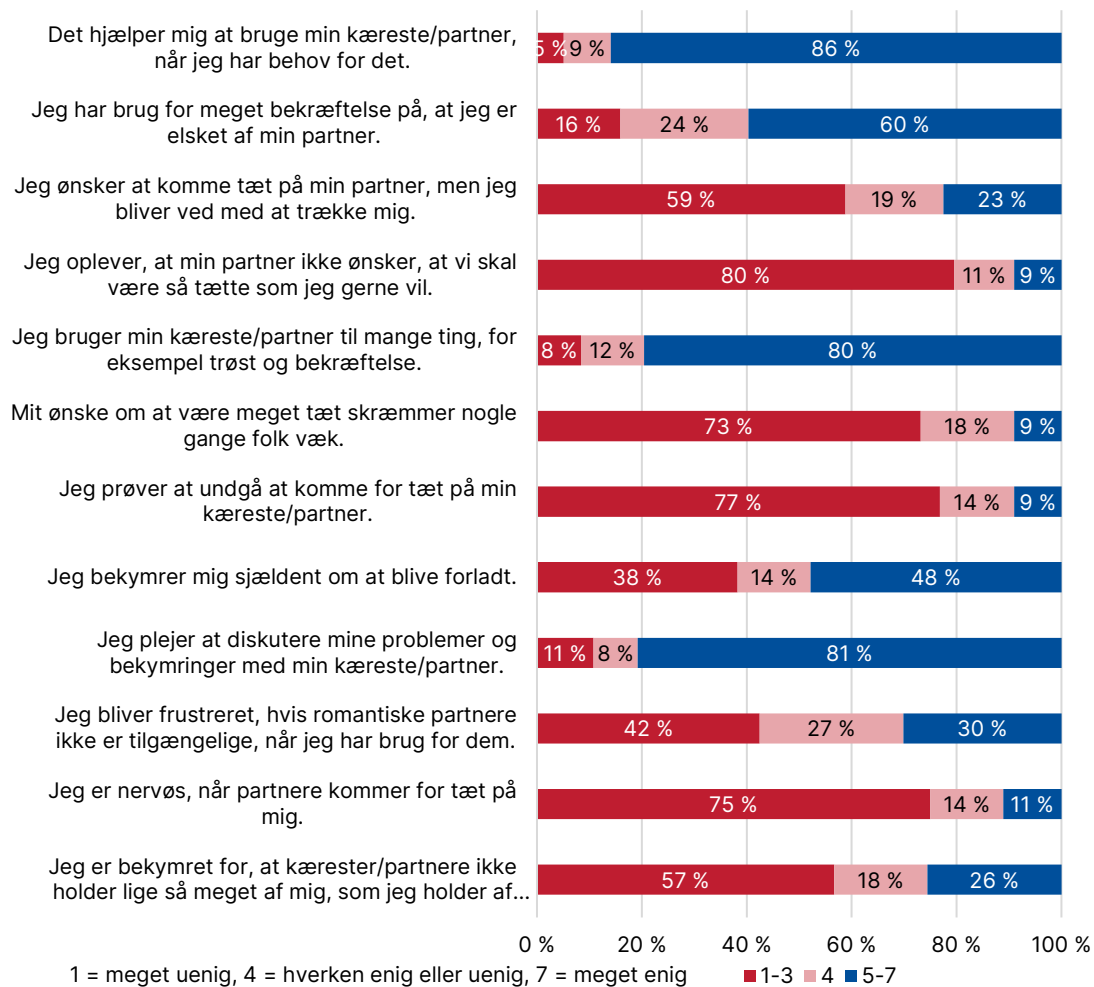
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Figur 5.25 viser de gravides svarfordeling for ængstelig- og undgåelses-subskalaerne. Svarkategorierne 1-3 samt 5-7 er her slået sammen for at give en overskuelig præsentation af fordelingerne.

Figur 5.25 De gravides svarfordeling til enkeltspørgsmål i forhold til tilknytning



Anm.: N = 332.

1 = meget uenig. 4 = hverken enig eller uenig. 7 = meget enig. Svarkategorierne 1-3 samt 5-7 er slået sammen.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.5.2 Refleksionsevne i graviditeten (P-PRFQ)

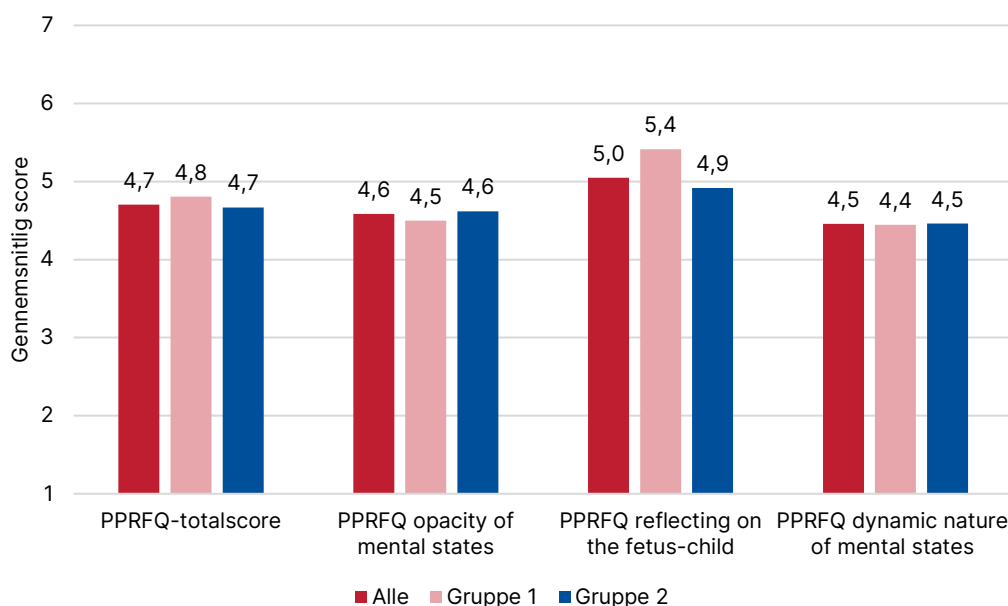
De gravides refleksive funktion måles ud fra scoren af Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRFQ). Refleksiv funktion henviser til en persons evne til at mentalisere. I en forældrekontekst henviser det til forældres evne til at kunne sætte sig ind i deres lille barns tanker og følelser. En relativt god mentaliseringsevne er vigtig, for at forældre kan imødekomme barnets behov på en omsorgsfuld måde og skabe gode vilkår for, at barnet udvikler en tryk tilknytning.

P-PRFQ består af 14 spørgsmål, der kan deles i tre subskalaer: *Recognizing the opacity of mental states (gennemsigtighed)*, *Considering mental states and relationship with the baby in the current moment and phase of pregnancy (tænker på fosteret/barnet)*, og *The dynamic nature of considering mental states: showing flexibility in considering mental states in different persons and moving in time; past, present and future (fleksibilitet)*.

De gravide har kunnet angive på en skala, der går fra 1 til 7, enten hvor enige de var, eller hvor ofte noget forekommer. For nogle af spørgsmålene er det bedst at vælge svaret i midten, som derfor får scoren 7.

Totalscore for den samlede skala samt for subskalaerne måles som den gennemsnitlige score angivet for hvert item, og disse fremgår af Figur 5.26. De gravide har et gennemsnit på 4,7 på totalscoren. De, der har udviklet skalaen, har i udviklingsfasen, som er baseret på finske data, fundet, at værdier under 3,53 svarer til lav refleksionsevne, mens værdier over 5,24 svarer til høj refleksionsevne. Det tyder derfor på, at de gravide har en gennemsnitlig refleksionsevne. Af de fire scorer er det kun ved subskalaen *reflecting on the fetus-baby*, at der er signifikant forskel mellem gruppe 1 og gruppe 2. Det peger på, at de gravide i gruppe 2 i højere grad tænker på det lille barn inde i maven i forhold til gruppe 1.

Figur 5.26 De graviders gennemsnitlige score på P-PRFQ-totalscore, P-PRFQ opacity, P-PRFQ reflect og P-PRFQ dynamic



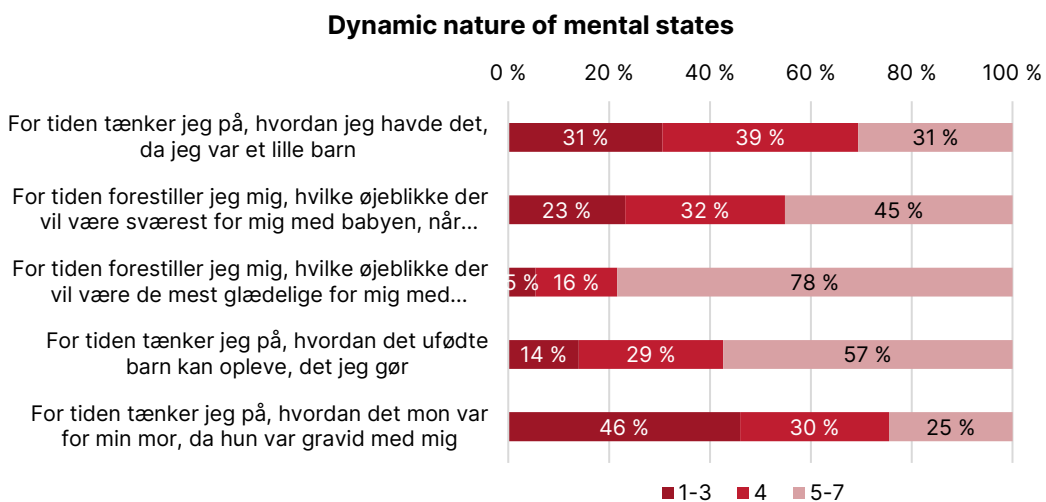
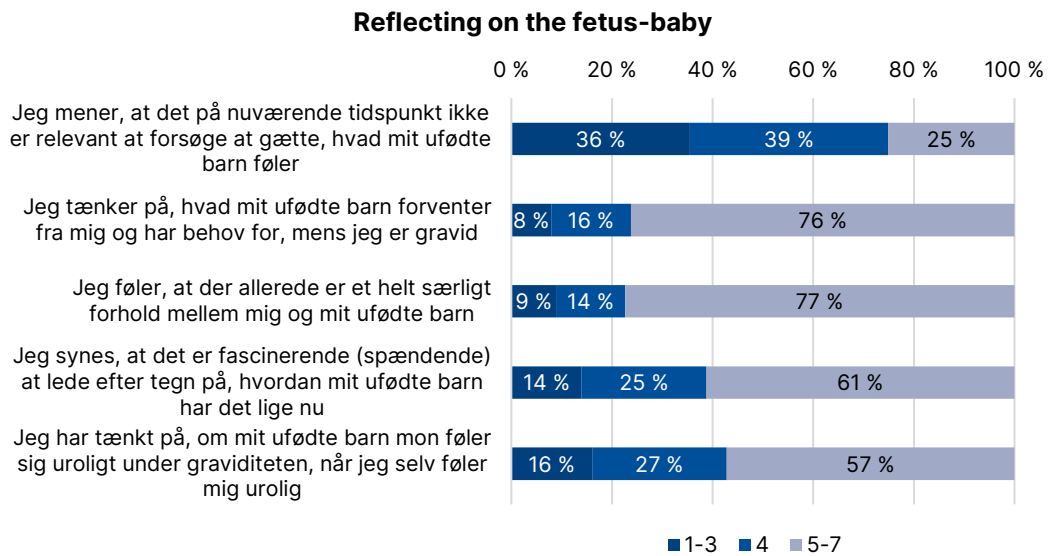
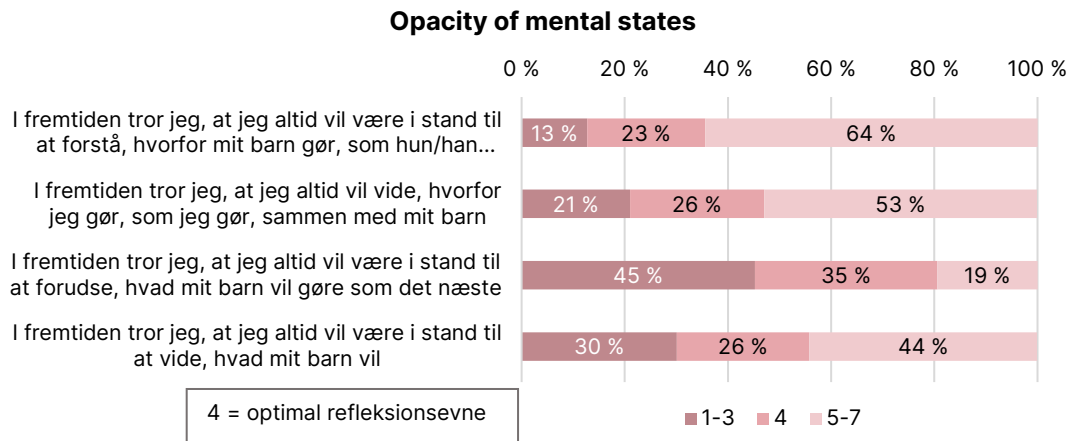
Anm.: N = 315.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Figur 5.27 viser svarfordelingerne for de enkelte spørgsmål, som indgår P-PRFQ-skalaen. Af overskuelighed er svarkategorierne 1-3 slået sammen og ligeledes 5-7.

Figur 5.27 De gravides svarfordeling på P-PRFQ-subskalaer



Anm.: N = 315.

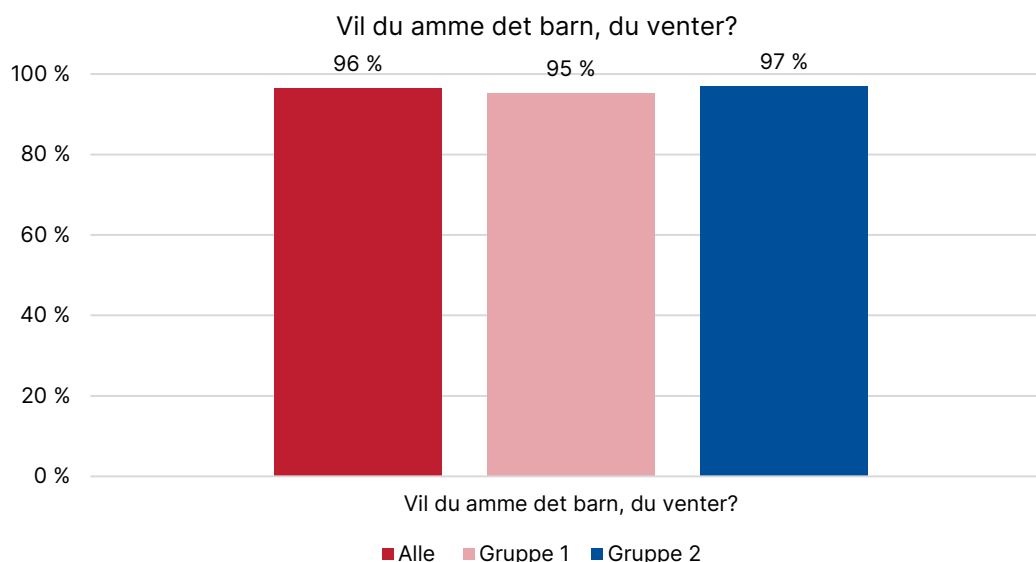
1 = nej, slet ikke/meget uenig, 4 = ind i mellem/hverken enig eller uenig, 7 = ja, meget ofte/meget enig. Svar-kategorierne 1-3 samt 5-7 er slået sammen.

Kilde: Baseline spørgeskema

5.6 Amning

Deltagerne er blevet spurgt ind til, hvilke tanker de gør sig om at skulle amme det barn, de venter. Stort set alle de gravide (96 %) ønsker at amme deres barn (Figur 5.28). Der er ikke nogen signifikant forskel mellem gruppe 1 og gruppe 2.

Figur 5.28 Forventninger til amning



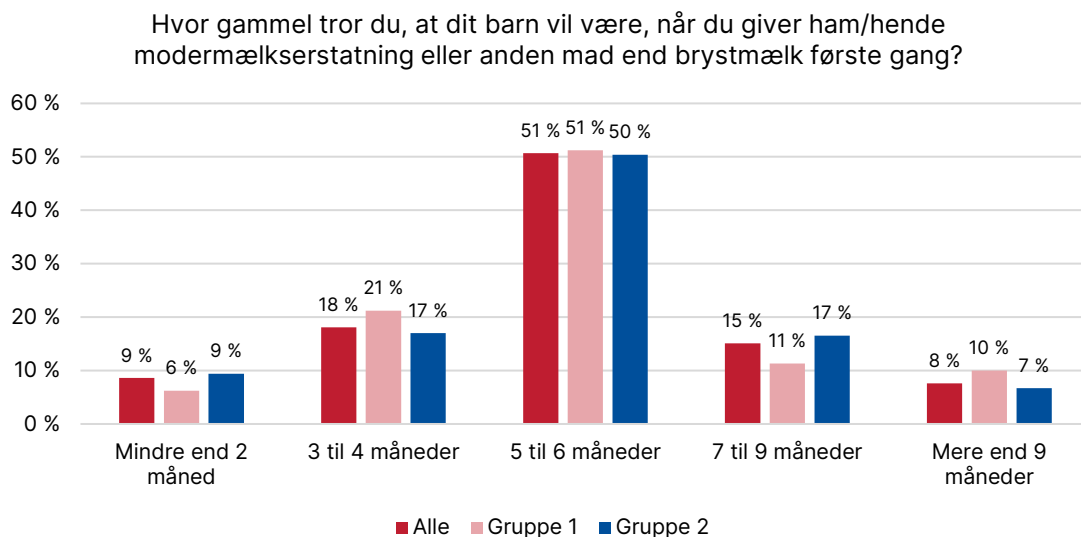
Anm.: N = 309.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Både WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at babyer ammes fuldt de første 6 måneder, og at man ikke introducerer anden mad, før barnet er mindst 4 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2021). De gravide er blevet spurgt til, hvornår de forventer, at de første gang vil give deres barn modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk. Figur 5.29 viser, at omkring halvdelen af de gravide (51 %) angiver, at de vil give deres barn modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk første gang, når barnet er 5 til 6 måneder gammelt. 18 % forventer at introducere anden mad, når barnet er 3-4 måneder gammelt, mens 23 % forventer, at det først vil ske, når barnet er mere end 7 måneder gammelt. En meget lille andel af de gravide forventer, at de vil introducere anden mad, når barnet er 2 måneder gammelt eller yngre. Heller ikke ved dette spørgsmål er der signifikant forskel mellem de to grupper af gravide.

Figur 5.29 Forventet alder ved modermælkerstatning



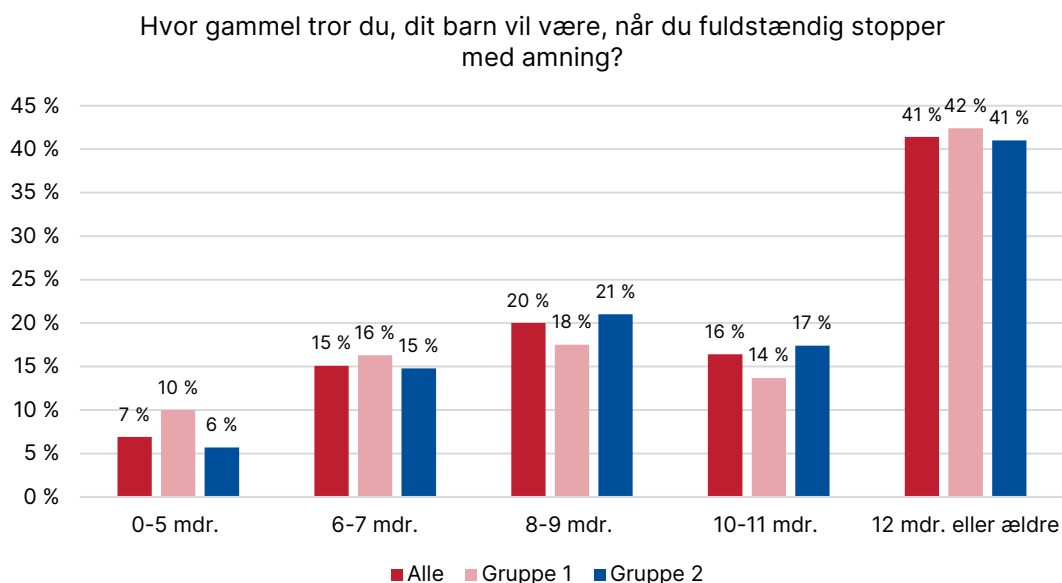
Anm.: N = 304.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ammer delvist, frem til barnet er mindst 12 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2021). Når de gravide bliver spurgt om, hvor længe de forventer at blive ved med at amme det barn, de venter, svarer 41 % 12 måneder eller længere (se Figur 5.30). I gennemsnit forventer gruppe 1 at stoppe amning fuldstændigt, når barnet er 9,6 måneder gammel, og for gruppe 2 er gennemsnittet 9,8 måneder. Forskellen mellem de to grupper er minimal og ikke statistisk signifikant.

Figur 5.30 Forventet alder ved stop af amning



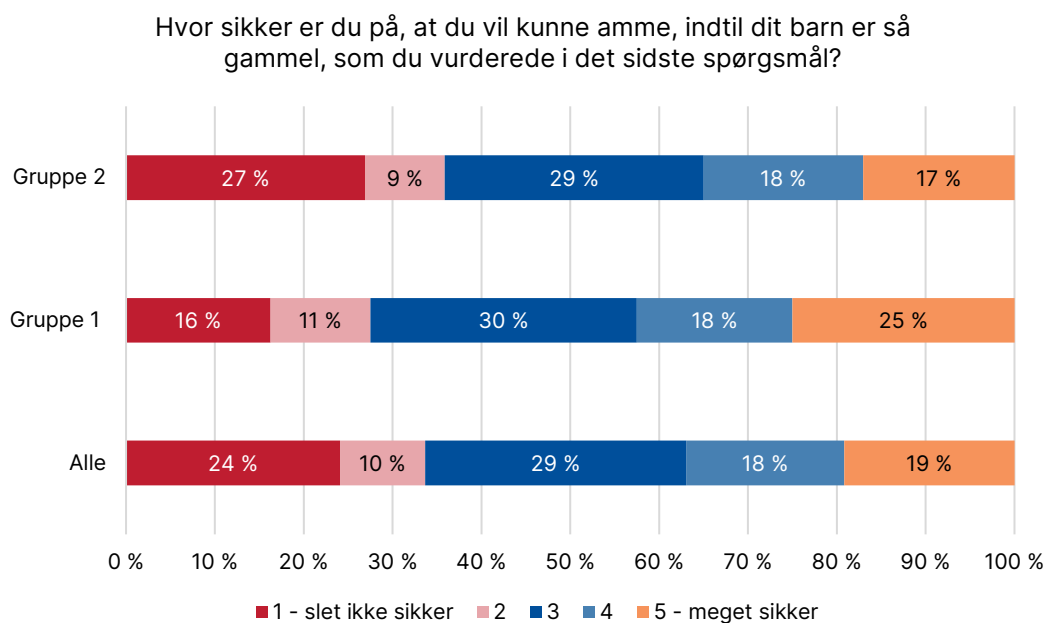
Anm.: N = 304.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Mødrene er desuden blevet spurgt om, hvor sikre de er på at kunne amme deres barn indtil den ønskede alder, på en skala fra 1-5. Svarene fra dette spørgsmål er angivet i Figur 5.31. I den samlede gruppe af gravide er kun 17 % meget sikre på dette, hvorimod 27 % slet ikke er sikre. Selvom de gravide har høje ambitioner i forhold til amning, er det alligevel en tredjedel, der ikke er sikre på, at det lykkes. Gruppe 1 er i gennemsnit lidt mere sikre i deres vurdering i forhold til amning end gruppe 2. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

Figur 5.31 Sikkerhed i forhold til at kunne amme



Anm.: N = 303.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.7 Traumer og PTSD-symptomer

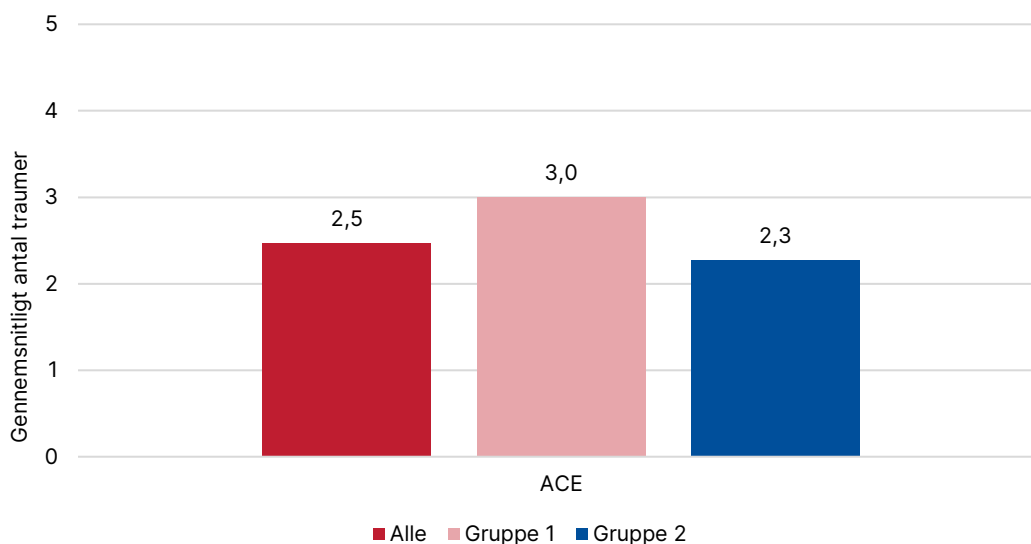
5.7.1 Oplevelser i barndommen (ACE)

Forskning viser, at der er en tydelig sammenhæng imellem antallet af traumer, man har oplevet i barndommen, og problemer senere i livet. Vi spørger derfor, om de gravide har oplevet forskellige typer af overgreb og omsorgssvigt i barndommen. Figur 5.32 viser de gravides ACE-score, som er et udtryk for, hvor mange traumer de har været udsat for i barndommen (fra 0-10). I gennemsnit angiver de gravide samlet set tre former for traumer. Gruppe 1 har i gennemsnit oplevet knap ét traume mere i barndommen end gruppe 2. Forskellen mellem de to grupper er signifikant.

I forhold til den samlede ACE-score er der megen forskning, der viser, at man er at betragte som i højere risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer, hvis man har en ACE-score på 4 eller derover (Briggs et al., 2021). Det er dog vigtigt at huske på, at nogle typer af traumer er væsentligt mere alvorlige end andre. Der er forskning, der viser, at nogle bestemte koblinger af typer af traumer kan forudsige højere risiko, også selvom

man fx kun har oplevet netop de to traumer (Briggs et al., 2021). Det traume, der er forbundet med højest risiko, er seksuelle overgreb, men også fysiske overgreb og omsorgssvigt er knyttet til en højere risiko i forbindelse med et eller flere andre traumer.

Figur 5.32 Totalscore ACE – gennemsnit



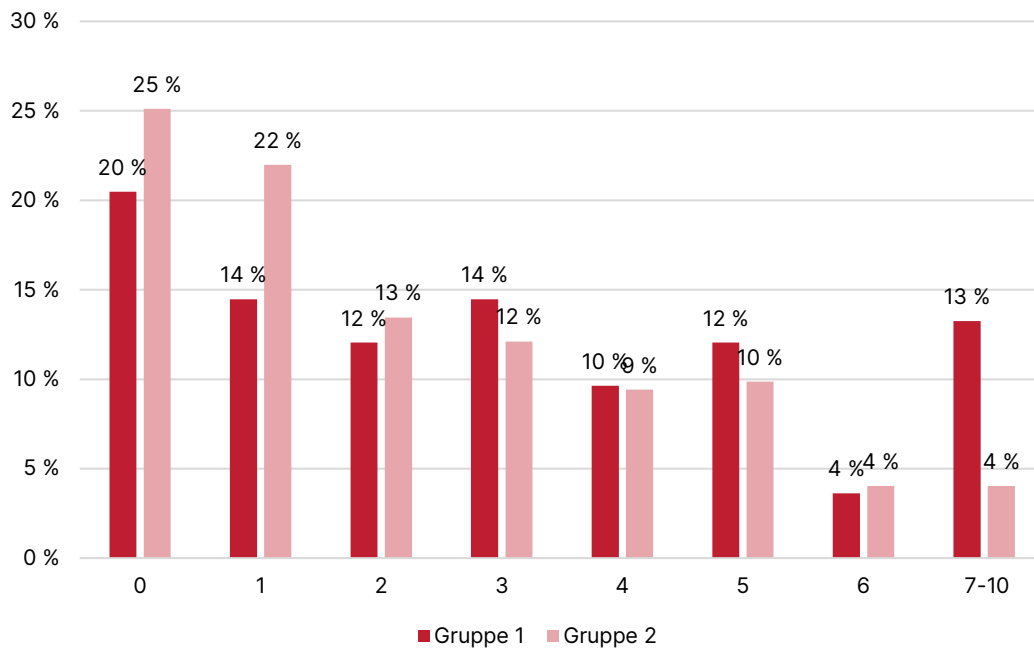
Anm.: N = 306.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

I Figur 5.33 vises, hvorledes mødre fordeler sig i forhold til antallet af oplevede traumer i barndommen ifølge ACE-scoren. Her ses det, at den gennemsnitlige forskel mellem gruppe 1 og gruppe 2 særligt skyldes, at en større andel af gruppe 1 har oplevet 7-10 forskellige typer traumer (13 % mod 4 %), mens større andele fra gruppe 2 har ikke har oplevet nogen traumer eller kun en slags traume.

Figur 5.33 ACE-fordeling – antal oplevede traumer i barndommen



Anm.: N = 306.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Figur 5.34 viser de forskellige spørgsmål, der indgår i ACE-skemaet, og hvordan den samlede gruppe har svaret. Det mest almindelige traume er skilsmisse hos forældre, hvilket angives af knap halvdelen af de gravide. Omkring en tredjedel har haft forældre med psykisk sygdom, alkohol- eller stofmisbrug, eller har oplevet sårende eller ydmygende adfærd fra voksne i familien. Omkring hver femte følte sig ikke elsket i familien og oplevede ikke, at man passede på hinanden i familien. 17,6 % svarende til 54 personer har oplevet en eller anden form for seksuel aktivitet med en person, som var mindst 5 år ældre i 0-18-årsalderen (er blevet rørt ved eller har skullet røre en anden person på en seksuel måde eller er blevet forsøgt eller udsat for oral, anal eller vaginal sex/samvær af en person, der var 5 år ældre end dem selv).

Der er en signifikant forskel mellem gruppe 1 og gruppe 2 ved fire ud af de ti spørgsmål. For alle fire spørgsmål gælder det, at gruppe 1 (højere niveau af bekymring) har oplevet flere traumer end gruppe 2 (lavere niveau af bekymring):

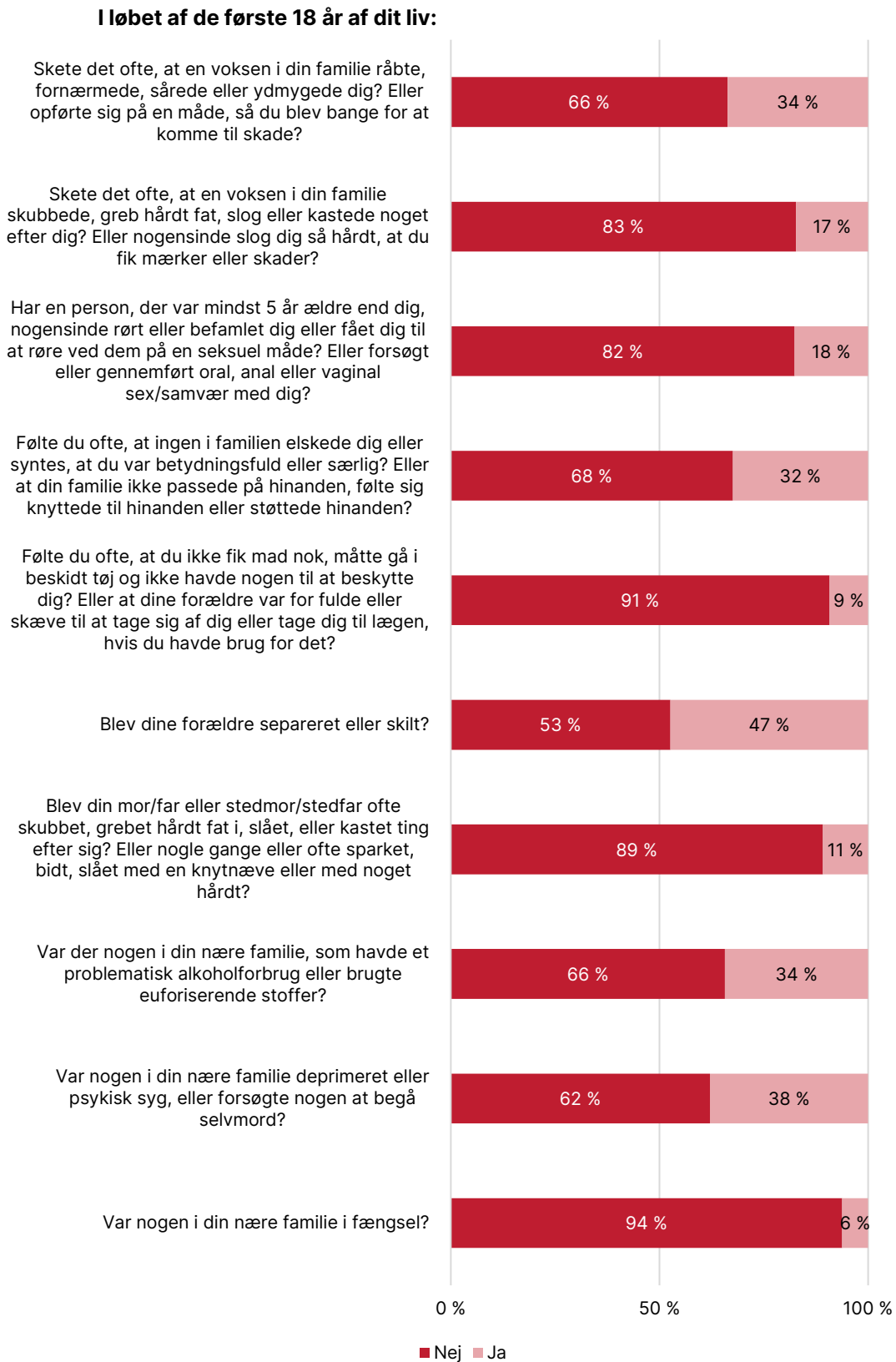
1. Flere af de gravide i gruppe 1 har oplevet ikke at få mad nok, at gå i beskidt tøj og ikke have nogen til at beskytte sig, eller at deres forældre var for fulde eller skæve til at tage sig af dem eller tage til lægen, hvis de havde brug for det (14,5 %). Dette gælder for 7 % af de gravide i gruppe 2.
2. Flere gravide fra gruppe 1 har oplevet, at deres forældre blev separeret eller skilt (59 %), end gravide fra gruppe 2 (43 %).
3. Flere gravide i gruppe 1 har været ude for, at deres mor/far eller stedmor/stedfar ofte blev udsat for fysisk overgreb såsom at blive skubbet, grebet hårdt fat i, slået,

sparket, eller få kastet ting efter sig (21,7 %) end gruppe 2, hvor det gælder for 6,7 %.

4. Flere gravide i gruppe 1 har haft nær familie med et problematisk alkoholforbrug eller med et stofforbrug (44,6 %) sammenlignet med gruppe 2 (30,5 %).

Samlet set har gravide fra gruppe 1 oplevet mere misbrug og omsorgssvigt i barndommen end gravide fra gruppe 2. Dog ser det ud til, at fx psykiske problemer hos forældre og seksuelle overgreb er forekommet lige meget i begge grupper.

Figur 5.34 Items fra ACE



Anm.: N = 306.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

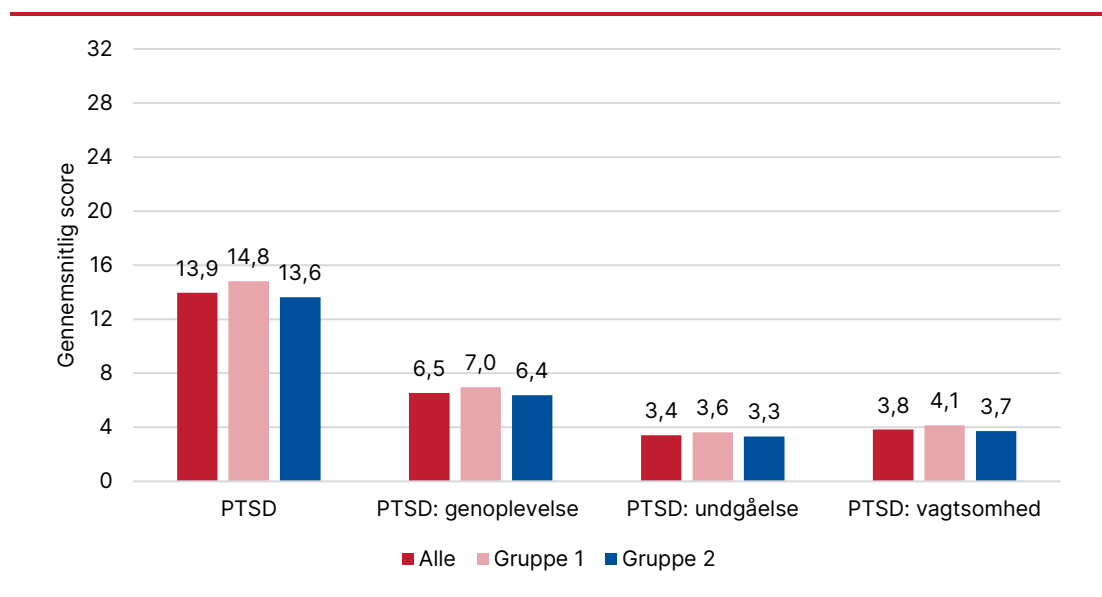
5.7.2 Symptomer på posttraumatisk (PTSD)

Da målgruppen af gravide til FAMKO-projektet kan have oplevet forskellige traumer i deres liv, spørger vi til, om de oplever PTSD-symptomer. De otte spørgsmål, de gravide får i forhold til PTSD-symptomer, afspejler symptomer, som man kan have efter en traumatisk begivenhed, såsom krig, vold, voldtægt, alvorlige ulykker, naturkatastrofer, eller hvis man er vidne til voldsomme begivenheder. De gravide er blevet bedt svare i forhold til, hvor meget det pågældende symptom har generet dem efter begivenheden/begivenhederne. Hvis de ikke har oplevet en sådan begivenhed, bedes de svare "slet ikke". Figur 5.35 viser de gravides totale score samt deres scoringer på subskalaer for genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed. Den totale score går fra 8 til 32, hvor en lav score indikerer lavere grad af PTSD.

De gravides gennemsnitlige totalscore ligger på 13,9, mens gennemsnit for subskalaerne er genoplevelse 6,5, undgåelse 3,4 og vagtsomhed 3,8. Der er ikke nogen forskel på de to grupper, hvilket indikerer, at ikke er forskel på de gravides grad af PTSD-symptomer på tværs af bekymringsniveau.

På baggrund af deres scoring af PTSD-spørgsmålene vurderes 20 % af de gravide at opfylde kravene til en PTSD-diagnose. En signifikant højere andel gravide i gruppe 1 (25 %) vurderes at have en PTSD-diagnose i forhold til gruppe 2, hvor det gælder for 18 %. PTSD hænger tæt sammen med traumer. Selvom der ikke umiddelbart er nogen forskel på de to grupper på symptomniveau, så opfylder gravide i gruppe 1 i højere grad diagnosekravene for PTSD. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at de gravide i gruppe 1 rapporterer at have oplevet en højere grad af omsorgsvigt og misbrug end gravide i gruppe 2.

Figur 5.35 De gravides gennemsnitlige PTSD-scorer, herunder totalscoren, genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed



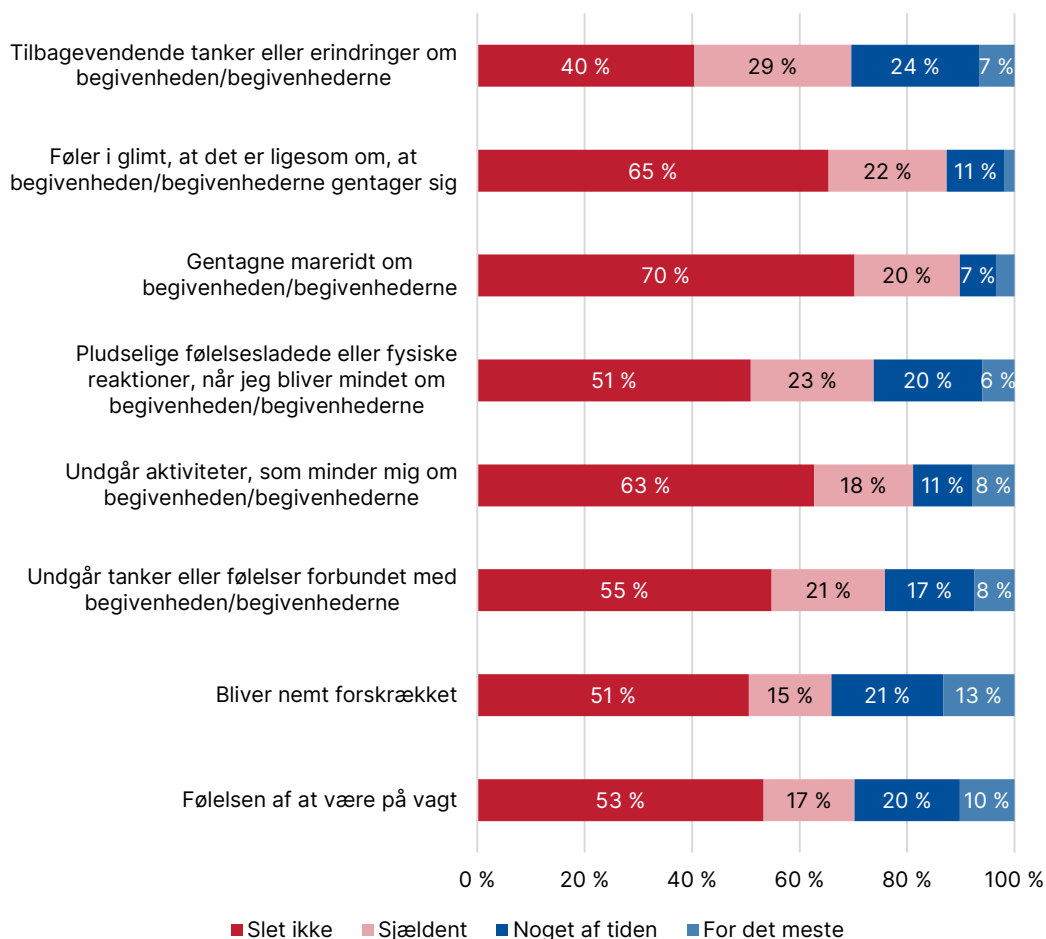
Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Svarfordelingen til de otte spørgsmål er angivet i Figur 5.36. Det fremgår, at halvdelen af de gravide for de fleste af de otte spørgsmål oplever symptomet i en eller anden grad.

Figur 5.36 De gravides svarfordeling til PTSD-genoplevelse, PTSD-undgåelse og PTSD-vagtsomhed målt på enkeltspørgsmål



Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

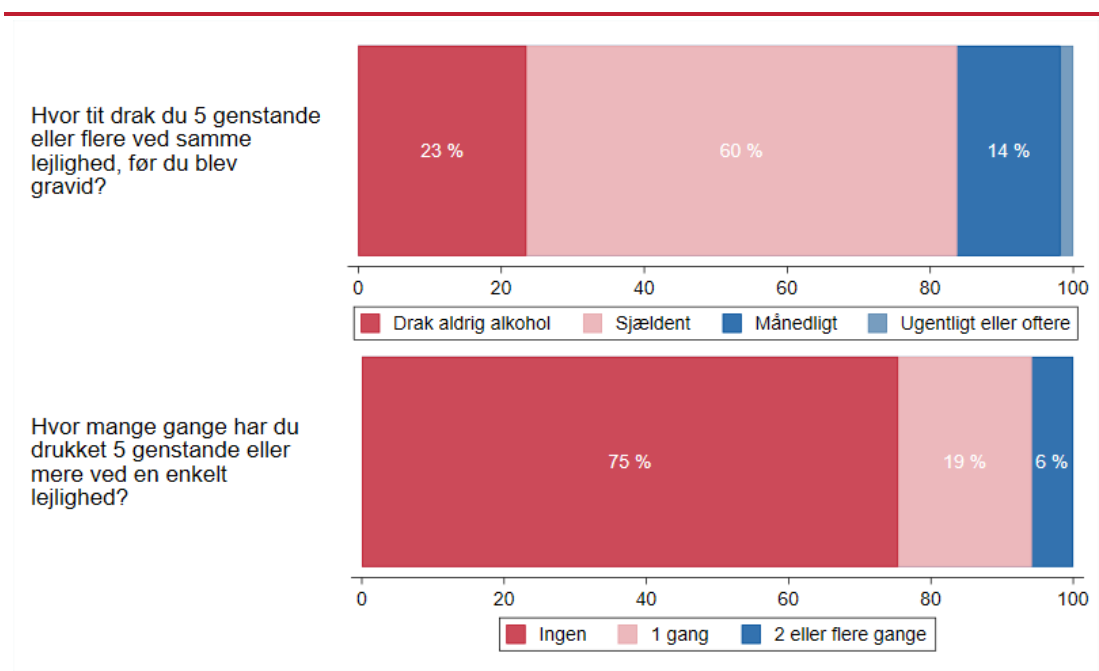
5.8 Alkohol, rygning og stoffer

Samlet for alle gravide i projektet gælder det, at de i gennemsnit drak 0,9 genstande om ugen, inden de blev gravide. Der er ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper. Det gennemsnitlige antal genstande, de gravide drak om ugen, mens de var gravide, er tæt på 0. Her er der heller ikke signifikant forskel mellem de to grupper.

Mange gravide har ved mindst én lejlighed drukket større mængder af alkohol. Indtagelse af fem eller flere alkoholiske drikke ved samme lejlighed kaldes på engelsk for *binge drinking*. Figur 5.37 viser frekvensen af binge-drinking hos deltagerne, både før og efter at de blev gravide. Før kvinderne blev gravide, angiver mere end halvdelen at det sjældent skete, at de drak 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, og det skete ugentligt eller mere for 16 %. Tre ud af fire gravide har ikke drukket 5 eller flere genstande ved

samme lejlighed under graviditeten. For 19 % er det sket en enkelt gang, mens det er sket 2 eller flere gange for 6 %. Der er ikke signifikant forskel på de to grupper.

Figur 5.37 Binge-drinking før og under graviditet

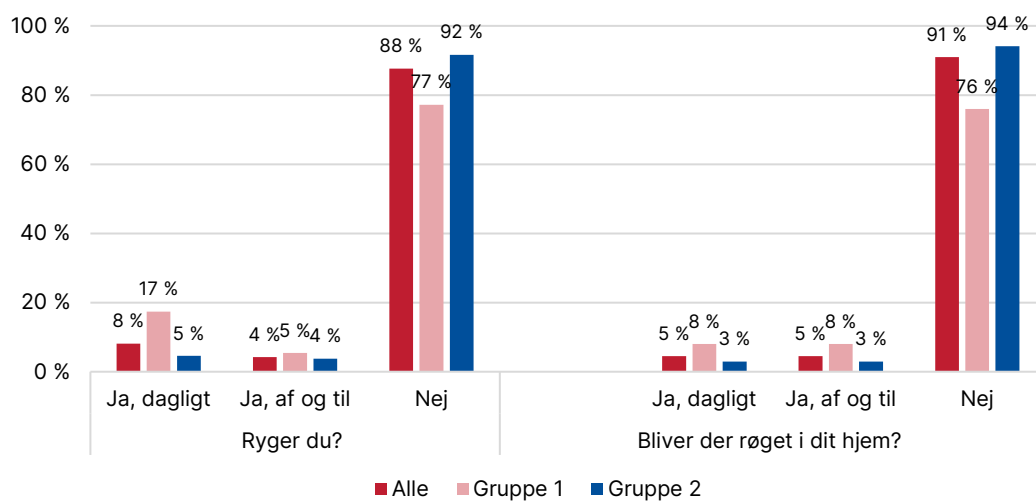


Anm.: N = 332.

Kilde: Baseline spørgeskema

I alt 12 % af de gravide angiver, at de ryger og 10 % angiver, at der bliver røget i deres hjem (se Figur 5.38). Der er signifikant flere gravide i gruppe 1, der ryger cigaretter (23 %) sammenholdt med gruppe 2 (8 %). Tilsvarende bliver der også røget signifikant mere i hjemmet hos de gravide i gruppe 1 (17 %), mens det for de gravide i gruppe 2 er 6 %.

Figur 5.38 Rygning og rygning i hjemmet



Anm.: N = 332.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

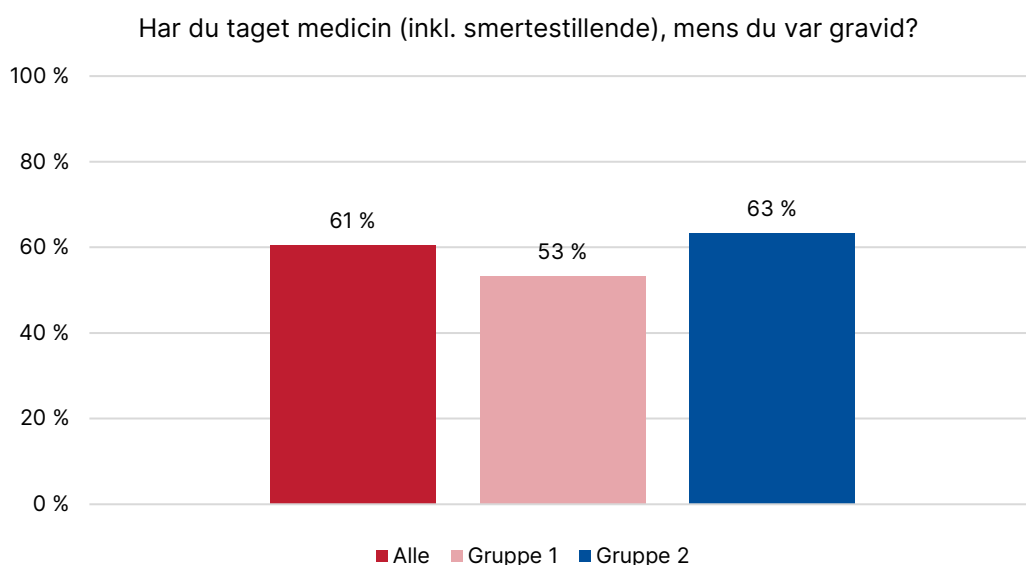
De gravide er desuden blevet spurgt, om de enten har haft et forbrug eller har et aktuelt forbrug af hash eller stoffer (såsom amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD), og det er der et meget lille mindretal, der angiver. Der er en større andel af de gravide i gruppe 1, som tidligere har haft et forbrug af hash og/eller euforiserende stoffer, sammenlignet med de gravide i gruppe 2.

5.8.1 Medicin

Vi har også spurgt til de gravides forbrug af medicin. Vi spørger til alle typer af medicin, det vil sige også almindelig smertestillende medicin som fx Panodil. I alt 61 % af de gravide angiver, at de har taget medicin (inkl. smertestillende) i løbet af deres graviditet (Figur 5.39). Selvom der umiddelbart er flere i gruppe 2, der har taget medicin under graviditeten, i forhold til i gruppe 1, er forskellen mellem de to grupper ikke signifikant.

Den gravide er blevet bedt om at angive, hvilken type medicin hun tager. De typer medicin, der er blevet angivet, er derefter grupperet efter type. Vi har i alt fået angivet 244 typer af medicin. Heraf er omkring halvdelen smertestillende, som fx Panodil (119). Den næstmest nævnte type er medicin mod depression, som er angivet af 52 gravide. Desuden angives medicin mod epilepsi (9), stofskiftesygdomme (8), samt syredæmpende medicin (5) og antibiotika (6). I alt 4 kvinder angiver at tage en form for antipsykotika, og 3 tager medicin mod ADHD. Derudover nævnes også medicin mod allergi, astma, kvalme samt blodfortyndende og kvalmestillende medicin og enkelte andre typer medicin, der kun nævnes af en enkelt deltager. Vi ved ikke, hvorvidt deltagerne har taget medicinen under hele graviditeten eller kun i en periode.

Figur 5.39 Medicin under graviditet



Anm.: N = 332.

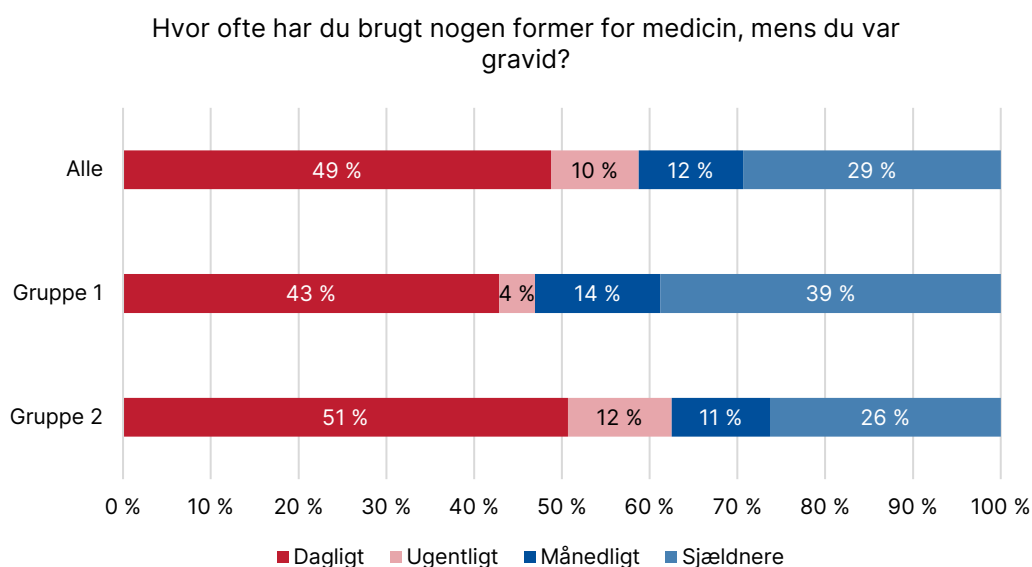
Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

Ud over hvilken slags medicin de gravide tager, har vi også spurgt til, hvor ofte de tager den. Figur 5.40 viser, at for den gruppe, der angiver at have taget medicin under deres

graviditet, tager 49 % medicin dagligt, 10 % ugentligt, 12 % månedligt, mens 29 % har taget medicin sjældnere end det. Knap en tredjedel af den samlede gruppe af gravide angiver således at tage medicin dagligt. Af figuren ser vi, at de gravide i gruppe 2 har brugt medicin under graviditeten en anelse oftere end gruppe 1, men forskellen mellem de to grupper af gravide er ikke statistisk signifikant.

Figur 5.40 Frekvens for brug af medicin under graviditet



Anm.: N = 201.

Gruppe 1: højere niveau af bekymring; Gruppe 2: lavere niveau af bekymring.

Kilde: Baseline-spørgeskema.

5.9 Opsamling

Alle de gravide er ved primær visitation visiteret til et forløb hos en jordemoder i Familieambulatoriet. Herudover er lidt mere end halvdelen visiteret til socialrådgiver og/eller obstetriker. En lille andel er visiteret til psykolog/psykoterapeut. I alt 42 % er visiteret til et forløb med to forskellige faggrupper, 36 % er visiteret til et forløb med tre forskellige faggrupper, og mindre end 2 % er visiteret til et forløb hos alle fire faggrupper.

Det er forskelligt, hvilket bekymringsniveau der er ved visitationstidspunktet. Ved den første jordemoderkonsultation er jordemoderen derfor blevet bedt om at vurdere, hvilken af fire kategorier, den enkelte familie falder inden for, alt efter hvilket bekymringsniveau der er for familien. Derefter inddeles de i følgende to grupper:

- Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) omfatter kategori 1 og 2 (28 %)
- Gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) omfatter kategori 3 og 4 (72 %)

For de gravide, der modtager FAMKO-indsatsen, er det 60 %, der har en sundhedsplejerske som FAMKO-person, mens 39 % har en familiebehandler. For hovedparten af de gravide starter indsatsen i graviditetsuge 21-28.

Om de gravide

Den gennemsnitlige alder for de gravide er 30 år, og størstedelen (82 %) bor sammen med deres ægtefælle/partner. For 60 % er det deres første graviditet. I 18 % af de gravides hjem bliver der talt et andet sprog end dansk, og de sprog, der oftest tales, er engelsk og arabisk.

I alt 41 % af de gravide har højst gennemført en gymnasial uddannelse, mens 21 % har gennemført en kort eller erhvervsfaglig uddannelse og 38 % en mellemlang eller lang uddannelse. Lidt over halvdelen af de gravide er enten i arbejde (36 %) eller under uddannelse (19 %), mens 23 % er enten sygemeldt eller arbejdsløse med understøttelse. 17 % er på kontanthjælp eller i ressourceforløb, og en mindre gruppe på 5 % er enten hjemmegående, på orlov, på førtidspension eller andet.

Hovedparten af de gravide vurderer selv at have en nogenlunde eller god økonomi, og hver fjerde bekymrer sig ofte eller meget ofte om økonomien. Kun en mindre del af de gravide bekymrer sig om deres boligsituation, forholdet til deres partner og om at skulle passe det kommende barn. De bekymrer sig en lille smule mere om deres jobsituation.

I forhold til alkohol angiver de gravide generelt at have et meget lavt forbrug både før og under graviditeten. Der er 25 %, der angiver at have drukket fem eller flere genstande en eller flere gange under graviditeten. 12 % af de gravide ryger og hos 10 % bliver der røget i hjemmet. En meget lille andel af de gravide angiver enten at have eller have haft et forbrug af hash eller hårdere stoffer.

I alt 61 % af de gravide tager en eller anden form for medicin. Halvdelen af dem tager medicin dagligt, svarende til næsten hver tredje af de gravide i den samlede gruppe. Den medicin der angives mest er smertestillende som fx Panodil, som næsten halvdelen angiver at bruge i en eller anden dosis, men der er også en relativt stor gruppe (52 deltagere), der tager en eller anden form for medicin mod depression.

Hvordan har de gravide det?

De gravide vurderer både deres overordnede livstilfredshed og deres helbred til at være rimelig godt. Hovedparten af de gravide har et netværk både at tale med og til at hjælpe med praktiske ting, men mere end halvdelen af de gravide angiver dog, at de oplever en eller anden form for ensomhed. Heraf oplever 14 % at de ofte er alene, selvom de hellere ville være sammen med andre.

Overordnet set angiver de gravide at have en god trivsel, der er på niveau med, hvad danske kvinder generelt angiver. Samlet set er der heller ikke tegn på, at de gravide oplever problemer med depression og angst, men det kan hænge sammen med, at en relativt stor del af de gravide angiver, at de tager medicin mod depression.

I forhold til refleksionsevne ser det ud til at de gravide har et gennemsnitligt niveau. De gravide har i gennemsnit været udsat for 2,5 forskellige former for traumer i deres barndom, og 20 % vurderes til at opfylde kravene for en PTSD-diagnose.

Stort set alle de gravide ønsker at amme det barn, de venter. Omkring 3 ud af 4 forventer at amme fuldt, til barnet er mindst 5 måneder gammelt og knap halvdelen forventer at

amme, frem til barnet er mindst 12 måneder. Hver tredje er dog ikke sikker på, at dette vil lykkes.

Vi har undersøgt, om der er forskel på, hvordan de gravide scorer i forhold til, hvor højt bekymringsniveauet er for familien. Overordnet set finder vi de forskelle, der er angivet i Boks 5.1.

Boks 5.1 Forskelle imellem gruppe 1 og 2 ved baseline

Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) adskiller sig signifikant fra gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) på følgende karakteristika:

- De er i højere grad visiteret til socialrådgiver og psykolog/psykoterapeut.
- De er yngre.
- De bor mindre hyppigt med partner og mere med andre.
- De har en kortere uddannelse - der er flere der højst har en gymnasial uddannelse, og færre med mellemlang eller lang uddannelse.
- De er i mindre grad i arbejde og i mindre grad sygemeldt fra et arbejde.
- Der er flere på kontanthjælp/i ressourceforløb.
- De vurderer selv at have et bedre helbred.
- De angiver at være lidt mere ensomme.
- De angiver at bekymre sig mindre om at skulle passe det kommende barn.
- De angiver at tænke lidt mindre på det kommende barn.
- De har oplevet flere traumer.
- De har en højere andel, der opfylder krav til en PTSD-diagnose.
- Der er en højere andel, der ryger, og flere, der angiver, at der ryges i hjemmet
- De angiver at have/have haft et større forbrug af stoffer.

Litteratur

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *20*(3), 189–209.
- Almond, D., Currie, J., & Duque, V. (2018). Childhood circumstances and adult outcomes: Act II. *Journal of Economic Literature*, *56*(4), 1360–1446.
- Asmussen, K., Feinstein, L., Martin, J., & Chowdry, H. (2016). *Foundations for Life: What works to support parent-child interaction in the early years?* Early Intervention Foundation.
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *8*.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development* (3. Edition). Pearson.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, *12*(3), 463–472.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.
- Briggs, E. C., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Putnam, F. W. (2021). All adverse childhood experiences are not equal: The contribution of synergy to adverse childhood experience scores. *American Psychologist*, *76*(2), 243–252.
- Cole-Lewis, H. J., Kershaw, T. S., Earnshaw, V. A., Yonkers, K. A., Lin, H., & Ickovics, J. R. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychology*, *33*(9), 1033–1045.
- Conti, G., & Heckman, J. J. (2014). Economics of Child Well-Being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes, & J. E. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-Being* (pp. 363–401). Springer Netherlands.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS) Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*(3), 782–786.
- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 689–696.
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, *8*(4), 319–333.

- Ding, X.-X., Wu, Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J.-H., & Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders, 159*(81), 103–110.
- Doyle, O. (2020). The first 2,000 days and child skills. *Journal of Political Economy, 128*(6), 2067–2122.
- Feldman, R. (2010). The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother–child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents' adaptation. *Attachment & Human Development, 12*(1–2), 173–192.
- Feldman, R. (2012). Parenting Behavior as the Environment Where Children Grow. In L. Mayes & M. Lewis (Eds.), *The Cambridge Handbook of Environment in Human Development* (pp. 535–567). Cambridge University Press.
- Feldman, R., Bamberger, E., & Kanat-Maymon, Y. (2013). Parent-specific reciprocity from infancy to adolescence shapes children's social competence and dialogical skills. *Attachment and Human Development, 15*(4), 407–423.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2006). Neonatal state organization, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small-for-gestational-age premature infants. *Pediatrics, 118*(3), 869–878.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology, 17*(1), 94–107.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2013). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years'. *Evidence-Based Child Health, 8*(2), 693–694.
- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2016). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3–10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 45*(6), 749–762.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions - The need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*(4), 1312–1322.
- Hansen, M., Andersen, T. E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S., & Mackrill, T. (2010). PTSD-8: A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 6*, 101–108.
- Heckman, J. J. (2008). The Case for Investing in Disadvantaged Young Children. In L. Darling-Hammond, R. Grunewald, J. J. Heckman, J. B. Isaacs, D. L. Kirp, A. J.

- Rolnick, & I. V Sawhill (Eds.), *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future* (pp. 49–58). First Focus.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1017–1026.
- Høivik, M. S., Burkeland, N. A., Linaker, O. M., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A preliminary validation in a Norwegian community sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(3), 733–739.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 797–810.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), 356–366.
- Kefeli, M. C., Turow, R. G., Yıldırım, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research, 260*, 391–399.
- Koushede, V., Lasgaard, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Nielsen, L., Rayce, S. B., Torres-Sahli, M., Gudmundsdottir, D. G., Stewart-Brown, S., & Santini, Z. I. (2019). Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across four European settings. *Psychiatry Research, 271*, 502–509.
- Longhi, E., Murray, L., Wellsted, D., Hunter, R., Mackenzie, K., Taylor-Colls, S., Fonagy, P., & Fearon, P. (2019). *Minding the Baby® Home-visiting programme for vulnerable young mothers: Results of a randomised controlled trial in the UK*. National Society for the Prevention of Cruelty to Children.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE, 12*(5), 1–28.
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology, 31*(1), 23–51.
- Matthey, S. (2011). Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders, 128*(1–2), 142–152.

- Moehler, E., Biringen, Z., & Poustka, L. (2007). Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(4), 624–628.
- Murray, L. (2014). *The Psychology of Babies: How relationships support development from birth to two*. Robinson.
- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., Close, N., Mayes, L., & Slade, A. (2014). Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Nursing*, *29*(1), 3–13.
- Pajulo, M., Tolvanen, M., Karlsson, L., Halme-Chowdhury, E., Öst, C., Luyten, P., Mayes, L., & Karlsson, H. (2015). The Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire: Exploring Factor Structure and Construct Validity of a New Measure in the Finn Brain Birth Cohort Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, *36*(4), 399–414.
- Pontoppidan, M., Nielsen, T., & Kristensen, I. H. (2018). Psychometric properties of the Danish Parental Stress Scale: Rasch analysis in a sample of mothers with infants. *PloS ONE*, *13*(11), 1–20.
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Klest, S. K., Patras, J., & Pontoppidan, M. (2017). Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, *7*(12), 1–10.
- Region Syddanmark. (2014). *Fødeplan i Region Syddanmark*. Region Syddanmark.
- Rosholm, M., Sørensen, K., & Skipper, L. (2017). *BIP Indikatorer og jobsandsynlighed. Hovedpointer*. Væksthusets Forskningscenter Sundholmsvej.
- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing Reflectiveness to Improve Early Health and Relationship Outcomes in an Interdisciplinary Home-Visiting Program. *Infant Mental Health Journal*, *34*(5), 391–405.
- Shonkoff, J. P. (2011). Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science*, *333*(6045), 982–983.
- Sjoe, N. M., Bleses, D., Dybdal, L., Nielsen, H., Sehested, K. K., Kirkeby, H., Kreiner, S., & Jensen, P. (2019). Measurement Properties of the SEAM Questionnaire Using Rasch Analysis on Data From a Representative Danish Sample of 0- to 6-Year-Olds. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *37*(3), 320–337.
- Slade, A., Holland, M. L., Ordway, M. R., Carlson, E. A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L. C., & Sadler, L. S. (2018). Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and Psychopathology*, *32*(1), 123–137.
- Slade, A., Simpson, T. E., Webb, D., Albertson, J. G., Close, N., & Sadler, L. (2017). Minding the Baby: Complex Trauma and Attachment-Based Home Intervention. In

- H. Steele & M. Steele (Eds.), *Handbook of Attachment-Based Interventions*. Guilford Publications.
- Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T., & Væver, M. S. (2018). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry, 18*(1), 393.
- Smith, J. D., Cruden, G. H., Rojas, L. M., Van Ryzin, M., Fu, E., Davis, M. M., Landsverk, J., & Brown, C. H. (2020). Parenting Interventions in Pediatric Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics, 146*(1), 1–15.
- Squires, J., Bricker, D. D., & Twombly, E. (2015). *Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2): A Parent-Completed Child Monitoring System for Social-Emotional Behaviors*. Brookes Publishing.
- Squires, J., Bricker, D., Twombly, E., Murphy, K., Hoselton, R., & Chen, Y. (2015). Appendix C - ASQ:SE-2 Technical Report. In J. Squires, D. Bricker, & E. Twombly (Eds.), *ASQ:SE-2™ User's Guide* (pp. 181–208). Brookes Publishing.
- Squires, J., Bricker, D., Waddell, M., Funk, K., Clifford, J., & Hoselton, R. (2014). *Social-emotional assessment/evaluation measure (SEAM)*. Brookes Publishing.
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009a). Appendix C - ASQ-3 Technical Report. In J. Squires, E. Twombly, D. Bricker, & L. Potter (Eds.), *ASQ®-3 User's Guide* (pp. 147–175). Brookes Publishing.
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009b). *ASQ-3 User's Guide*. Brookes Publishing.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes, 7*, 1–8.
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. Sundhedsstyrelsen.
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187–204.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370.

Bilag 1 Beskrivelse af FAMKO-forløb

Forløb for FAMKO-sundhedsplejersker

Bilagsfigur 1.1 FAMKO-forløb under graviditet for sundhedsplejersker

Sundhedsplejerske		
Graviditet		
Eksisterende basisforløb i den offentlige sektor	Alder	FAMKO-person
Evt. afklarende samtale ift. om graviditeten skal fortsætte	Uge 4-12	
Første konsultation ved egen læge	Uge 6-10	
1. trimesterscanning + evt. lægesamtale	Uge 12	
Første jordmoderkonsultation i Familieambulatoriet + evt. Socialrådgiver og rekrutteringssamtale til FAMKO	Uge 13-15	
2. trimesterscanning	Uge 18	
Anden jordmoderkonsultation	Uge 21+	Anden jordmoderkonsultation + opfølgning på konsultationen
	Uge 22-?	Evt. opfølgende besøg i hjemmet i hele perioden
Konsultation hos egen læge	Uge 25+	
Graviditetsbesøg v. sundhedsplejerske (gerne i løbet af 2. trimester, men ikke senere end uge 32)	Uge 25-28	Graviditetsbesøg
Jordmoderkonsultation	Uge 28	
Konsultation ved egen læge	Uge 32+	
Jordmoderkonsultation	Uge 34	Opfølgende besøg i hjemmet
Jordmoderkonsultation	Uge 36+	
Jordmoderkonsultation	Uge 38+	
Jordmoderkonsultation	Uge 40+	
Fødsel		

Kilde: Materiale til medarbejdere i Odense Kommune.

Bilagsfigur 1.2 FAMKO-forløb under barsel for sundhedsplejersker

Sundhedsplejerske		
Barsel (0-1 år)		
Eksisterende basisforløb i den offentlige sektor	Alder	FAMKO-person
Hjemmebesøg (førstegang)/opringning (flergangs) v. jordemoder (v/ambulant fødsel)	24-36 timer	
Barselsklinik (hørescreening + hælprøve + efterfødselssamtale)	48-72 timer	
Sundhedsplejerske, barselsbesøg	4-5 dage	
Sundhedsplejerske, etableringsbesøg	10-14 dage	
Sundhedsplejerske (førstegang- og behovsfamilier)	3-4 uger	
	1 mdr.	Sidste frist for opskrivning til dagtilbud
Egen læge, børneundersøgelse	5 uger	Tryghedscirklens
	3u - 3md	Besøg i hjemmet
Egen læge, undersøgelse af mor	8 uger	Tryghedscirklens
Sundhedsplejerske	2 mdr.	
Egen læge, vaccination	13-15 uger	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
Sundhedsplejerske	4-6 mdr.	Tryghedscirklens
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	5 mdr.	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	8 mdr.	Tryghedscirklens
	8 mdr.	Samtale beskæftigelse - Altid ved ledighed
Sundhedsplejerske	8-10 mdr.	Besøg i hjemmet
Opstart i dagtilbud	8-10 mdr.	Opstartssamtale dagtilbud
BARSELOPHØR	46 uger	
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	11-12 mdr.	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
Opstart i dagtilbud		

Kilde: Materiale til medarbejdere i Odense Kommune.

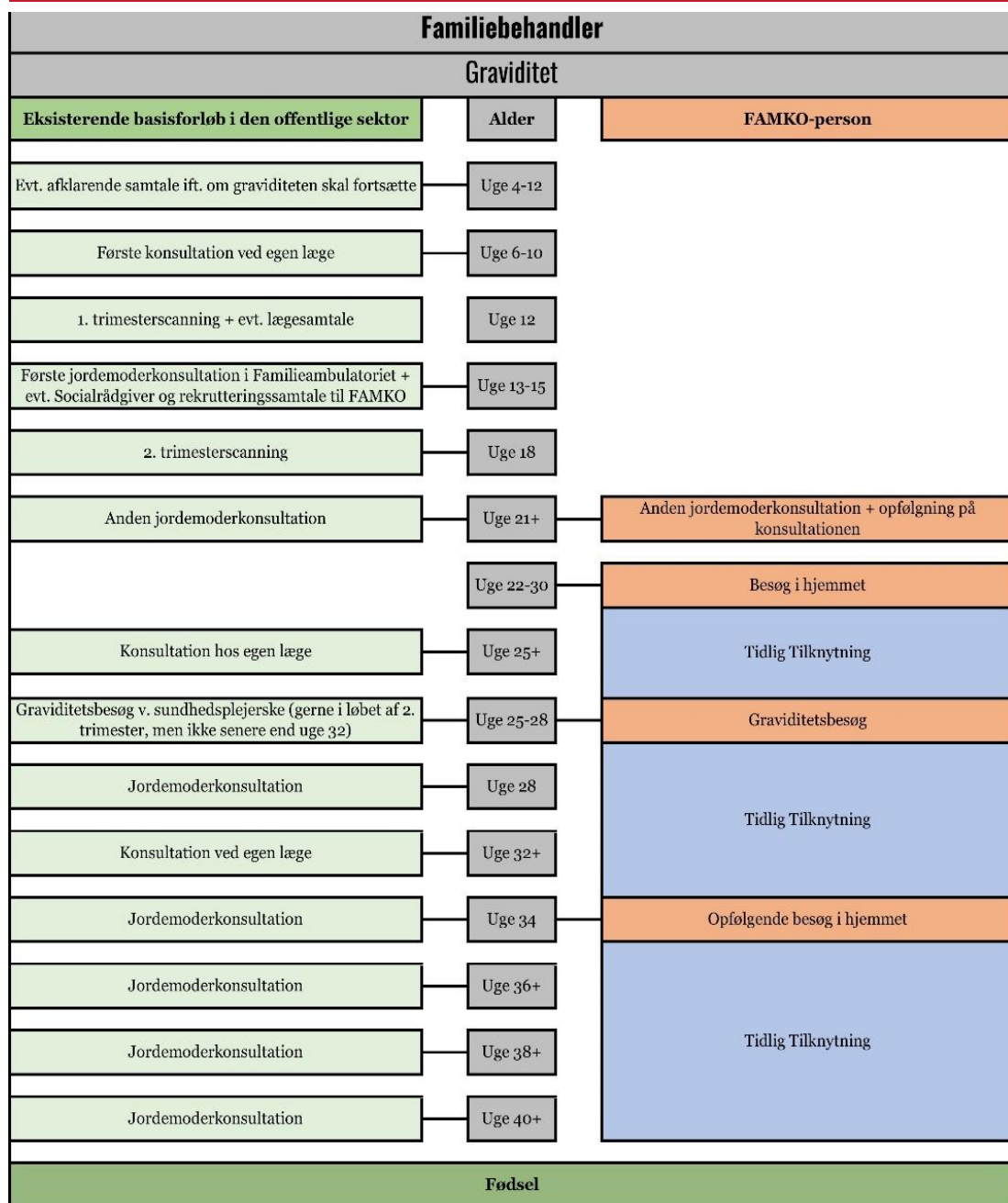
Bilagsfigur 1.3 FAMKO-forløb for sundhedsplejerske, når barnet er 1-6 år

Sundhedsplejerske		
Efter endt barsel (1 år til skolestart)		
Eksisterende basisforløb i den offentlige sektor	Alder	FAMKO-person
	1 år	Løbende dialog
Egen læge, vaccination	1,4-1,5 mdr.	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	1,5 år	Møde i hjemmet
	1,75 år	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse	2 år	Telefonisk påmindelse om børneundersøgelse m.m.
	2,25 år	Løbende dialog
	2,5 år	Møde i hjemmet
	2,75 år	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse	3 år	Telefonisk påmindelse om børneundersøgelse m.m.
	3,25	Løbende dialog
	3,5	Møde i hjemmet
	3,75	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	4 år	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	4,25 år	Løbende dialog
	4,5 år	Møde i hjemmet
	4,75 år	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	5 år	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	5,25 år	Løbende dialog
	5,5 år	Møde i hjemmet
Opstart i forårs SFO	5-6 år	Opstartssamtale skole/forårs SFO
	5-6 år	Afslutning med familien
FAMKO afsluttet		

Kilde: Materiale til medarbejdere i Odense Kommune.

Forløb for FAMKO-familiebehandlere

Bilagsfigur 1.4 FAMKO-forløb under graviditet for familiebehandlere



Kilde: Materiale til medarbejdere i Odense Kommune.

Bilagsfigur 1.5 FAMKO-forløb under barsel for familiebehandlere

Familiebehandler		
Barsel		
Eksisterende basisforløb i den offentlige sektor	Alder	FAMKO-person
Hjemmebesøg (førstegangs)/opringning (flergangs) v. jordemoder (v/ambulant fødsel)	24-36 timer	Tidlig Tilknytning
Barselsklinik (hørescreening + hælprøve + efterfødselssamtale)	48-72 timer	
Sundhedsplejerske, barselsbesøg	4-5 dage	
Sundhedsplejerske, etableringsbesøg	10-14 dage	
Sundhedsplejerske (førstegangs- og behovsfamilier)	3-4 uger	
	1 mdr.	
Egen læge, børneundersøgelse	5 uger	Tidlig Tilknytning
	3 uger - 3 mdr.	Besøg i hjemmet
Egen læge, undersøgelse af mor	8 uger	Tidlig Tilknytning
Sundhedsplejerske	2 mdr.	
Egen læge, vaccination	13-15 uger	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
Sundhedsplejerske	4-6 mdr.	Videoptagelse
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	5 mdr.	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	8 mdr.	Samtale beskæftigelse - Altid ved ledighed
Sundhedsplejerske	8-10 mdr.	Besøg i hjemmet
Opstart i dagtilbud	8-10 mdr.	Opstartssamtale dagtilbud
BARSELOPHØR	46 uger	
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	11-12 mdr.	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
Opstart i dagtilbud		

Kilde: Materiale til medarbejdere i Odense Kommune.

Bilagsfigur 1.6 FAMKO-forløb, når barnet er 1-6 år for familiebehandlere

Familiebehandler		
Efter endt barsel (1 år til skolestart)		
Eksisterende basisforløb i den offentlige sektor	Alder	FAMKO-person
	1 år	Løbende dialog
Egen læge, vaccination	1,4-1,5 mdr.	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	1,5 år	Møde i hjemmet
	1,75 år	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse	2 år	Telefonisk påmindelse om børneundersøgelse m.m.
	2,25 år	Løbende dialog
	2,5 år	Møde i hjemmet
	2,75 år	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse	3 år	Telefonisk påmindelse om børneundersøgelse m.m.
	3,25	Løbende dialog
	3,5	Møde i hjemmet
	3,75	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	4 år	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	4,25 år	Løbende dialog
	4,5 år	Møde i hjemmet
	4,75 år	Løbende dialog
Egen læge, børneundersøgelse og vaccination	5 år	Telefonisk påmindelse om vaccination m.m.
	5,25 år	Løbende dialog
	5,5 år	Møde i hjemmet
Opstart i forårs SFO	5-6 år	Opstartssamtale skole/forårs SFO
	5-6 år	Afslutning med familien
FAMKO afsluttet		

Kilde: Materiale til medarbejdere i Odense Kommune.

Bilag 2 Statistiske test for forskelle mellem kontrol- og indsatsgruppe

Vi har undersøgt, om der er forskelle mellem deltagere i FAMKO-interventionsgruppen og kontrolgruppen. Da vi skal sammenligne de to grupper i de senere analyser for at vurdere effekten af FAMKO, er det væsentligt, om det er lykkedes at skabe to grupper, der er relativt ens. De gennemsnitlige værdier for hhv. FAMKO- og kontrolgruppen, samt t-test af forskelle, for interval- og ordinale variable er angivet i Bilagstabel 2.1. Frekvensfordelingen af svar på nominale variable samt χ^2 -test af forskelle er vist i Bilagstabel 2.2. P-værdien fra de statistisk test (t-test og χ^2 -test) anvendes til at vurdere, om forskellen mellem FAMKO- og kontrolgruppen er statistisk signifikant. Hvis p-værdien < 0,05, siges forskellen at være statistisk signifikant.

I kun to tilfælde observeres en signifikant forskel mellem FAMKO-deltagere og kontrolgruppen. I kontrolgruppen observeres der en større andel førstegangsfødende (66 %) sammenlignet med FAMKO-gruppen (54 %). Samtidig ses en overvægt af mødre visiteret til psykolog i kontrolgruppen (13 %) sammenlignet med FAMKO-gruppen (6 %). Da vi tester et stort antal variable, kan det ikke udelukkes, at disse to signifikante forskelle blot skyldes en statistisk tilfældighed. Forskellen på andelen visiteret til psykolog er dog ikke uvæsentlig. Begge variable vil blive inkluderet som kontrolvariable i effektmålingen. Hvis man ser bort fra forskellen i visitation til psykolog, er det generelle billede, at de to grupper er ens på stort set alle variable.

Bilagstabel 2.1 T-test af forskelle

	Kontrol		Indsats		Forskel (p-værdi)	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Forskel	P-værdi
Alder mor	29,64	5,65	29,69	5,46	-0,05	0,94
Antal børn	0,48	0,82	0,57	0,75	-0,09	0,29
Hvordan vil du bedømme din/familiens økonomiske situation?	2,61	0,73	2,67	0,71	-0,06	0,47
Hvor ofte bekymrer du dig om din/jeres økonomi?	2,91	0,99	2,71	1,00	0,20	0,07
Hvordan vil du beskrive dit eget helbred lige nu?	7,14	1,76	7,12	1,84	0,03	0,89
Når alt tages i betragtning, hvor tilfreds er du så med dit liv lige nu som helhed?	7,79	1,85	7,67	1,87	0,13	0,53
Jeg har bekymringer om min boligsituation	2,99	2,16	2,59	2,09	0,41	0,08
Jeg har bekymringer om min jobsituation	3,71	2,11	3,56	2,18	0,16	0,50
Jeg har bekymringer om mit forhold til min partner	2,61	2,02	2,33	1,82	0,28	0,19
Jeg har bekymringer om at skulle passe mit kommende barn	2,45	1,70	2,35	1,65	0,09	0,61
Warwick-trivselsscore	23,70	3,81	23,81	4,34	-0,11	0,81
Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?	2,41	0,92	2,59	0,93	-0,18	0,09

	Kontrol		Indsats		Forskel (p-værdi)	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Forskel	P-værdi
Er der nogen i dit netværk, der kan hjælpe dig praktisk i hverdagen, hvis du har brug for det?	4,10	1,02	4,00	1,05	0,10	0,40
Har du mindst én anden voksen, som du kan tale godt med, hvis du har bekymringer eller problemer?	4,59	0,79	4,48	0,88	0,11	0,24
HADS-angstscore	6,81	3,90	6,77	3,80	0,04	0,92
HADS-depressionsscore	4,16	3,01	4,64	3,52	-0,49	0,18
PTSD total score	13,83	5,82	14,07	6,20	-0,25	0,71
PTSD: genoplevelse	6,41	2,81	6,67	3,04	-0,26	0,42
PTSD: undgåelse	3,30	1,70	3,52	1,88	-0,22	0,28
PTSD: vagtsomhed	3,90	1,97	3,77	1,95	0,13	0,55
PTSD diagnose	0,16	0,36	0,24	0,43	-0,08	0,06
Experiences in close relationships	33,64	11,01	31,48	10,24	2,17	0,06
ECR: Fear of abandonment	19,64	7,09	18,24	6,97	1,40	0,07
ECR: Fear of intimacy	14,01	6,88	13,24	6,53	0,77	0,30
PPRFQ total score	66,67	10,73	64,55	11,96	2,12	0,10
PPRFQ opacity of mental states	18,37	4,83	18,15	5,45	0,22	0,71
PPRFQ reflecting on the fetus-child	25,53	5,21	24,79	5,44	0,74	0,22
PPRFQ the dynamic nature of mental states	22,77	5,18	21,60	5,94	1,17	0,06
ACE total score	2,48	2,28	2,45	2,20	0,03	0,90
Hvor mange genstande drak du cirka om ugen, før du blev gravid?	1,02	2,01	0,76	1,75	0,26	0,21
Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit om ugen, nu du er gravid?	0,00	0,00	0,01	0,08	-0,01	0,31
Hvor gammel tror du, at dit barn vil være, når du giver ham/hende modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk første gang?	3,93	1,10	3,86	1,14	0,07	0,59
Hvor gammel tror du, dit barn vil være, når du fuldstændig stopper med amning?	9,66	2,68	9,84	2,98	-0,18	0,59

Bilagstabel 2.2 Chi²-test af forskelle

	Kontrol		Indsats		Chi ² (p-værdi)	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Chi ²	P-værdi
<i>Bor alene?</i>						
Nej	146	86,91	143	87,20	0,01	0,94
Ja	22	13,10	21	12,81		
<i>Andet sprog end dansk i hjemmet</i>						
Nej	140	83,33	133	81,10	0,28	0,59
Ja	28	16,67	31	18,90		
<i>Uddannelsesniveau</i>						
Gymnasium eller lavere	69	41,07	68	41,46		
Kort eller erhvervsfaglig uddannelse	32	19,05	37	22,56		

	Kontrol		Indsats		Chi ² (p-værdi)	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Chi ²	P-værdi
Mellemlang eller lang uddannelse	67	39,88	59	36,0	0,83	0,66
<i>Arbejdsmarkedsstatus</i>						
I arbejde	60	35,71	59	35,98		
Sygemeldt fra arbejde/sygedagpenge	24	14,29	32	19,51		
Arbejdsløs med understøttelse	12	7,14	9	5,49		
Førtidspensionist/kontanthjælp /ressourceforløb	22	13,10	34	20,73		
Under uddannelse	39	23,21	23	14,0		
Hjemmegående/orlov/førtidspension /andet	11	6,547	7	4,269	10,90	0,09
<i>Hvor tit drak du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed, før du blev gravid?</i>						
Drak aldrig alkohol	36	21,43	42	25,61		
Sjældent	105	62,50	95	57,93		
Månedligt	21	12,50	27	16,46		
Ugentligt	6	3,571	0	0	7,66	0,11
<i>Hvor mange gange har du drukket 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed, mens du har været gravid?</i>						
Ingen	117	72,22	128	78,53		
1 gang	32	19,75	29	17,79		
2 gange eller flere	13	8,025	6	3,68	3,64	0,46
<i>Ryger du cigaretter?</i>						
Nej	149	88,69	142	86,585		
Ja	19	11,31	22	13,415	0,34	0,56
<i>Bliver der røget i dit hjem?</i>						
Ja, dagligt	7	4,167	8	4,878		
Ja, af og til	7	4,167	8	4,878		
Nej	154	91,667	148	90,244	0,20	0,65
<i>Har du et forbrug af hash (pot, marihuana)?</i>						
Jeg har eller har haft et forbrug	18	10,714	23	14,024		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	150	89,286	141	85,976	3,49	0,32
<i>Har du et forbrug af stoffer (fx amfetamin, ecstasy, kokain, LSD)?</i>						
Jeg har eller har haft et forbrug	8	4,762	10	6,098		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	160	95,238	154	93,902	1,60	0,45
<i>Har du taget medicin (inkl. smertestillende), mens du var gravid?</i>						
Nej	68	40,48	63	38,42		
Ja	100	59,52	101	61,59	0,15	0,70

	Kontrol		Indsats		Chi ² (p-værdi)	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Chi ²	P-værdi
<i>Hvor ofte har du brugt nogen former for medicin, mens du var gravid?</i>						
Dagligt	49	49	49	49		
Ugentligt	10	10	10	10		
Månedligt	12	12	12	12		
Sjældnere	29	29	30	30	0,01	1,00
<i>Vil du amme det barn, du venter?</i>						
Nej	6	3,80	5	3,31		
Ja	152	96,20	146	96,69	0,05	0,82
<i>Paritet</i>						
Førstegangsfødende	111	66,467	88	54,321		
Flergangsfødende	56	33,533	74	45,679	5,08	0,02
<i>Visiteret til socialrådgiver</i>						
Nej	82	49,102	76	46,914		
Ja	85	50,898	86	53,086	0,16	0,69
<i>Visiteret til obstetriker</i>						
Nej	65	38,922	77	47,531		
Ja	102	61,078	85	52,469	2,48	0,12
<i>Visiteret til psykolog</i>						
Nej	146	87,425	152	93,827		
Ja	21	12,575	10	6,173	3,95	0,05

Bilag 3 Statistiske tests for forskelle mellem gruppe 1 og 2

Læsning af tabeller

I tabellerne angives de beskrivende karakteristika separat for hvert stratum (gruppe 1 og gruppe 2). Ved kategoriske variable opsummeres besvarelsene med antallet af respondenter for hver svarmulighed og procentandelen. I opsummeringen af variable målt på et interval beskrives besvarelsene med gennemsnittet (gns.) og standardafvigelsen (SD). Standardafvigelsen måler den gennemsnitlige afvigelse af middelværdien og indikerer dermed, om der er stor/lille spredning i besvarelsene.

Forskelle i besvarelser mellem gruppe 1 og gruppe 2 vurderes med statistiske test, **chi²** og **t-test**. **Chi²**-test anvendes til at teste forskelle ved kategoriske variable uden en naturlig rangering, og **t-test** benyttes, når variabelen måles i et interval/en ratio eller ved kategoriske variable, hvor svarmuligheder naturligt kan rangeres. Begge test beregner en teststatistik og en p-værdi, som anvendes til at vurdere, om de observerede forskelle mellem gruppe 1 og gruppe 2 skyldes en tilfældighed. Ved en p-værdi under 0,05 vil man sige, at forskellene er statistisk signifikante, hvilket betyder, at forskellene er så store, at de skyldes andet end en tilfældig variation.

Bilagstabel 3.1 T-test

	Gruppe 1		Gruppe 2		Forskel (p-værdi)	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Forskel	P-værdi
Alder mor	27,53	5,58	30,48	5,32	2,95	0,00
Antal børn	0,48	0,83	0,54	0,77	0,06	0,54
Hvordan vil du bedømme din/familiens økonomiske situation?	2,54	0,78	2,68	0,69	0,14	0,12
Hvor ofte bekymrer du dig om din/jeres økonomi?	2,93	1,13	2,76	0,94	-0,17	0,16
Hvordan vil du beskrive dit eget helbred lige nu?	7,46	1,73	7,00	1,81	-0,45	0,04
Når alt tages i betragtning, hvor tilfreds er du så med dit liv lige nu som helhed?	7,78	1,94	7,71	1,83	-0,07	0,75
Jeg har bekymringer om min boligsituation	3,01	2,23	2,71	2,09	-0,30	0,25
Jeg har bekymringer om min jobsituation	3,74	2,12	3,60	2,15	-0,14	0,59
Jeg har bekymringer om mit forhold til min partner	2,53	2,08	2,45	1,87	-0,09	0,71
Jeg har bekymringer om at skulle passe mit kommende barn	2,02	1,43	2,55	1,74	0,52	0,01
Warwick-trivselsscore	24,33	4,49	23,54	3,89	-0,79	0,11
Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?	2,54	0,94	2,48	0,92	-0,06	0,57
Er der nogen i dit netværk, der kan hjælpe dig praktisk i hverdagen, hvis du har brug for det?	4,21	0,98	3,99	1,05	-0,22	0,08

	Gruppe 1		Gruppe 2		Forskel (p-værdi)	
Har du mindst én anden voksen, som du kan tale godt med, hvis du har bekymringer eller problemer?	4,52	0,85	4,54	0,83	0,02	0,85
HADS-angstscore	6,53	4,09	6,89	3,75	0,36	0,45
HADS-depressionsscore	3,89	3,01	4,59	3,36	0,70	0,08
PTSD total score	14,82	6,29	13,62	5,86	-1,20	0,10
PTSD: genoplevelse	6,97	3,16	6,37	2,82	-0,60	0,09
PTSD: undgåelse	3,63	1,98	3,33	1,71	-0,31	0,16
PTSD: vagtsomhed	4,14	1,98	3,72	1,94	-0,43	0,08
Experiences in close relationships	32,88	10,66	32,45	10,70	-0,43	0,75
ECR: Fear of abandonment	18,94	6,91	18,95	7,12	0,02	0,99
ECR: Fear of intimacy	13,95	7,15	13,50	6,55	-0,44	0,59
PPRFQ total score	4,81	0,69	4,67	0,80	-0,14	0,16
PPRFQ opacity of mental states	4,50	1,36	4,62	1,23	0,12	0,47
PPRFQ reflecting on the fetus-child	5,41	0,87	4,92	1,05	-0,50	0,00
PPRFQ the dynamic nature of mental states	4,45	1,14	4,46	1,08	0,02	0,91
ACE total score	3,00	2,46	2,27	2,12	-0,73	0,01
Hvor mange genstande drak du cirka om ugen, før du blev gravid?	0,95	2,23	0,88	1,74	-0,07	0,76
Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit om ugen, nu du er gravid?	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,54
Hvor gammel tror du, at dit barn vil være, når du giver ham/hende modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk første gang?	3,95	1,05	3,88	1,14	-0,08	0,61
Hvor gammel tror du, dit barn vil være, når du fuldstændig stopper med amning?	9,64	2,97	9,79	2,78	0,15	0,68

Bilagstabel 3.2 Chi²-test

	Gruppe 1		Gruppe 2		Chi ² (p-værdi)	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Chi ²	P-værdi
<i>Bor alene</i>						
Nej	74	80,4	215	89,58		
Ja	18	19,6	25	10,42	4,94	0,03
<i>Andet sprog end dansk i hjemmet</i>						
Nej	74	80,44	199	82,92		
Ja	18	19,57	41	17,08	0,28	0,60
<i>Uddannelsesniveau</i>						
Gymnasium eller lavere	63	68,48	74	30,83		
Kort eller erhvervsfaglig uddannelse	15	16,30	54	22,50		
Mellemlang eller lang uddannelse	14	15,22	112	46,67	41,40	0,00
<i>Arbejdsmarkedsstatus</i>						
I arbejde	19	20,7	100	41,67		
Sygemeldt fra arbejde/sygedagpenge	9	9,78	47	19,58		

	Gruppe 1		Gruppe 2		Chi ² (p-værdi)	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Chi ²	P-værdi
Arbejdsløs med understøttelse	4	4,35	17	7,1		
Førtidspensionist/kontanthjælp /ressourceforløb	37	40,22	19	7,92		
Under uddannelse	17	18,48	45	18,75		
Hjemmegående/orlov/førtidspension/andet	6	6,52	12	5,00	54,19	0,00
<i>Hvor tit drak du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed, før du blev gravid?</i>						
Drak aldrig alkohol	26	28,26	52	21,67		
Sjældent	48	52,17	152	63,33		
Månedligt eller oftere	18	19,57	36	15,00	9,86	0,04
<i>Hvor mange gange har du drukket 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed, mens du har været gravid?</i>						
Ingen	68	77,27	177	74,68		
1 gang	12	13,64	49	20,68		
2 gange eller flere	8	9,09	11	4,64	8,47	0,08
<i>Ryger du cigaretter?</i>						
Nej	71	77,2	220	91,67		
Ja	21	22,8	20	8,33	12,91	0,00
<i>Bliver der røget i dit hjem?</i>						
Nej	76	82,61	226	94,17		
Ja	16	17,39	14	5,83	10,81	0,00
<i>Har du et forbrug af hash (pot, marihuana)?</i>						
Jeg har eller har haft et forbrug	23	25,00	18	7,50		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	69	75,00	222	92,50	20,84	0,00
<i>Har du et forbrug af stoffer (fx amfetamin, ecstasy, kokain, LSD)?</i>						
Jeg har eller har haft et forbrug	9	9,78	9	3,75		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	231	90,22	231	96,25	6,04	0,05
<i>Har du taget medicin (inkl. smertestillende), mens du var gravid?</i>						
Nej	43	46,74	88	36,67		
Ja	49	53,26	152	63,33	2,82	0,09
<i>Hvor ofte har du brugt nogen former for medicin, mens du var gravid?</i>						
Ugentligt eller oftere	23	46,94	95	62,5		
Månedligt	7	14,29	17	11,18		
Sjældnere	19	38,78	40	26,32	5	0,17
<i>Vil du amme det barn, du venter?</i>						
Nej	4	4,76	7	3,11		
Ja	80	95,24	218	96,89	0,49	0,49

VIVÉ

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD