

Minding the Baby

Præsentation af de gravide samt analyser af udvikling, trivsel, samspil og anbringelser, når børnene er 3 og 12 måneder gamle



Maiken Pontoppidan, Jonas Cuzulan Hirani, Kathrine Vixø, Mette Thorsager, Amalie Weiss Risbjerg og Mette Friis-Hansen

VIVE

Minding the Baby

– Præsentation af de gravide samt analyser af udvikling, trivsel, samspil og anbringelser, når børnene er 3 og 12 måneder gamle

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-263-8

Modelfoto: Mathilde Bech/VIVE

Projekt: 100792-100793

Finansiering: Den A.P. Møllerske Støttefond

VIVE

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 støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



Forord

I denne rapport præsenteres de første resultater i evalueringen af interventionen Minding the Baby (MTB). MTB er en mentaliseringsbaseret og traumeorienteret tværfaglig indsats rettet mod sårbare gravide, der er blevet afprøvet i 10 danske kommuner.

Evalueringen undersøger effekten af MTB tilbudt til gravide og forældre i en sårbar position, og i denne rapport er der fokus på graviditeten og det første år af barnets liv. Næste rapport vil undersøge effekten, når MTB-forløbene er afsluttet, når barnet er 2 år gammelt.

Seniorforsker Maiken Pontoppidan er projektleder for evalueringen. Amalie Weiss Risbjerg og Mette Friis-Hansen har bidraget til dataindsamling og interviews, mens Kathrine Vixø, Mette Thorsager og Jonas Cuzulan Hirani har bidraget til analyserne.

Projektet er et samarbejde mellem VIVE, Metodecentret, de deltagende kommuner samt MTB National Office ved Yale University i USA. Projektet har opnået støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond.

Vi vil gerne takke de to eksterne reviewere, der har kvalitetssikret rapporten: psykolog og adjunkt Ida Egmos Pedersen, Institut for Psykologi, Københavns Universitet, og en anonym reviewer.

Vi retter desuden en stor tak til alle, der har medvirket til evalueringen. Herunder ikke mindst til forældrene, der har brugt tid på at besvare vores spørgeskemaer og optage videoer, samt de fagpersoner, der har arbejdet i projektet.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sund



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Afrapportering	7
----------------------	---

Hovedresultater	8
-----------------	---

1	Indledning	12
1.1	Baggrund for projektet	12
1.2	Evalueringsens formål	14
1.3	Metode og data	14
1.4	Covid-19	16
1.5	Aktører og organisering	17
1.6	Læsevejledning	17

2	Minding the Baby	19
2.1	Målgruppen for MTB-interventionen	19
2.2	Teoretisk baggrund	20
2.3	MTB-manualen	23
2.4	Forskning om MTB	28
2.5	Tilpasning til danske forhold	29

3	Sædvanlig indsats	30
3.1	Indsatser til sårbare familier i kommunerne	30
3.2	Sædvanlig praksis sammenlignet med MTB	34

4	Hvem er deltagerne i projektet?	36
4.1	Alder og familiesituation	36
4.2	Uddannelse og arbejde	36
4.3	Helbred, livtilfredshed og mental trivsel	37
4.4	Netværk	37
4.5	Reflektionsevne, traumebelastning og PTSD	37

4.6	Alkohol, rygning og stoffer	38
4.7	Opsamling på, hvem deltagerne er	38
4.8	Når barnet er 3 og 12 måneder gammelt	39
<hr/>		
5	MTB-forløb i projektet	42
5.1	Antal MTB-besøg frem til barnet er 1 år gammelt	42
5.2	Hvem udfører besøget?	46
5.3	Hvem deltager i besøget?	47
5.4	Hvordan er besøgene gennemført?	48
5.5	Hvad foregik der under besøget?	50
<hr/>		
6	Familiernes oplevelse af forløbet	52
6.1	Familiernes oplevelse af MTB-forløb	53
<hr/>		
7	Udfaldsmål, balance og frafald	68
7.1	Udfaldsmål	68
7.2	Balance og frafald	69
<hr/>		
8	Effekten af MTB, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt	74
8.1	Statistiske analyser	75
8.2	Spørgeskemadata	76
8.3	Sampilsvideo	86
8.4	Anbringelser	90
<hr/>		
9	Supplerende analyser af effekten af MTB	93
9.1	Udvikling over tid for MTB-gruppen	93
9.2	Moderator analyser	94
9.3	Robusthedsanalyser	94
<hr/>		
DEL 2 Dokumentation		96
<hr/>		
10	Metode	97
10.1	Formål	97

10.2	Design af effektmålingen	98
10.3	Træning og certificering af klinikerne	100
10.4	Deltagere og rekruttering	102
10.5	Dataindsamling	104
10.6	Statistiske analyser	117
<hr/>		
11	Data	121
11.1	Hvem er deltagerne i projektet?	121
11.2	MTB-gruppens udvikling og trivsel over tid	152
11.3	MTB-børnenes udvikling over tid	156
<hr/>		
12	Deltagelse i forskningsdelen	159
12.1	Validitet af effektmåling	160
12.2	Moderatoranalyse	175
<hr/>		
	Litteratur	179
<hr/>		
	Bilag 1 Beskrivende statistik ved baseline	191
<hr/>		
	Bilag 2 Beskrivende statistik ved 3 måneders-opfølgning	198
<hr/>		
	Bilag 3 Beskrivende statistik, når barnet er 12 måneder	204
<hr/>		
	Bilag 4 Beskrivende statistik om MTB-forløbet	208
<hr/>		
	Bilag 5 Frafaldsanalyse	209
<hr/>		
	Bilag 6 Effektmåling	217



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Graviditeten og den første tid som nye forældre er en periode, der kan opleves som fantastisk, men også udfordrende, særligt hvis man er i en sårbar position. Omsorgssvigt eller misbrug i barnets tidlige år kan få alvorlige konsekvenser senere i livet, da det lille barns hjerne er meget modtagelig – både for positive og negative input.

Det bedste udgangspunkt for et barns udvikling er at have forældre, der er sensitive over for barnets behov, og som de kan danne en tryk tilknytning til. Der er derfor et stort potentiale i forhold til at støtte forældre til at blive mere sensitive i forhold til barnets behov. Det komplekse forhold imellem graviditet, fødsel, traumer og mentale helbredsproblemer kalder på en fleksibel, individuel og tværfaglig tilgang, der igangsættes under graviditeten.

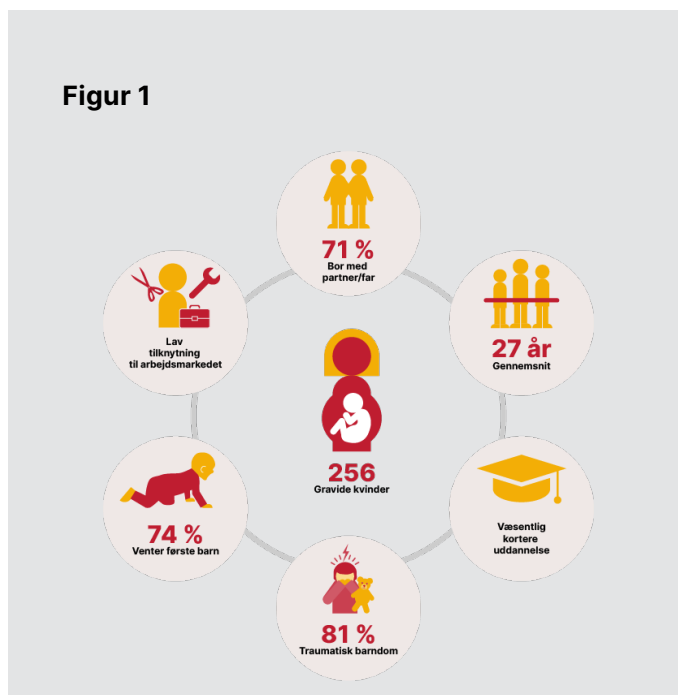
Om projektet

I dette projekt evalueres effekten af interventionen Minding the Baby (MTB) i 10 danske kommuner. I denne første rapport præsenterer vi deltagerne og MTB-forløbene og undersøger tidlige effekter af MTB, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt.

Hvad karakteriserer de gravide i projektet?

Der deltager 256 gravide kvinder i projektet. De er i gennemsnit 27 år gamle, 69 % bor sammen med partner/ægtefælle, og 74 % venter deres første barn. Uddannelsesmæssigt har de en væsentligt kortere uddannelse end jævnaldrende danske kvinder og en lav tilknytning til arbejdsmarkedet.

De gravide er karakteriseret ved, at mange oplever symptomer på PTSD, og en stor del (81 %) har været udsat for traumatiske oplevelser i deres barndom. Det gælder særligt følelsesmæssige og seksuelle overgreb.



Om Minding the Baby

MTB er en mentaliseringsbaseret og traumeorienteret tværfaglig indsats målrettet gravide og forældre i en sårbar position. Et MTB-forløb består af ugentlige besøg, hvor en sundhedsplejerske og en familieterapeut på skift kommer i hjemmet. Forløbet starter i graviditeten og fortsætter, til barnet er 2 år gammelt.

MTB-familierne har i gennemsnit modtaget 50 besøg, når barnet fylder 1 år, men der er stor variation i, hvor mange besøg de har fået. Kontrolfamilierne modtager den sædvanlige indsats, som deres kommune tilbyder. Den sædvanlige indsats varierer meget, men er typisk mere intensiv, men over kortere tid, sammenlignet med MTB-forløbet.

Tilfredshed med MTB-forløbet blandt deltagerne

Forældrene er positive over for MTB-forløbet og oplever det som en god støtte igennem de første år som forældre. De giver udtryk for, at relationsopbygning og god kemi mellem familien og MTB-teamet er afgørende for, at familien kan få udbytte af forløbet. Det er vigtigt at være opmærksom på, at familierne i projektet har forskellige behov, og at MTB-forløbet skal tilpasses til den enkelte familie. Nogle familier giver udtryk for, at der særligt i løbet af det andet år er for mange besøg.

Ikke systematiske tegn på tidlige effekter af MTB på trivsel og udvikling hos mor og barn, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt

Når vi sammenligner MTB-familier med kontrolfamilier, finder vi ikke nogen forskel imellem de to grupper i forhold til trivsel og udvikling hos mor og barn, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt.

Potentiel forbedring i barnets sociale kontakt og potentiel reduktion i anbringelser, når barnet er 12 måneder gammelt

I forhold til forældre-barn-samspillet finder vi, at MTB-børnene udviser mindre tilbagesøgning end kontrolfamilierne. Et stort frafald – særligt i kontrolgruppen – giver dog udfordringer for analyserne af samspilsvideoerne. Resultatet

bør derfor tolkes varsomt og betragtes som en potentiel effekt. Samspilsvideoer indgår også i den afsluttende dataindsamling, når barnet er 2 år gammelt, hvor vi vil undersøge forældre-barn-samspillet igen.

Vi finder en reduktion i anbringelser hos MTB-familierne, således at børn i kontrolgruppen har 3-4 gange større risiko for at blive anbragt uden for hjemmet end børn i MTB-familier. Forskellen er dog ikke signifikant og skal derfor tolkes som en potentiel effekt. Vi vil følge antallet af anbringelser i resten af projektet.

Kontrolgruppen har også fået et godt tilbud

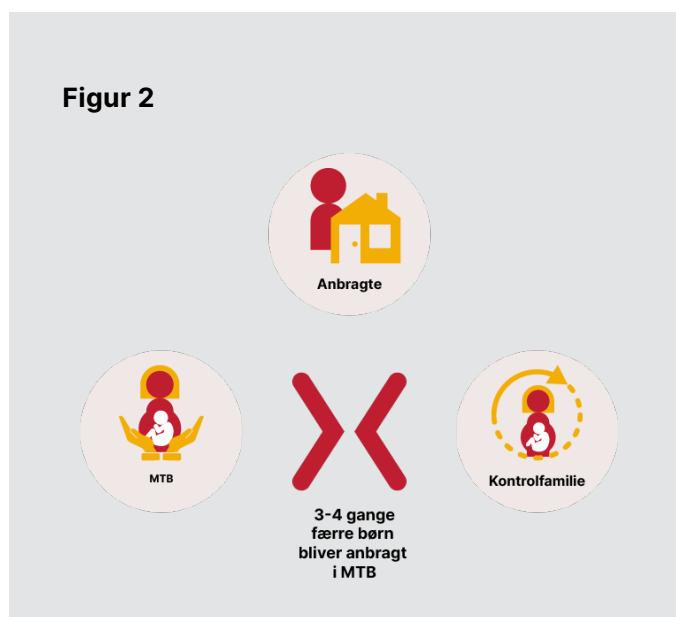
Igennem projektperioden er det sædvanlige tilbud blevet styrket på baggrund af et generelt fokus på den tidlige indsats. Dette betyder, at tilbuddet, som kontrolgruppen har fået, kan være kommet til at ligne MTB-tilbuddet mere, fx ved at starte i graviditeten og ved at være baseret på mentalisering. Hvis det er sket, vil det være sværere at finde en effekt af MTB.

Vores resultater kan dermed tolkes således, at for hovedparten af de udfald, vi har undersøgt, fungerer den sædvanlige indsats lige så godt som MTB, da kontrolgruppen klarer sig lige så godt/dårligt som MTB-gruppen.

MTB-forløb fortsætter, til barnet er 2 år gammelt

Resultaterne i denne rapport er tidlige indikationer på effekten af MTB. MTB-forløbene fortsætter, til barnet er 2 år gammelt, og VIVE indsamler stadig data på dette tidspunkt. En endelig vurdering af effekterne af MTB foreligger derfor først, når alle børn er fyldt 2 år.

Når relevante data som fx helbredsoplysninger og arbejdsmarkedstilknytning er tilgængelige (forventet ved udgangen af 2025), vil VIVE desuden koble registerdata på for at undersøge, om MTB har nogen betydning i forhold til relevante registerdata som fx vaccinationer og skadestuekontakter. I forhold til registerdata kan vi få information for alle deltagere, og vi vil således ikke have noget frafald i data.



Metode og data i projektet

Evalueringen er gennemført som et cluster-randomiseret, kontrolleret studie, hvor de syv oprindelige kommuner ved lodtrækning blev fordelt i forhold til, om de skulle modtage træning i 2018 eller 2019.

Familier, der modtager MTB, er intervention, og familier, der modtager sædvanlig indsats, er kontrolgruppe. Familier har modtaget sædvanlig indsats, hvis deres kommune endnu ikke har modtaget træning, eller hvis der fx ikke var plads til flere MTB-familier.

Da der var behov for at rekruttere flere familier til projektet, blev der tilføjet en kommune ved træningen i 2019 og yderligere to kommuner ved træningen i 2021.

Deltagere i projektet er gravide, der er mindst 15 år gamle og er visiteret til svangreomsorgens niveau 3 eller 4 (Sundhedsstyrelsen). Familierne er rekrutteret fra juni 2018 til juni 2022.

Ved baseline og opfølgning, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt, består data af survey-data samt data om anbringelser. Ved 12 måneder er der desuden indsamlet data om barnets udvikling fra videoer. Den gravide/moren har svaret på spørgeskemaer, og MTB-klinikerne har løbende registreret besøg.

Data i denne rapport består af:

- 256 besvarelser af spørgeskema ved opstart i projektet (heraf 183 MTB og 73 kontrol)
- 230 besvarelser af spørgeskema (heraf 172 MTB og 58 kontrol), når barnet er 3 måneder gammelt
- 197 besvarelser af spørgeskema (heraf 152 MTB og 45 kontrol), når barnet er 12 måneder gammelt
- 139 samspilsvideoer optaget (heraf 116 MTB og 23 kontrol), når barnet er 12 måneder gammelt
- Registrering af MTB-besøg af MTB-klinikerne
- Registrering af anbringelser
- Interviews med ni kommuner om deres sædvanlige praksis
- Exit-interviews med 15 MTB-familier i slutningen af forløbet.

I effektanalysen sammenligner vi udviklingen i de to grupper, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt for at identificere eventuelle effekter af MTB.

1 Indledning

MTB er en tværfaglig indsats, hvor et team bestående af to medarbejdere kommer på besøg hos familien fra sidst i graviditeten, til barnet fylder 2 år. I forløbet er der særligt fokus på at øge forældrenes refleksive funktion, men der arbejdes også på at fremme både psykisk og fysisk sundhed hos barnet og forældrene.

I dette projekt evalueres interventionen Minding the Baby (MTB) i 10 danske kommuner. Projektet er et samarbejde imellem VIVE, Metodecentret, de deltagende kommuner samt MTB National Office på Yale University i USA.

1.1 Baggrund for projektet

Forskning viser, at ulighed i sundhed kan have store konsekvenser for et barns udvikling og muligheder i livet (Heckman, 2012; Rod et al., 2021; Shonkoff et al., 2020). Graviditeten og den første tid som forældre er en periode, der for nogle familier kan være udfordrende pga. de markante fysiske, psykologiske og sociale ændringer, som karakteriserer perioden (Nyström & Öhrling, 2004).

Fostre og nyfødte børn har en meget plastisk hjerne, der kan optage både positive og negative input (Kolb & Gibb, 2011). Derfor er det afgørende for et barns sundhed og udvikling at opleve et trygt, omsorgsfuldt og stimulerende opvækstmiljø samt at blive beskyttet imod uhensigtsmæssige situationer (Davidson & Mcewen, 2012; Murray, 2014; Shonkoff, 2011; Shonkoff et al., 2020). Kvaliteten af opvækstmiljøet er essentiel og kommer bl.a. til udtryk gennem en god forældre-barn-relation, en tryk tilknytning til forældrene og forældre, der er sensitive over for barnets behov.

Hvis små børn udsættes for misbrug eller omsorgssvigt i de første leveår, kan det få alvorlige konsekvenser senere i livet i form af 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). Hvis barnets mor selv har oplevet omsorgssvigt i sin egen barndom, er der desuden en højere risiko for, at deres egne børn bliver udsat for omsorgssvigt (DiLillo & Damashek, 2003; Madigan et al., 2019; Moehler et al., 2007).

Relationen imellem forældre og barn begynder at udvikle sig i graviditeten. Tilknytning er det stabile følelsesmæssige bånd, der udvikler sig mellem barnet

og de primære omsorgspersoner i løbet af det første leveår, og er etableret, når barnet er 9-12 måneder gammelt (Bowlby, 1969). En tryk tilknytning til omsorgspersonerne giver barnet en grundlæggende følelse af at blive passet på, og kvaliteten af tilknytningsrelationen har betydning for barnets udvikling. En utryk og i særdeleshed en desorganiseret tilknytning, hvor der ikke er en organiseret strategi for tilknytning, er en risikofaktor for barnets udvikling (Granqvist et al., 2017; Groh et al., 2012; Holstein et al., 2021).

Mentale helbredsproblemer hos forældrene, som fx ubehandlet depression, angst, personlighedsforstyrrelse eller skizofreni, kan dog udfordre tilknytningen til barnet og kan føre til fødselskomplikationer – som for tidlig fødsel og lav fødselsvægt (Alder et al., 2007; Cole-Lewis et al., 2014; Ding et al., 2014).

Sensitivitet – forstået som omsorgspersonens evne til at registrere barnets signaler, forstå dem og respondere på dem på en passende måde (M. D. S. Ainsworth et al., 1974) – er afgørende for en tryk tilknytning (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1958; Cassidy, 2018; Zeegers et al., 2017). En forælders sensitivitet over for barnet hænger tæt sammen deres evne til at mentalisere eller reflektere over barnets indre verden (fx følelser, tanker og intentioner) (Slade, 2005). Både sensitivitet og refleksionsevne er vigtige i forhold til at skabe en tryk tilknytning til barnet (Zeegers et al., 2017).

En tryk tilknytning og sensitive forældre har fx en positiv betydning for barnets sociale kompetencer (Groh et al., 2014) og evne til at regulere følelser (Fearon et al., 2010; Madigan et al., 2013; Puckering et al., 2014; Wilson et al., 2013). Problemer med at regulere søvn, spisning og følelsesmæssige reaktioner i de tidlige leveår kan hænge sammen med senere følelsesmæssige og adfærdsmæssige vanskeligheder (Holstein et al., 2021).

Omkring 20 % af danske børn oplever mentale helbredsproblemer eller psykisk sygdom, inden de fylder 10 år, hvilket kan have langsigtede negative konsekvenser for deres udvikling og funktionsevne (Holstein et al., 2021). Risikofaktorer inkluderer psykosociale problemer i familien, vold, overgreb og omsorgssvigt (Holstein et al., 2021).

Det komplekse forhold mellem graviditet, fødsel og mentale helbredsproblemer kræver en fleksibel, individuel og tværfaglig tilgang (Halbreich, 2005), og det er vigtigt at iværksætte indsatsen under graviditeten (Ordway et al., 2014; Sadler et al., 2013).

Forskning viser, at indsatser målrettet sårbare nybagte forældre kan forbedre forældre-barn-relationen (Doyle et al., 2017; Furlong et al., 2012; Kristensen et al., 2017; MacBeth et al., 2015; Mountain et al., 2017; Rayce et al., 2017), og der er derfor et stort potentiale for at støtte forældre til at blive mere følsomme.

1.2 Evalueringens formål

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af MTB tilbudt til gravide i en sårbar position i forhold til mor-barn-samspelet samt udvikling og trivsel hos mor og barn sammenlignet med gravide, der modtager den sædvanlige indsats. Det primære udfaldsmål er mors sensitivitet. Derudover undersøges via interviews, hvordan deltagere oplever at deltage i MTB.

Evalueringen inddrager spørgeskema- og videodata, interviewdata samt data om anbringelser. Da interventionen fortsætter, til barnet er 2 år gammelt, indsamles der stadig data ved 24 måneder.

Resultaterne i denne rapport er baseret på data, der er indsamlet, før MTB-forløbet er afsluttet, og skal således tolkes som tidlige indikationer på effekten af MTB. Der kobles desuden relevant registerdata på, når de er tilgængelige. En endelig vurdering af effekterne af MTB foreligger derfor først, når alle børn er fyldt 2 år.

Forskerne i projektet arbejder sideløbende med at publicere resultaterne i internationale tidsskrifter. Der er på nuværende tidspunkt publiceret en protokolartikel om projektet (Pontoppidan, Thorsager, et al., 2022).

1.3 Metode og data

Inklusions- og eksklusionskriterier er beskrevet i Boks 1.1. For en mere detaljeret gennemgang, se Kapitel 10.

1.3.1 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusions- og eksklusionskriterier for deltagerne i det danske studie fremgår af Boks 1.1. De gravide skulle opfylde inklusionskriterierne for at kunne indgå i studiet, men blev ekskluderet, hvis de opfyldte et eller flere af eksklusionskriterierne.

Boks 1.1 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier

- Gravide, der er mindst 15 år gamle, bor i en af de deltagende kommuner og er visiteret til svangregruppe 3 eller 4.

Eksklusionskriterier

- Gravide, der har et barn, der er 4 år eller ældre (medmindre, barnet bor mere end halvdelen af tiden uden for hjemmet)
- Gravide med alvorligt misbrug
- Gravide med alvorlige psykoser (F20)
- Gravide med alvorlige indlæringsvanskeligheder
- Gravide med livstruende sygdom hos forældre eller barn
- Gravide, der ikke er i stand til at udfylde spørgeskemaet på dansk.

Eksklusionskriterierne er nødvendige, da det er meget svært at arbejde mentaliserende med personer, der fx er psykotiske, meget påvirkede af rusmidler eller har kognitive udfordringer. MTB er desuden målrettet familier med helt små børn, og erfaringen fra USA er, at hvis der er større børn i familien, kommer de nemt til at fylde meget i forløbet. Spørgeskemaerne kan kun udfyldes på dansk, og den gravide skal derfor kunne forstå dansk på et rimeligt niveau for at kunne deltage.

1.3.2 Identifikation og henvisning af deltagere

Familier i målgruppen blev identificeret og henvist af kommunerne i løbet af det andet og tredje trimester i graviditeten. Opsporing af de gravide er foregået på forskellige måder i kommunerne. Nogle steder har rådgivere eller sagsbehandlere brugt deres eksisterende kendskab til udsatte og sårbare forældre til at blive opmærksomme på forældre i målgruppen, mens andre steder

har identificeret familier i målgruppen igennem tværsektorielle samarbejdsfora, fx fælles gravidteams med det regionale sundhedsvæsen.

Familier er typisk blevet henvist til MTB igennem sundhedsloven eller servicelovens §52.3, men kan også i nogle tilfælde være henvist igennem servicelovens §11.3.

1.4 Covid-19

Projektet startede i 2018, og en stor del af projektperioden har derfor været påvirket af covid-19-epidemien. Igennem 2020, 2021 og starten af 2022 var der mange restriktioner, og dette har påvirket både rekrutteringen til og deltagelsen i projektet. De ændrede forhold har betydet, at både deltagere og medarbejdere har skullet finde nye måder for arbejdsopgaverne og for samarbejdet.

Efter den første nedlukning i marts 2020 blev det meldt ud hurtigt af regeringen, at socialt udsatte og sårbare borgere fortsat skulle have støtte på trods af covid-19-restriktioner og nedlukning. Målgruppen for MTB-projektet falder under denne kategori, og derfor var det muligt at fastholde en del af aktiviteterne med borgene på trods af restriktionerne.

Restriktioner og nedlukninger medførte, at flere af kontakterne med familierne foregik via fx telefon og videoopkald eller udendørs. Det var forskelligt, hvordan familier oplevede covid-19. For nogle var perioden fyldt med bekymringer, mens andre har oplevet mere ro og tryk ved fx den digitale kontakt.

De deltagende kommuner har haft forskellige retningslinjer i forhold til fremmøde – både blandt medarbejdere og i forhold til borgerne. Samlet set er det vores indtryk, at covid-19-epidemien gjorde det sværere at rekruttere borgere i en periode, samt at den har medført færre samtaler – både blandt de professionelle og i relation til borgerne.

Covid-19-restriktioner medførte ligeledes, at netværksdage blev aflyst igennem 2 år, samt at en træning blev udskudt fra 2020 til 2021.

Samlet set har covid-19 således haft en væsentlig betydning for både rekruttering til og fastholdelse i projektet, både for indsats og kontrolfamilier, samt for muligheden for at gennemføre interventionen som planlagt.

1.5 Aktører og organisering

Projektet gennemføres i et samarbejde mellem Metodecentret, VIVE, de deltagende kommuner samt MTB National Office på Yale University.

Metodecentret er ansvarlig for den overordnede projektledelse i forhold til at planlægge, koordinere og administrere implementeringen af afprøvningen.

Der er etableret en styregruppe med deltagelse af kommunerne, VIVE og Metodecentret med ansvar for implementeringen af metoden i Danmark.

MTB er udviklet af professor Arietta Slade og professor Lois Sadler fra Yale University, og de har varetaget træning og supervision af kommunernes MTB-teams. VIVE har haft et tæt samarbejde med udviklerne omkring evalueringens design, gennemførelse og resultater.

VIVE er ansvarlig for at gennemføre evalueringen af MTB, herunder at indsamle data, gennemføre analyser og formidle resultater.

Fra VIVE deltager aktuelt følgende medarbejdere i evalueringen:

- Seniorforsker og projektleder Maiken Pontoppidan
- Specialkonsulent Mette Friis-Hansen (dataindsamling og interviews)
- Forsker Mette Thorsager (data og statistiske analyser)
- Forsker Jonas Cuzulan Hirani (data og statistiske analyser)
- Seniorforsker Jens Dietrichson (statistiske analyser)
- Analytiker Kathrine Vixø (data og statistiske analyser)
- Studentermedhjælper Amalie Weiss Risbjerg (dataindsamling og interviews).

Derudover har forsker Ingeborg Hedegaard Kristensen bidraget til kodning af samspilsvideoer, og lektor og psykolog Katrine Røhder har bidraget med supervision og træning i forhold til videokodning.

Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond. Evalueringen følger projektet i de første 7 år fra 2017 til 2024, hvor alle børn vil være fyldt 2 år.

1.6 Læsevejledning

Rapportens struktur og indhold er som følger:

- Kapitel 2 handler om målgruppen for MTB, og hvad MTB-interventionen består af
- Kapitel 3 handler om den sædvanlige indsats
- Kapitel 4 er en beskrivelse af, hvad der karakteriserer deltagerne i projektet
- Kapitel 5 er en beskrivelse af, hvordan MTB-forløbene er blevet gennemført i de deltagende kommuner
- Kapitel 6 handler om, hvordan deltagerne har oplevet at være med i projektet
- Kapitel 7 beskriver udfaldsmål, der indgår i rapporten, og undersøger frafald og balance imellem grupperne
- Kapitel 8 er rapportens hovedkapitel, hvor vi analyserer effekten af MTB, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt
- Kapitel 9 indeholder supplerende analyser
- Del 2 består af Kapitel 10, der handler om metode, Kapitel 11, der handler om data, samt litteraturliste og bilag.

2 Minding the Baby

I dette kapitel beskriver vi først målgruppen for MTB i Danmark og derefter, hvad MTB-interventionen består af og bygger på. Til sidst beskriver vi de tilpasninger, der er lavet ved implementeringen i Danmark.



MTB er et relationsbaseret, tværfagligt program, der implementeres i overgangen til forældreskab. Det gennemføres på en fleksibel og intensiv måde, som tilpasses i relation til forældrekompetencer og -begrænsninger, og som følger en kulturelt sensitiv praksis.

MTB-manualen

Minding the Baby (MTB) blev udviklet af forskere ved Yale University i 2002 (Slade et al., 2017). Kapitlet bygger på information fra MTB manualerne (Marchesseault et al., 2018; Slade et al., 2018b, 2018a) samt foldere udviklet af Metodcentret til projektet (Metodecentret, 2020).

2.1 Målgruppen for MTB-interventionen

Målgruppen for MTB er forældre, som er i risiko for at have svært ved at skabe en tryk tilknytning til barnet – ofte på grund af omsorgssvigt i egen opvækst. Familierne befinder sig typisk inden for Sundhedsstyrelsens svangreomsorgsniveau 3 og evt. niveau 4 (Sundhedsstyrelsen, 2013, 2021b). Det vil sige, at de ofte har flere sammenfaldende problemstillinger af social og/eller psykologisk karakter og har behov for både sundhedsfaglige og socialfaglige tilbud. Fra kommunens side kan der være en bekymring for, at der senere må iværksættes en anbringelse uden for hjemmet, hvis forældrene ikke tilbydes en intensiv og helhedsorienteret indsats.

I evalueringen er der tilføjet nogle ekstra kriterier for at kunne deltage. Disse er beskrevet i afsnit 1.3.1.

2.2 Teoretisk baggrund

Ifølge MTB-manualen er programmet teoretisk set især baseret på følgende teoretiske tilgange:

- Tilknytningsteori (fx Sroufe, Main, Lyons-Ruth)
- Mentaliseringsteori (fx Fonagy, Steele, Target)
- Økologisk udviklingsteori (Bronfenbrenner)
- Self-efficacy teori (Bandura).

MTB er desuden traumeinformeret og især velegnet til vordende forældre, der har været udsat for forskellige former for traumer i deres egen opvækst, og som følge af dette kan have udviklet tilknytningsforstyrrelser. Forældre, der selv har oplevet traumer, kan opleve deres børns behov og reaktioner som overvældende, hvilket kan udfordre mentaliseringsevnen.

I MTB-forløbet er der særligt fokus på at forbedre forældres evne til at mentalisere eller reflektere over barnets oplevelse og dermed anerkende, at barnet har tanker, følelser, ønsker og intentioner, der er forskellige fra hendes/hans egne.

Hvad er MTB?

- MTB er en tværfaglig indsats, der består af jævnlige hjemmebesøg.
- Et MTB-forløb starter i graviditetens andet eller tredje trimester og afsluttes, når barnet er 2 år.
- Der er fokus på at fremme både psykisk og fysisk sundhed hos barnet og moren. Dette sikres igennem et tværfagligt team, der typisk består af en medarbejder med sundhedsplejefaglig kompetence og en familierapeut. De to medarbejdere kommer på skift på besøg i hjemmet én gang om ugen det første år og hver anden uge det andet år.

I MTB-forløbet arbejdes der med at hjælpe forældrene til at have barnet på sinde. Eksempelvis får forældrene hjælp til at blive nysgerrige i forhold til at forstå meningen med barnets signaler og adfærd, samtidig med at de får støtte til at reflektere over deres egne reaktioner på barnet. Via hyppige hjemmebesøg arbejdes der på at øge forældrenes evne til at tolke barnets signaler, ofte helt konkret ved at familierapeuter eller sundhedsplejere – i samspil med forældrene – undrer sig og taler om barnets tilstande og intentioner. Ved at arbejde med hensigtsmæssig respons, fx imitation, sang, nærhed og hvile, er det intentionen at lære forældrene, at barnet har følelser, behov og forventninger ligesom voksne, og at de kan imødekomme disse.

Ved at arbejde med tilknytning mellem barn og forældre sigter metoden helt overordnet mod at fremme en tryk tilknytning og reducere adfærds- og indlæringsproblemer.

Hvad er mentalisering?

Mentalisering er at forstå egen og andres adfærd ud fra mentale tilstande. Mentale tilstande er bl.a. følelser, tanker, behov, mål og grunde. Vi mentaliserer alle, når vi interagerer med hinanden, men vi er sjældent opmærksomme på, at vi gør det.

I hverdagen foregår mentalisering for det meste automatisk og uden, at vi er bevidste om det – fx når interaktionen med den anden glider let, og vi har det rart og godt med hinanden. Vi er ikke bevidste om det, men vi er hele tiden opmærksomme på vore egne og den andens mentale tilstande og tilpasser vores handlinger her til – fx små ændringer i den andens ansigtsudtryk eller måde at sige tingene på. At en stor del af vore interaktioner med hinanden forløber ved brug af automatisk mentalisering, frigiver mental kapacitet til andre ting.

I det øjeblik der opstår gnidninger, misforståelser eller konflikter i situationen, så kan man gøre brug af kontrolleret mentalisering ved at overveje og reflektere over sine egne og den andens mentale tilstande i situationen. Mentalisering kan beskrives som at forstå misforståelser. Når man mentaliserer, har man sind på sinde; både ens eget sind og andres sind. Man ser bag om adfærden og overvejer, hvad der ligger bag en given adfærd.

Kilde: Center for mentalisering

Det tværfaglige team arbejder for at skabe et reflekterende rum for forældrene i den første del af processen, og over tid er det hensigten, at forældrene lærer at forholde sig reflekterende uden teamets hjælp. Formålet er at gøre forældrene bedre til at justere deres egne forventninger i forhold til barnets parathed, udvikling og læring. Opgaverne for det tværfaglige team er beskrevet i Figur 2.1.

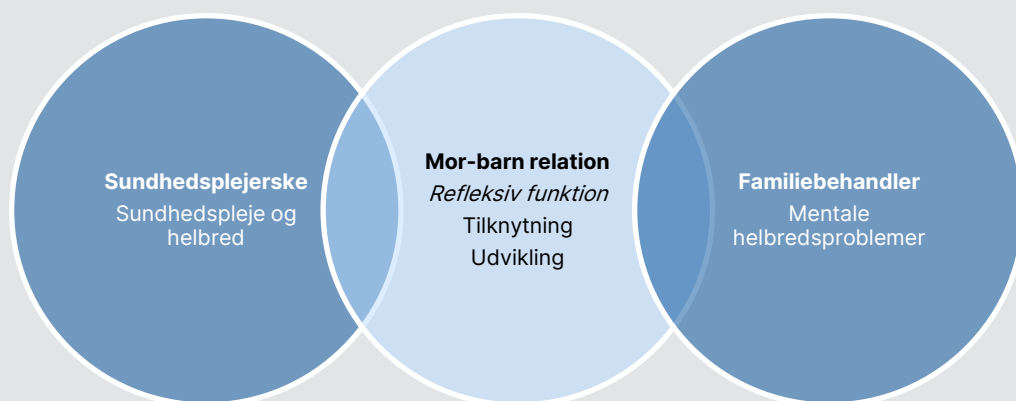


Du skal ikke bare gøre noget. Stå der, og vær opmærksom. Dit barn forsøger at fortælle dig noget.

Sally Provence
MTB manual

Figur 2.1 Det tværfaglige team omkring familien

Nogle opgaver ligger hos sundhedsplejersken eller familiebehandleren, mens der er overlap i andre opgaver.



Kilde: Oversat fra MTB-manualen.

Hovedfokus i MTB er at styrke den sunde tilknytning via konkret mentaliseringsarbejde. Derudover tilbyder det tværfaglige team forældre støtte og vejledning i forhold til barnets sundhed og udvikling, i forhold til problemer med bolig og økonomi og et fokus på forældrenes egen sundhed og psykiske velbefindende. Helt afgørende for MTB er en tryk og tillidsfuld relation mellem professionelle og forældre.

2.3 MTB-manualen

Der er i projektet udviklet en dansk behandlingsmanual (Slade et al., 2018b), der er en forkortet version af den engelske manual (Slade et al., 2018a). Der er desuden udviklet en håndbog i planlægning og implementering af MTB i Danmark (Marchesseault et al., 2018).

Formålet med MTB-manualen er at vejlede klinikere og deres supervisorer i udførelsen af MTB i Danmark. Manualen beskriver en plan for indhold og pro-

gression af besøg i hjemmet, men tilgangen er fleksibel og skal løbende justeres afhængig af forældrenes og barnets behov (fx fødselsdepressioner, for tidlig fødsel m.v.) eller pludselige kriser i familien (fx angående bolig eller parforhold).

2.3.1 Kerneelementer

MTB er mentaliseringsbaseret og traumeorienteret og består af syv kerneelementer, som er vist i Figur 2.2 og efterfølgende gennemgås.



Kilde: VIVE.

Relationsbaseret: Udviklingen af relationen imellem MTB-teamet og moren, faren, babyen og andre familiemedlemmer er helt central for indsatsens succes. Fra den tidligste kontakt mødes forældre med fokus på at skabe en relation, dvs. med medfølelse, nysgerrighed, varme og åbenhed. Ud over at være en primær facilitator for forandring fungerer relationen mellem kliniker og forælderen som en model for udviklingen af forælder-barn-relationen – en relation, hvor der er tillid, respekt og nysgerrighed på begge sider. Hvis relationen mellem MTB-terapeut og forældre trues, er det meget vigtigt at genskabe relationen. Ud over relationen imellem kliniker og forældre er der også relationer til fx andre fagpersoner og myndigheder samt relationer mellem MTB-team og supervisere. Tilsammen er det disse relationer, der giver kliniker den "sikre base", der er brug for for at kunne engagere sig fuldt ud i arbejdet.

Tværfaglighed: En tværfaglig model er afgørende for at imødekomme de komplekse behov, som familierne står overfor. Sundhedsplejersker har ofte den nemmeste adgang til familier og kan yde den omsorg, som forældrene har behov for, fx i forhold til graviditet, fødsel, helbred, kost og trivsel. Familiebehandlere har derimod særligt fokus på eftervirkningerne af traumer og tab, herunder depression, angst og problemer i parforholdet, samt sagsrådgivning og konkret støtte til bolig, mad og uddannelse. Der er som regel store overlap imellem helbredsproblemer og problemer med den mentale trivsel.

Overgang til forældreskab: Overgangen til forældreskab er en sensitiv periode, da hjernen skal reorganiseres og klargøres til det arbejde, der skal sikre barnets udvikling. Disse processer influerer den gravides evne til at forestille sig, varetage og udvikle en relation til barnet. Faren gennemgår ligeledes psykologiske forandringer under graviditeten. Forældrene tilbydes viden, der kan bidrage til at dæmpe nogle af kilderne til stress forud for fødslen hos begge forældre. Der arbejdes ligeledes med dysregulering og traumer samt på at gøre barnet virkeligt for forældrene. Der er fokus på forældres evne til at reflektere over spædbarnets interne oplevelse (fx tanker, følelser og intentioner) samt på udviklingen af positive forestillinger om livet som forældre.

Relation til lokale myndigheder: MTB-interventionen står ikke alene, men er en del af et lokalt partnerskab. Processer for tilgangen til familierne, og hvordan man fx indhenter journaler og formidler information på tværs af faggrupper, skal opbygges lokalt og er centrale for, at relationer kan opbygges og opretholdes.

Fleksibel og intensiv serviceydelse: Selvom MTB har specifikke mål og er baseret på en model med forskellige faser og procedurer, så implementeres interventionen bedst på en fleksibel måde, så det tilpasses behov hos de enkelte forældre, børn og familier. Manualen er således en ramme for indsatsen, men den skal fortolkes på en måde, der giver klinisk mening for MTB-teamet og deres samarbejdspartnere i relation til den enkelte familie. Der findes ingen

opskrift på hver enkelt session eller fase af indsatsen, men snarere en række mål, strategier og principper, som er styrende for hjemmebesøgene. Det giver klinikerne mulighed for at fokusere på de ting, de anser som vigtigst, men inden for rammerne af en række overordnede målsætninger og mål.

Styret af forældrekompetencer og begrænsninger: Ingen indsats passer til alle, og det er væsentligt at skræddersy forløbet, så det passer til familiens behov og udfordringer, samtidig med at forældrenes selvstændighed og udvikling fremmes.

Kulturelt sensitiv praksis: De kultur-, klasse- eller etniske forskelle, der kan være til stede mellem MTB-klinikeren og familien, kan udgøre en særlig række udfordringer. Udviklingen af et terapeutisk forhold afhænger af, om de håndteres med sensitivitet og omhu. Bevidsthed om, nysgerrighed over for og respekt for kulturelle forskelle i oplevelsen af familien samt viljen til at være åben og fordomsfri er en vigtig del af den hjemmebesøgendes arbejde.

2.3.2 Hvordan ser et MTB-forløb ud?

I dette afsnit beskriver vi, hvordan et typisk MTB-forløb ser ud og hvilke områder, der konkret arbejdes med af de to MTB-klinikere.

2.3.2.1 I graviditeten

I den første fase af indsatsen, hvor mor er gravid, arbejder MTB-teamet på at etablere en god relation med forældrene og evt. andre familiemedlemmer for at undersøge den sundhedsmæssige og psykologiske funktionsevne hos forældrene og for at gøre barnet og det kommende forældreskab mere virkeligt og mindre overvældende for forældrene. Det gøres bl.a. gennem konkret forberedelse og planlægning. Eksempelvis hjælpes forældrene til at indrette barnets seng og soveområde eller værelse, eller forældrene guides i at forestille sig, hvordan hverdagen bliver med et lille barn. Andre måder at konkretisere det kommende forældreskab på kan være at lave ting til barnet, som fx et tæppe, et billede eller et digt. Dette er en måde at forbinde det kommende barn med positive og håbefulde følelser.

2.3.2.2 Det første år efter fødslen

Efter fødslen og gennem det første år besøger MTB-teamet familierne på ugentlig basis og støtter forældrenes omsorg for barnet. Sundhedsplejersken lærer forældrene om basal spædbarnspleje og om barnets voksende kognitive

og sproglige evner, motoriske færdigheder og følelsesmæssige udvikling. Familieterapeuten guider forældrene om børnepasning og forældreskab og giver løbende socialpædagogisk støtte og hjælp efter behov.

Teamet trækker på en række mentaliseringsbaserede teknikker i denne fase af indsatsen til at hjælpe forældrene med at se deres barn som et følelsesmæssigt og intentionelt væsen. Dette begynder fx med løbende opmærksomhed på spædbarnets tilstande: Gråd, opmærksomhed, utryghed, døs og søvn. Enkle teknikker, såsom at tale for barnet og imitere barnet, kan være en direkte måde at lære forældrene, at spædbarnet har følelser, forventninger, behov og lyster, ligesom de selv har, og at disse følelser kan forstås ved at blive mere opmærksom og responsiv på spædbarnets signaler. Dette hjælper forældrene til at justere deres egne forventninger og interaktion til barnets parathed til udvikling og læring. Under alle besøg understøtter behandlerne forældrene i at udvikle en refleksion over eget og barnets indre liv og adfærd. Formålet er over tid at forstærke forældrenes mentaliseringsevne.

Ved barnets 1-årsfødselsdag afholdes et overgangsbesøg med begge medlemmer af teamet, forældrene og barnet, hvor teamet drøfter familiens fremskridt i de foregående 15 måneder. Der sættes mål for indsatsens andet år, både for forældrene, deres liv og relation til barnet, og for barnets sundhed og udvikling.

2.3.2.3 Barnets andet leveår

I det andet år flyttes fokus for barnets udvikling til småbørnstemaer, adfærd, mad, opdragelse m.v., alt sammen noget som reflekterer den begyndende individualisering i barnet. Indsatsen handler her også om følelser som konkurrence, tristhed og vrede, som kan vækkes i forældrene som respons på deres nu mere krævende barn. Der er fortsat opmærksomhed omkring sundhed hos forældre og barn og omkring den følelsesmæssige relation mellem forældre og barn.

Omkring barnets 2-årsfødselsdag afholdes et afslutningsbesøg med begge medlemmer af teamet, forældrene, barnet og andre familiemedlemmer, som forældrene ønsker at invitere.

2.3.2.4 Efter afslutningen

Efter afslutningsbesøget er der fortsat mulighed for forældrene til at komme i kontakt med MTB-teamet telefonisk. Ofte finder forældrene det betryggende at kunne kontakte teamet efter afslutningen, da dette giver dem mulighed for

en gradvis afsked og til at påtage sig det fulde ansvar for barnet, mens de stadig mærker teamets støtte og vejledning.

2.4 Forskning om MTB

MTB er undersøgt i to randomiserede studier i USA. I det første studie med 105 familier fandt forskerne, at børnene i MTB-gruppen i højere grad havde en tryk tilknytning til mor og i mindre grad havde en disorganiseret tilknytning (Sadler et al., 2013). Børnene i MTB-gruppen fulgte desuden i højere grad vaccinationsprogrammet end børnene i kontrolgruppen. I et mindre opfølgingsstudie fandt forskerne, at udadreagerende adfærd blev reduceret hos 3-5-årige børn i MTB-gruppen (Ordway et al., 2014).

I det andet studie med 156 deltagere fandt forskerne, at deltagelse i MTB forbedrede forældrenes refleksive funktion og tilknytning til mor (Slade et al., 2020). I en undersøgelse, hvor forskerne kombinerede deltagerne fra de to studier (N=158), fandt de en reduktion af overvægt blandt småbørnene i MTB-gruppen (Ordway et al., 2018). I en senere opfølgning (N = 97) fandt forskerne, at MTB-mødrene viste mindre forvrænget mentalisering, lavere niveauer af fjendtlig og autoritær forældreskab samt en reduktion i adfærdsproblemer sammenlignet med kontrolgruppen 2 til 8 år efter, forløbet sluttede (Tobon et al., 2022).

I England er der udført et randomiseret studie af MTB med 148 unge mødre (Longhi et al., 2019). Her fandt de en reduktion af adfærdsproblemer blandt 2-årige børn i MTB-gruppen, men ingen forskel på andre udfald. De fandt tegn på, at de kvinder, der deltog i flere sessioner, opnåede en bedre tilknytning end dem, der deltog i færre sessioner. Der var desuden tegn på, at mødrene i MTB-gruppen oplevede mindre forældrestress, da barnet var 1-2 år gammelt.

De eksisterende studier finder således nogle væsentlige effekter af MTB tilbudt til unge mødre i alderen 14-25 år, fx i forhold til tilknytning til mor, refleksionsevne og adfærdsproblemer, men der er også mange udfald, hvor der ikke findes nogen tegn på effekt. Ingen af studierne finder fx nogen effekt af mødrenes trivsel som resultat af MTB-forløbet.

Dette studie er det første studie af MTB i en skandinavisk velfærdsstats kontekst. Resultaterne er derfor vigtige i forhold til at forstå MTB ind i en dansk kontekst, hvor målgruppen er lidt ældre, og hvor familier i en sårbar position har væsentlig nemmere adgang til andre former for støtte (fx svangreomsorg, fødsel på hospital, psykiatrisk behandling og børnepasning) end gravide og mødre har i USA og England.

2.5 Tilpasning til danske forhold

Forløbet for træning og certificering af de danske MTB-terapeuter er beskrevet i afsnit 10.3.

For at kunne få MTB til at fungere i en dansk kontekst, har der været behov for at lave nogle tilpasninger.

MTB blev udviklet særligt til unge gravide i alderen 14-25, men da det er relativt ualmindeligt i Danmark at blive mor, inden man fylder 25 (8,15 % af alle fødsler i 2020), så er målgruppen i Danmark udvidet, så deltagerne i gennemsnit er ældre end målgruppen i de tidligere studier.

Familien må derudover have børn i forvejen, hvis barnet/børnene enten er højst 3 år, eller hvis barnet ikke bor fuld tid hos familien.

Desuden er de kommende fædre i meget højere grad involveret i den danske version af MTB. Dette skyldes både, at der i Danmark er et stort fokus på, at begge forældre er vigtige, og fordi fædre/partnere i meget højere grad er til stede i den danske målgruppe i forhold til den amerikanske studiepopulation, hvor hovedparten af de gravide er enlige.

3 Sædvanlig indsats

Familierne, der har modtaget sædvanlig indsats, har modtaget forskellige tilbud alt efter deres behov samt muligheder og prioriteringer i den kommune, de bor i. Mange kommuner har haft stort fokus på den tidlige indsats igennem de senere år, og en del kommuner har i løbet af projektperioden indført nye tiltag som fx graviditetsbesøg af sundhedsplejersken. Det sædvanlige tilbud kan derfor også have ændret sig over tid igennem projektperioden.

For at forhindre afsmittning til kontrolgruppen har det været tilstræbt, at MTB-klinikerne *ikke* udfører indsatsen for deltagerne i kontrolgruppen.

I dette kapitel giver vi et overblik over, hvad den sædvanlige indsats kan bestå af. Vi har gennemført en kortlægning af de deltagende kommuners sædvanlige indsats. Kapitlet bygger på følgende data:

- 16 kvalitative interviews med en medarbejder med viden om MTB i ni af de deltagende kommuner i 2019/2021 og igen i 2023
- Desk research om de deltagende kommunernes sædvanlige indsatser til gravide på deres hjemmeside eller leverede dokumenter.

For mere information, se afsnit 10.5.6.1.

Når barnet fylder 2 år, bliver kommunen desuden bedt om at udfylde et skema med oplysninger om, hvorvidt der har været indgivet underretninger på familien, samt om der har været igangsat indsatser efter serviceloven. Disse informationer indhentes for både MTB- og kontrolfamilier, da MTB-familier godt kan få tilbudt andre tilbud end MTB. De sidste børn fylder 2 år i 2024, og disse data foreligger derfor først senere.

Det har ikke været muligt at få adgang til journaldata hos sundhedsplejen omkring ordinære og behovsbaserede sundhedsplejerskebesøg eller andre tiltag udført efter sundhedsloven.

3.1 Indsatser til sårbare familier i kommunerne

Der er forskel på, hvordan kommunerne organisatorisk har forankret MTB-forløbet. Som beskrevet i afsnit 1.3.2 gives MTB-forløbet i nogle kommuner under servicelovens §11.3 om forebyggende indsatser eller §52.3 om foranstaltninger, mens andre kommuner har placeret det under sundhedsloven.

Hvad, en familie tilbydes, afhænger både af familiens svangreomsorgsniveau, hvilke udfordringer, de oplever, samt om tilbuddet bevilges igennem service-loven eller sundhedsloven. De fleste forløb er individuelt tilpasset til den enkelte families behov og vil typisk ikke være så strukturerede som fx MTB, hvor der er relativt faste rammer for, hvor ofte, hvor længe og hvad indholdet i indsatsen er.

Forløbene kan inkludere forskellige aktører, alt efter hvilke problematikker der rører sig. Ud over sundhedsplejen og familiebehandlerne kan det fx inkludere jobcenter, misbrugskonsulenter og psykiatri.

Kontrolfamilierne kan have modtaget tilbud – både fra sundhedsplejen og fra kommunens Børne- og familieafdeling. Vi laver derfor en kort beskrivelse af, hvad der typisk tilbydes til målgruppen baseret på kommunernes information.

3.1.1 Sundhedsplejen

Kontrolfamilierne vil typisk have modtaget udvidet sundhedspleje ud over de ordinære hjemmebesøg, som tilbydes til alle gravide. Dette kan bestå af graviditetsbesøg, behovsbesøg og specifikke forløb.

3.1.1.1 Graviditetsbesøg

Graviditetsbesøg var typisk ikke implementeret i starten af projektperioden, men i løbet af årene er det blevet implementeret mange steder, og i 2023 findes det i alle 10 deltagende kommuner. Det varierer dog, hvem de tilbydes til. Ifølge kommunernes hjemmesider tilbydes graviditetsbesøg således:

- 4 kommuner tilbyder graviditetsbesøg til alle
- 1 kommune tilbyder graviditetsbesøg til alle førstegangsfødende og til flergangsfødende efter behov
- 4 kommuner tilbyder graviditetsbesøg, hvis familie efterspørger det
- 1 kommune tilbyder graviditetsbesøg til familier med behov.

Tidspunkt for graviditetsbesøgene varierer ligeledes med det tidligste placeret fra uge 16 og det seneste frem til uge 32.

3.1.1.2 Ordinære hjemmebesøg (tilbud til alle gravide)

Alle kommuner tilbyder ordinære hjemmebesøg til alle gravide. Der er små variationer i forhold til, hvor mange besøg familierne tilbydes. Vi har gennemgået

kommunernes hjemmesider, og her fremgår det, at omfanget af ordinære hjemmebesøg omfatter følgende:

- 1 kommune tilbyder 4 faste besøg og 1 ekstra besøg til førstegangsforældre eller 1 telefonsamtale til flergangsforældre
- 3 kommuner tilbyder 5 besøg, efter barnet er født
- 1 kommune tilbyder 5 faste besøg og 2 ekstra besøg til førstegangsforældre
- 1 kommune tilbyder 5 faste besøg og 1 ekstra besøg til førstegangsforældre
- 1 kommune tilbyder 6 faste besøg og 1 ekstra besøg til førstegangsforældre
- 3 kommuner tilbyder 7 faste besøg til alle forældre.

Det ordinære tilbud varierer således fra fire faste besøg (fem for førstegangs fødende) til syv faste besøg.

Første besøg efter fødslen ligger i alle kommuner, når barnet er omkring 5 dage gammelt. For fire kommuner ligger sidste faste besøg, når barnet er 8-10 måneder gammelt, mens fire kommuner tilbyder sidste besøg, når barnet er 1,5 år. En kommune tilbyder desuden et besøg, når barnet er tre år.

3.1.1.3 Ekstra behovsbesøg

Hvis familien har behov for støtte ud over de ordinære besøg, så kan familien tilbydes ekstra behovsbesøg. Alle deltagende kommuner tilbyder udvidet sundhedspleje og ekstra besøg efter behov. De kan gennemføres som ekstra hjemmebesøg, men nogle kommuner har desuden specifikke forløb, som sundhedsplejen kan tilbyde familierne.

3.1.1.4 Specifikke forløb i sundhedsplejen

Sundhedsplejersken kan henvise direkte til forløb i sundhedsplejen uden involvering af en kommunal sagsbehandler. Eksempler på forløb er forældregrupper, grupper med fokus på støtte til mentalisering, relationsdannelse, jobsøgning, madlavning eller konflikthåndtering, eller grupper til familier, hvor en forælder er vokset op i hjem med misbrug.

Nogle kommuner tilbyder desuden mere strukturerede forløb som Marte Meo (videofeedback) og gruppeforløbet Tryghedscirklen (Circle of Security – Parenting COS-P).

Marte Meo er en videobaseret metode, der anvender korte optagelser til at fremme samspil mellem barn og forældre. Vejledningen er konkret og tager udgangspunkt i de ressourcer, der i forvejen er tilstede hos familien. Via udvalgte videoklip får forældrene konkrete handleanvisninger, som kan forbedre samspillet og støtte udviklingen.

COS-P eller Tryghedscirklen, som det hedder i Danmark, er et gruppeforløb på otte sessioner af 1,5 timer med fokus på at fremme tilknytning mellem barn og forælder (Plauborg & Jacobsen, 2020). Målgruppen er primært forældre med børn i alderen 0-5 år. Der arbejdes med at støtte forældrene i både at kunne udgøre den sikre base i Tryghedscirklen, hvorfra barnet søger ud for at udforske verden – og den trygge havn, hvor barnet kan få støtte og blive trøstet. Der arbejdes ligeledes med at øge forældrenes indsigt i barnets behov og imødekomme disse, samt at forælderen ser sig selv som større, stærkere, kloge og kærligere i forhold til barnet.

3.1.2 Foranstaltninger fra kommunens Børne- og familieafdeling

Foranstaltninger iværksættes typisk efter servicelovens §11.3 eller §52.3. Ifølge serviceloven skal familierne tilbydes den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse (§50). For nogle familier iværksættes der først en forebyggende indsats efter servicelovens §11.3 (som kan igangsættes uden en børnefaglig undersøgelse), men en stor del af kontrolfamilierne får tilbudt foranstaltninger efter servicelovens §52.3.

3.1.2.1 Forebyggende indsatser

Forebyggende indsatser efter servicelovens §11.3 kan tilbydes til familier med afgrænsede sociale eller psykologiske problemstillinger. Forløbene er typisk af kort varighed. Forebyggende tilbud omfatter fx anonym rådgivning, socialpædagogisk støtte, psykologisk støtte til tilknytning til forældrene, forældresamarbejde, kriser eller andet.

3.1.2.2 Foranstaltninger

Foranstaltninger efter servicelovens §52.3 igangsættes i udgangspunktet på baggrund af en børnefaglig undersøgelse og eventuelt en forældrekompetenceundersøgelse. Foranstaltninger omfatter fx familiebehandling med individuel handleplan, forældreuddannelse eller praktisk pædagogisk støtte.

Støtten skal gives tidligt og sammenhængende og må i hvert enkelt tilfælde udformes på baggrund af en konkret vurdering. Igangsatte forløb fortsætter, til målene i handleplanen er nået, og vil ofte for denne type af familier være relativt intensive i perioden, hvor forløbet kører. Forløbene er typisk karakteriseret ved flere besøg fra forskellige aktører, hvor der på forhånd er udarbejdet en udviklingsorienteret plan med afsæt i, hvad man skal kunne som forældre, og hvad baby har brug for her og nu.

3.2 Sædvanlig praksis sammenlignet med MTB

I interviewene med kommunerne har vi bedt informanterne om at vurdere den samlede intensitet og varighed af de forløb, som kontrolfamilierne har fået i forhold til MTB-forløbene.

3.2.1 Intensitet og varighed

Når vi spørger til, hvorvidt forløbene i kontrolfamilierne i forhold til intensitet enten er mindre, det samme eller mere intensive end MTB-forløb, svarer de ni kommuner følgende:

- 1 vurderer, at sædvanlig praksis er mindre intensiv end MTB
- 1 vurderer, at sædvanlig praksis har samme intensitet som MTB
- 7 vurderer, at deres sædvanlige praksis er mere intensiv end MTB.

I de kommuner, hvor den sædvanlige praksis er mere intensiv, nævner de, at forløbet kan bestå af op til daglige eller flere daglige besøg i en kortere periode.

Når vi spørger til, hvorvidt forløbene i kontrolfamilierne i forhold til varighed er kortere, samme længde eller længere end MTB-forløb, svarer de ni kommuner følgende:

- 1 svarer, at varigheden af deres sædvanlige praksis er uklar
- 1 vurderer, at deres sædvanlige praksis har samme varighed som MTB
- 7 vurderer, at deres sædvanlige indsats er kortere end MTB.

Kommunerne oplyser, at indsatsen stopper, når målene er opnået. I de fleste tilfælde sker dette ifølge informanterne for familierne i kontrolgruppen senest,

når barnet er 9 mdr.-1½ år gammelt, i forbindelse med at barnet starter i dagtilbud.

Nogle kommuner giver udtryk for, at der hos familierne, der får sædvanlig indsats, er meget fokus fra familiens side på, hvornår målene er opfyldt, og de kan udskrives af kommunens indsats. De oplever, at nogle af familierne har travlt med at bevise deres værd og få aktørerne ud af deres liv igen.

Baseret på kommunernes informationer tyder det samlet set på, at i størstedelen af kommunerne har de familier, der har fået den sædvanlige indsats, modtaget en mere intensiv, men kortere, indsats sammenlignet med MTB-forløbet. Der kan dog være stor variation i de enkelte forløb.

4 Hvem er deltagerne i projektet?

I dette kapitel præsenterer vi kort deltagerne ved opstart i projektet. Vi viser resultaterne for den samlede gruppe af deltagere (både kontrol og MTB). For en grundigere gennemgang, se afsnit 11.1.

Der deltager 256 gravide kvinder i projektet. Heraf tilhører 183 MTB-gruppen, og 73 tilhører kontrolgruppen.

4.1 Alder og familiesituation

Ved opstart i projektet er de gravide i gennemsnit 26,3 år gamle, hvilket er yngre end gennemsnitsalderen for gravide. Den yngste er 17 år, og den ældste er 43. To ud af tre gravide er 21-30 år gamle.

Størstedelen af de gravide bor sammen med en ægtefælle eller partner (71 %), og 74 % venter det første barn. Resten (26 %) har ét eller flere børn i forvejen.

Der tales primært dansk i hjemmet hos 90 % af de gravide. Andre sprog, der tales, er arabisk, engelsk, farsi, færøsk, kurdisk, polsk, tyrkisk, tysk eller andre sprog.

4.2 Uddannelse og arbejde

Uddannelsesmæssigt har de gravide en væsentligt kortere uddannelse end jævnaldrende danske kvinder; i alt 50 % har grundskolen som højeste gennemførte uddannelse. 13 % angiver at have en gymnasial uddannelse, 26 % angiver at have en kort eller erhvervsfaglig uddannelse, og 13 % har en mellem-lang eller lang uddannelse.

I forhold til jobstatus angiver 16 %, at de har et arbejde, og 7 % er under uddannelse. I alt 57 % er enten på førtidspension, på kontanthjælp eller er arbejdsløs eller sygemeldt.

Omkring halvdelen af de gravide (54 %) vurderer, at familiens økonomiske situation er god eller særdeles god, men samtidig bekymrer 2 ud af 3 sig om deres privatøkonomi.

4.3 Helbred, livtilfredshed og mental trivsel

De gravide vurderer deres overordnede tilfredshed med livssituationen, den generelle mentale trivsel og angst på niveau med gennemsnittet for danske kvinder.

Det er tankevækkende, at deltagerne i projektet ligger på det samme gennemsnit som danske kvinder generelt i forhold til trivsel, angst og livstilfredshed. Dette kan skyldes, at de korte trivselsmål, der anvendes, ikke formår at måle trivslen korrekt i en mere sårbar målgruppe. Dette kan hænge sammen med, at kvinderne er vant til at leve med forskellige udfordringer i deres liv og derfor oplever, at deres trivsel er ganske god, hvis der ikke er sket en væsentlig forringelse.

De gravide angiver at have færre depressionssymptomer end danske kvinder generelt. Dette kan dog skyldes, at omkring 15 % af deltagerne kan være i medicinsk behandling og derfor er velbehandlede (se afsnit 4.8.4).

Nye studier finder, at der skete en relativt stor stigning i forhold til både angst- og depressionssymptomer hos gravide under covid-19 (Tomfohr-Madsen et al., 2021), hvilket kan have haft indflydelse på nogle af deltagerne i dette projekt, selvom vi ikke umiddelbart ser høje niveauer af angst og depression blandt deltagerne.

4.4 Netværk

Hovedparten af de gravide (86 %) angiver, at de ofte eller altid har en person, de kan snakke med om bekymringer eller problemer, og tre ud af fire (77 %) angiver, at de ofte eller altid kan få hjælp til praktiske ting fra nogen i deres netværk.

Mere end halvdelen af de gravide (61 %) angiver dog, at de enten en gang imellem eller ofte er ensomme.

4.5 Reflektionsevne, traumebelastning og PTSD

Når de gravide vurderer deres egen reflektionsevne, så er den gennemsnitlig. Kun 5 % angiver at have en lav reflektionsevne.

De gravide er karakteriseret ved at have været udsat for alvorlig traumebelastning i deres barndom. Fire ud af fem (81 %) af de gravide angiver at have oplevet et eller flere typer af traumatiske oplevelser i deres barndom. Det gælder særligt følelsesmæssige og seksuelle overgreb. Hver femte deltager (21 %) angiver at have været udsat for alle de fem typer traumer, som spørgeskemaet berører. Kun hver femte deltager (19 %) har ikke angivet nogen former for traumer i deres barndom.

Der er større risiko for at udvikle PTSD, hvis man har oplevet traumer i barndommen. Det gælder særligt, hvis man har været udsat for fysiske overgreb, seksuelle overgreb, omsorgssvigt, samt hvis der er psykisk sygdom hos forældrene.

En stor del af de gravide oplever symptomer på PTSD. Seks ud af ti har symptomer på vagtsomhed, og omkring halvdelen har symptomer på undgåelse og genoplevelse af traumer. Hver tredje (34 %) oplever alle tre typer af symptomer, hvilket tyder på, at de opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose. Denne andel er højere end blandt nordiske kvinder, der har oplevet traumer.

4.6 Alkohol, rygning og stoffer

De gravide angiver at have et lavt alkoholforbrug på 1,75 genstande om ugen før graviditeten og stort set intet alkoholforbrug under graviditeten. En ud af fire angiver dog at have mindst én binge drikke-episode (mindst 5 genstande i alt) under graviditeten.

Hver tredje (35 %) ryger dagligt eller af og til under graviditeten. Dette niveau er højere end hos gravide generelt. Hovedparten af de gravide (83 %) angiver, at der ikke bliver røget i hjemmet.

I alt 15 % af de gravide angiver at have haft et forbrug af hash, og 1 % angiver at have et aktuelt forbrug af hash ind imellem. 8 % angiver at have haft et forbrug af andre stoffer (såsom amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD), men ingen af de gravide angiver at have et nuværende forbrug.

4.7 Opsamling på, hvem deltagerne er

Samlet set er de gravide, som deltager i undersøgelsen kendetegnet ved et kort uddannelsesniveau og begrænset tilknytning til arbejdsmarkedet. De er desuden kendetegnet ved, at en stor del har oplevet væsentlige og alvorlige

traumer i barndommen, som også afspejler sig ved væsentlige PTSD-symptomer.

4.8 Når barnet er 3 og 12 måneder gammelt

Når barnet er 3 og 12 måneder gammelt modtager mødrene et spørgeskema, hvor de bliver spurgt om fødslen, amning, alkohol og rygning. Vi giver her en kort beskrivelse af disse emner for at give et billede af, hvordan målgruppen

samlet set oplever at have et lille barn, samt hvad det betyder for deres alkohol- og rygevaner. En detaljeret gennemgang ses i afsnit 11.1.

4.8.1 Barnets fødsel

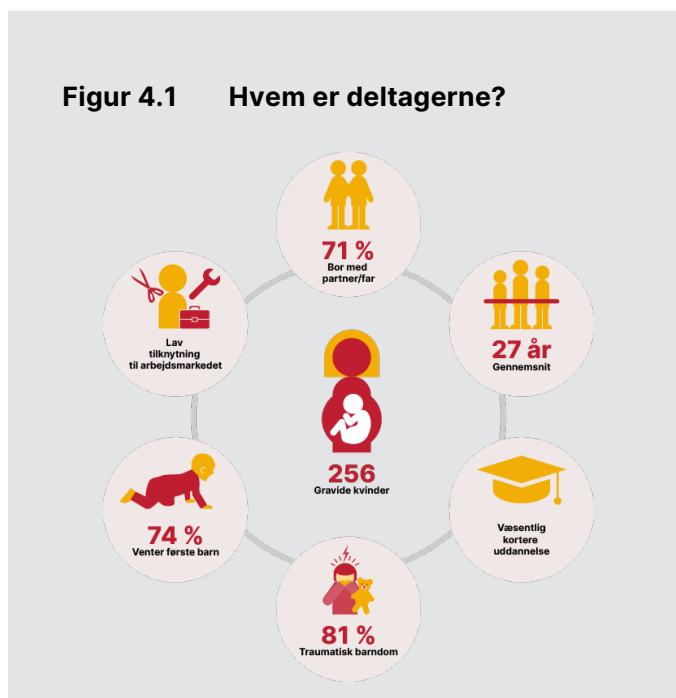
I alt 84 % af børnene er født til tiden (37.-42. svangerskabsuge), hvilket er markant mindre end for alle fødsler i 2020, hvor det gjaldt for 92 %. Blandt deltagerne i projektet er der dobbelt så stor andel af børn, der er født moderat, meget eller ekstremt tidligt i forhold til levendefødte børn generelt. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at kvinder i en sårbar position ofte føder før tid, samt at for tidlig fødsel også hænger sammen med rygning. Der er ligeledes dobbelt så mange af deltagerne, der føder sent (fra svangerskabsuge 42) sammenlignet med landsgennemsnittet i 2020.

Børnene fordeler sig ligeligt på tværs af køn, hvor 51 % er piger, og 49 % er drenge.

4.8.2 Amning

Der er mange holdninger til amning afhængigt af værdier, traditioner og normer, men stort set alle danske kvinder ønsker at amme deres barn efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2021a). Dette gælder også for de gravide i projektet, hvor 98 % ønsker at amme deres barn.

Figur 4.1 Hvem er deltagerne?



Både WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at babyer ammes fuldt de første 6 måneder. Yderligere anbefales, at overgangskost ikke introduceres, før barnet er 4 måneder og ikke meget efter, barnet er 6 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2021a). Sundhedsstyrelsen anbefaler ligeledes, at man ammer delvist, frem til barnet er mindst 12 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2021a).

De gravide forventer at amme deres barn i 9,3 måneder. Knap halvdelen (47 %) angiver, at de vil give deres barn modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk første gang, når barnet er imellem 5 og 6 måneder.

Hver tredje deltager er relativt sikker på at lykkedes med de forventninger og ønsker, de har til amningen, mens hver fjerde ikke er sikker på, at det lykkes.

Når barnet er 3 måneder gammelt, angiver 91 % af mødre, at de har ammet barnet. Heraf ammer lidt mere end halvdelen af mødre (56 %) stadig, når barnet er 3 måneder gammelt. For en mindre gruppe af deltagere er det ikke lykkedes at amme som ønsket. Andelen af mødre i projektet, der ammer fuldt, når barnet er omkring 3 måneder gammelt, svarer dog nogenlunde til andelen af danske mødre generelt. Efter 12 måneder angiver 23 % af mødre, at de stadig ammer.

4.8.3 Alkohol og rygning

Når barnet er 3 måneder gammelt, angiver knap to ud af tre mødre (63 %), at de aldrig drikker. Dette falder til omkring halvdelen (48 %), når barnet er 12 måneder gammelt. Her angiver en tredjedel (32 %), at de drikker højst en gang om måneden.

Halvdelen af mødre har ikke haft nogen binge drikke-episoder, når barnet er 3 måneder gammelt, mens det er sket månedligt for 4 %. Når barnet er 12 måneder gammelt har en tredjedel (34 %) af mødre ikke haft nogen binge drikke-episoder, mens det er sket månedligt for 7 %.

Når barnet er 3 og 12 måneder gammelt, er andelen af mødre, der ryger, 41 %, hvilket er højere end de 35 % under graviditeten. Det tyder på, at nogle mødre holdt pause med at ryge under graviditeten.

Der ses til gengæld en stor reduktion, i hvor meget der ryges i hjemmet, fra 17 % under graviditeten til 5 %, når barnet er 3 måneder gammelt, og 3 % når barnet er 12 måneder gammelt. Niveauet for rygning i hjemmet stemmer nogenlunde overens med danske data generelt.

4.8.4 Medicin

I spørgeskemaet, når barnet er 1 år gammelt, har vi spurgt til medicinforbrug. Vi spørger til alle typer af medicin, det vil sige også almindelig smertestillende medicin som fx Panodil. Ud over hvilken slags medicin de gravide tager, har vi også spurgt til, hvor ofte de tager den.

I alt 22 deltagere (11 %) angiver, at de tager smertestillende som Panodil og Ipren ugentligt, månedligt eller sjældnere.

I alt 63 deltagere (32 %) angiver, at de tager en eller flere typer medicin dagligt (som ikke er smertestillende som fx Panodil). Det svarer til, at omkring hver tredje deltager i både MTB- og kontrolgruppen tager medicin dagligt. De typer medicin, der er blevet angivet, er derefter grupperet efter type.

Den type medicin, der angives oftest, er medicin mod depression, som er angivet af 29 kvinder, hvilket svarer til 15 % af dem, der har svaret på spørgeskemaet, når barnet er 1 år gammelt. Derefter er de mest angivne typer astma- og allergimedisin, som er angivet af hhv. 8 (4 %) og 11 (6 %) af deltagere.

Desuden angives medicin mod ADHD (9 (5 %)), smerter (ikke-receptpligtige som fx Panodil) (7 (4 %)), epilepsi/bi-polar/mood-disorder (7 (4 %)), søvn (6 (3 %)), antipsykotika (6 (3 %)), angst (5 (3 %)), stærkere smerter (receptpligtig som fx morfin, opioid eller medicin mod nervesmerter og migræne) (5 (3 %)), syredæmpende (3 (2 %)), hudlidelser (3 (2 %)), blodtryk (2 (1 %)) og overvægt (1 (<1 %)).

5 MTB-forløb i projektet

I dette kapitel laver vi en detaljeret beskrivelse af, hvordan MTB-interventionen er blevet gennemført i projektet frem til, barnet er 1 år gammelt (365 dage). Det er derfor kun deltagere, der har modtaget MTB, der indgår i dette kapitel.

MTB-klinikerne har efter hver kontakt med familien udfyldt et kort spørgeskema med følgende information:

- dato for kontakt
- hvor lang tid, kontakten varede
- hvem, der var til stede
- hvad de beskæftigede sig med.

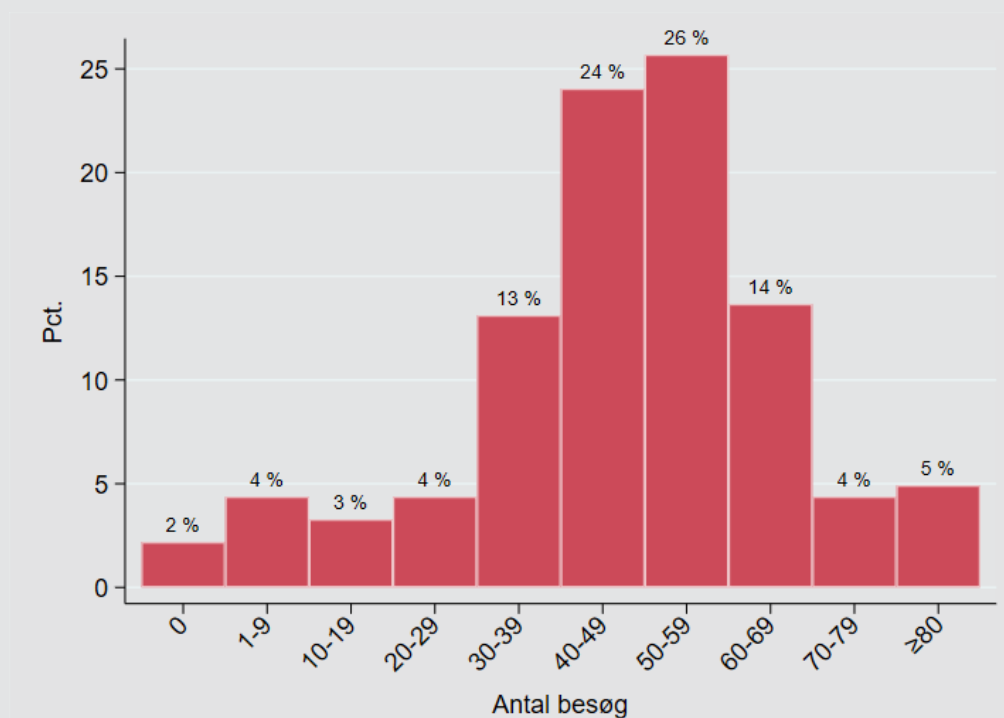
I denne analyse indgår besøg, der er registreret, fra familien er oprettet i projektet, og frem til barnet er 365 dage gammelt. Det samlede antal registrerede besøg for denne periode er 8.884 fordelt på 179 mødre.

For flere detaljer se afsnit 10.5.5.

5.1 Antal MTB-besøg frem til barnet er 1 år gammelt

Omfanget af MTB-forløbet, frem til barnet er 365 dage gammelt, varierer for MTB-familierne. I Figur 5.1 ses fordelingen af det samlede antal besøg for MTB-familierne. Antallet af besøg har en spredning fra 0 til i alt 143 besøg. Halvdelen af alle de deltagende mødre modtager 40-59 besøg.

Figur 5.1 Fordeling af samlet antal besøg for alle MTB deltagere



Anm.: N = 183 mødre.

Søjlerne angiver procentfordeling over, hvor mange besøg mødrene modtager.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Det gennemsnitlige MTB-forløb fra inklusion, til barnet er 365 dage gammelt, er på 50 besøg. Det er illustreret i Figur 5.2, hvor det fremgår, hvordan besøgene fordeler sig frem til, barnet er 1 år gammel.

I MTB-gruppen er der fire familier, som ikke har modtaget besøg. Hvis disse ikke medregnes, er det gennemsnitlige forløb stadig 50 besøg.

De fleste familier er rekrutteret omkring 8-15 uger, før barnet er født, hvilket giver et samlet forløb på 60-77 uger fra opstart, til barnet er 365 dage gammelt.

Under graviditeten og frem, til barnet er 120 dage gammelt, modtager familierne i gennemsnit omkring ét ugentligt besøg, mens det falder derefter til 0,7 besøg i gennemsnit om ugen, frem til barnet fylder 1 år.

Det gennemsnitlige antal besøg varierer på tværs af kommuner fra 24-59. Figur 5.3 viser det gennemsnitlige antal besøg, der gives pr. familie på tværs af de 10 deltagende kommuner. Der kan være forskellige årsager til disse variationer, fx behov hos familierne eller kommunale forskelle. Hvidovre har det laveste gennemsnit på 24 sessioner, men har også haft udfordringer med, at mange familier er flyttet fra kommunen under forløbet.

Figur 5.2 Det gennemsnitlige forløb

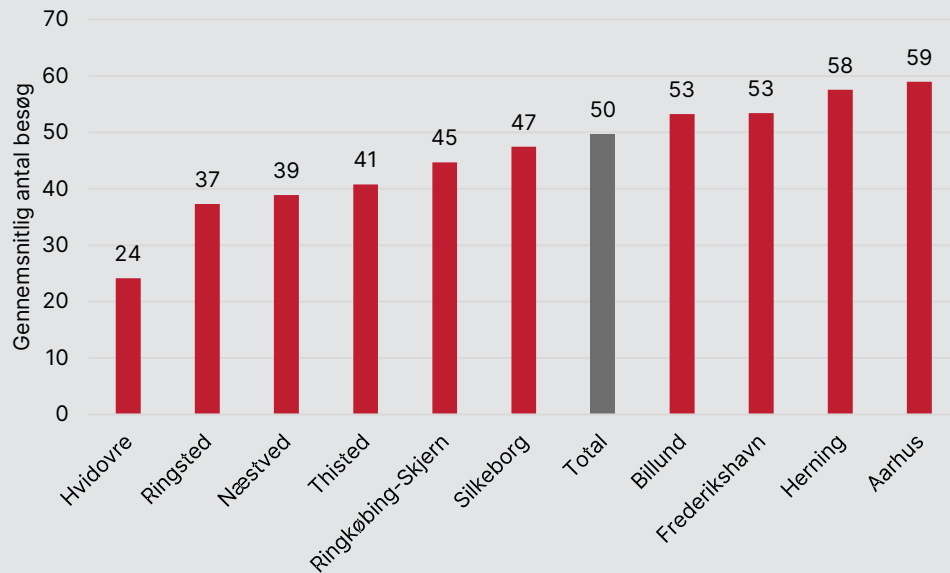


Anm.: N = 179 mødre.

Gennemsnitlig antal besøg før fødsel, gennemsnitligt antal besøg efter fødslen, til barnet er 120 dage gammelt, antal besøg fra barnet er 121-365 dage gammelt og gennemsnitlig besøg total. Total summerer til 50 pga. afrunding. Beregnet på baggrund af alle MTB-familier.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Figur 5.3 Gennemsnitligt antal besøg fordelt over kommunerne



Anm.: N = 8.881 besøg fordelt på 179 mødre.

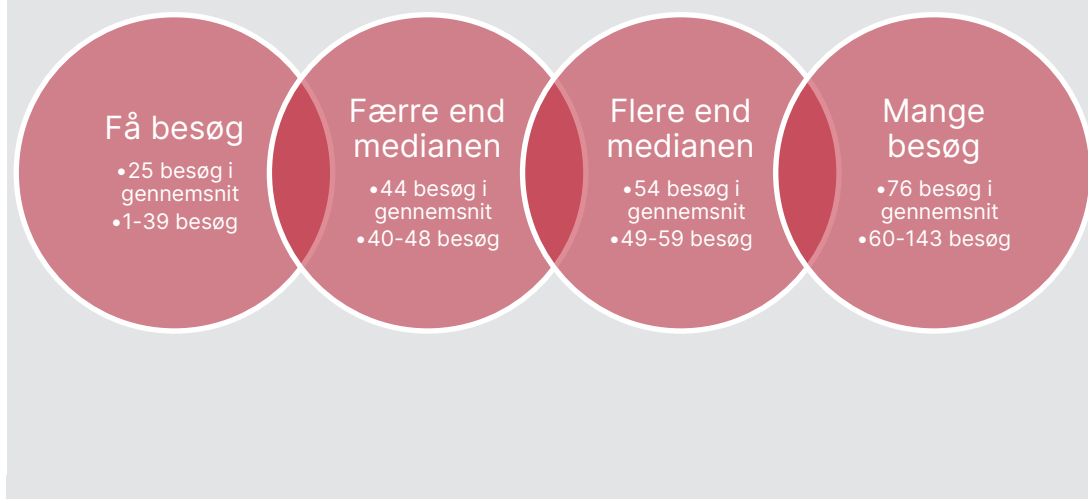
Søjlerne angiver det gennemsnitlige antal besøg i kommunen.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

For at give et mere detaljeret billede af, hvordan forskellige MTB-forløb ser ud, har vi delt gruppen op i fire grupper (kvartiler) alt efter, hvor mange besøg de samlet set har fået (se Figur 5.4). Mødre, som ikke har modtaget besøg, er ikke medregnet i denne opdeling og udgør derfor en femte gruppe.

Den fjerdedel af familier, der får færrest besøg, får i gennemsnit 25 besøg, hvilket er omkring et besøg hver tredje uge. Den fjerdedel af familier, der får flest besøg, får i gennemsnit 76 besøg, hvilket svarer til et ugentligt besøg.

Figur 5.4 Fordeling af MTB-besøg i fire grupper



Anm.: N = 179 mødre.

Kvartilinddeling af besøg.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Når børnene fylder 1 år, modtager 151 af de oprindelige 183 MTB-deltagere (svarende til 83 %) stadig besøg. Disse familier har i gennemsnit modtaget 54 besøg siden opstart.

Det gennemsnitlige besøg varer lidt over 1 time (67 minutter), og det længste besøg er på 120 minutter.

5.2 Hvem udfører besøget?

MTB-besøg gennemføres af et MTB-team bestående af en sundhedsplejerske og en familierapeut. Fordelingen af, hvem der udfører besøgene, er præsenteret i Figur 5.5. Samlet set er halvdelen (48 %) af besøgene foretaget af en sundhedsplejerske, mens en tredjedel (36 %) af besøgene er foretaget af en familierapeut. Ved lige under en femtedel (16 %) af besøgene deltager både en sundhedsplejerske og en familierapeut.

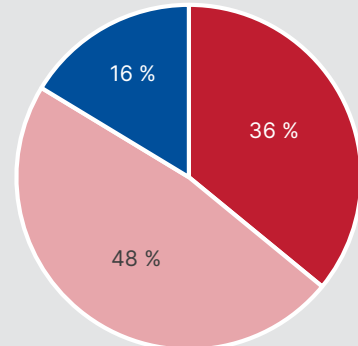
Under graviditeten står de to klinikere for stort set lige mange besøg (familieterapeut 31 %, sundhedsplejerske 34 %). Hvert tredje besøg udføres af begge klinikere (35 %), men dette ændres fra fødslen og frem, til barnet er 365 dage gammelt, til at sundhedsplejersken står for halvdelen af besøgene (51 %), mens familieterapeuten står for hvert tredje (37 %).

5.3 Hvem deltager i besøget?

I Figur 5.6 fremgår, hvem der har deltaget i MTB-besøgene – både før og efter fødslen. Barnets mor har deltaget i stort set alle besøg (98 %), mens barnets far eller en partner har deltaget i 59 % før fødsel og 45 % efter fødslen. Derudover har der i et mindre antal besøg (15 %) deltaget en anden person i besøget (fx bedsteforældre, andre børn, en ven eller andet familiemedlem).

Figur 5.5 Besøg af fagpersoner

Fordeling over hvilke fagpersoner, der foretager besøgene – både besøg før og efter fødslen.

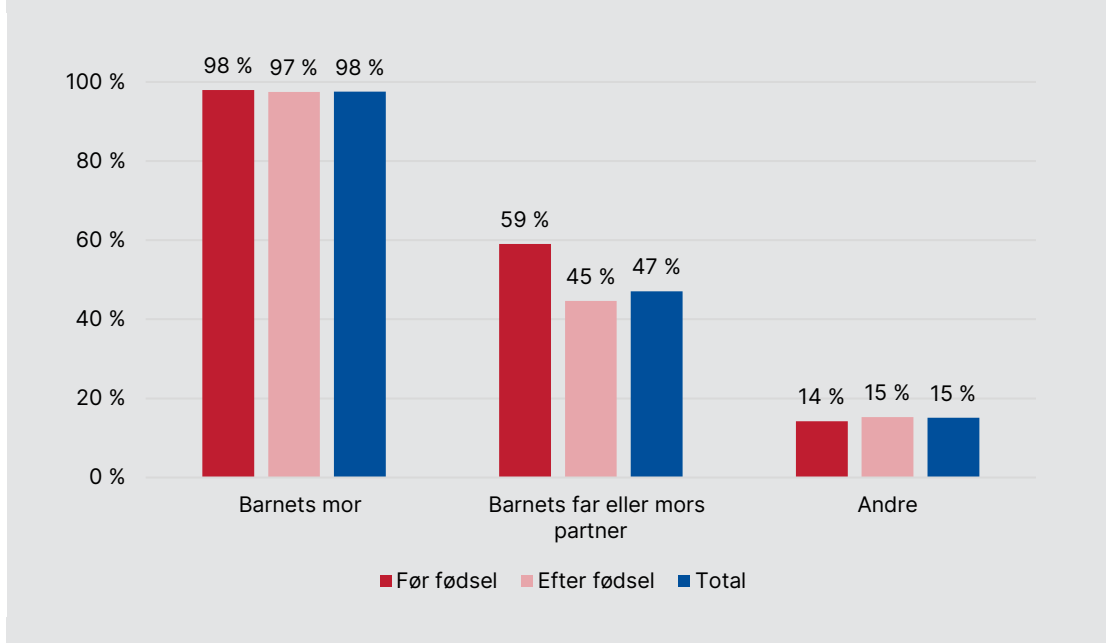


■ Familieterapeut
■ Sundhedsplejerske
■ Begge

Anm.: N = 8.881 besøg fordelt på 179 mødre.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Figur 5.6 Deltagere i besøg



Anm.: N = 8.662 besøg fordelt på 179 mødre.

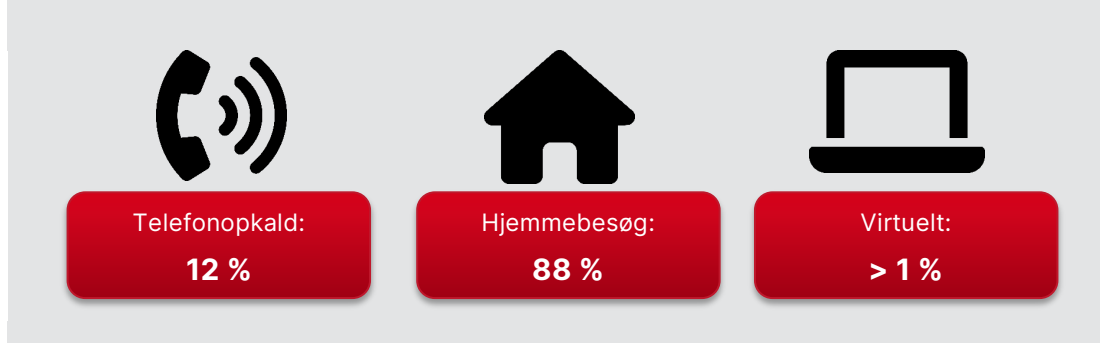
Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

5.4 Hvordan er besøgene gennemført?

Besøg kan gennemføres som enten et hjemmebesøg eller et telefonopkald af længere varighed. Med covid-19-pandemien fra marts 2020 var det nødvendigt at tage alternative mødeformer i brug, og der blev derfor tilføjet en mulighed for at registrere et virtuelt besøg. Disse besøg er foretaget via fx Microsoft Teams eller lignende.

Langt hovedparten af alle besøg både før og efter fødslen (88 %) er gennemført som hjemmebesøg. I alt 12 % er gennemført som telefonsamtaler, og mindre end 1 % er registreret som virtuelle besøg. Andelen af telefonopkald er lidt større efter fødslen, hvor andelen af hjemmebesøg falder tilsvarende. I gennemsnit fordeler besøgene for MTB-deltagerne sig som vist i Figur 5.7.

Figur 5.7 Fordeling af MTB-besøg i forhold til, om det er gennemført som et telefonopkald, et virtuelt besøg eller et hjemmebesøg



Anm.: N = 8.881 besøg fordelt på 179 mødre.

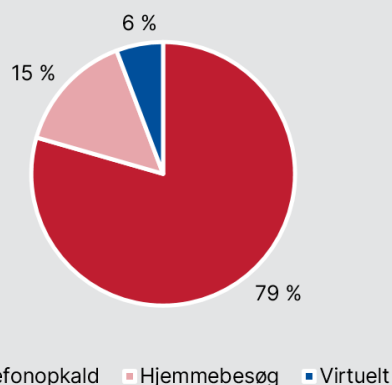
Antal besøgsformer før og efter fødslen samt det totale antal.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Ca. 4 % af besøgene (svarende til 365 besøg) er blevet registreret til at være blevet udført på en anden måde end planlagt pga. covid-19-epidemien. Blandt de deltagere, hvor besøgene foregik anderledes grundet covid-19, foregik hovedparten af besøgene telefonisk (79 %), hvilket er vist i Figur 5.8.

Langt hovedparten af alle besøg finder sted i mødrenes eget hjem (87 %). For en mindre del af besøgene har MTB-klinikerne ledsaget mødrene til: mødrenes læge eller jordemoder (1 %), på hospitalet (2 %) eller i familierådgivning (2 %).

Figur 5.8 Besøg udført på anden måde pga. covid-19



Anm.: N = 365 besøg.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Derudover angives det, at 9 % af besøgene har fundet sted andre steder. En væsentlig andel af disse besøg er foregået ved Familie- og Ungekontakten i

Silkeborg eller på Vuggestedet i Aarhus. Sidstnævnte er et dagtilbud til gravide og spædbørnsfamilier udbudt af Aarhus Kommune, hvor MTB-klinikerne hører til. Derudover nævnes Familieambulatoriet, krisecenter og gåture som andre besøgssteder.

Fordelingen af, hvor besøgene foregår, fremgår af Bilagstabel 4.2.

5.5 Hvad foregik der under besøget?

MTB-klinikerne har efter hvert besøg registreret, hvor meget de under besøget beskæftigede sig med forskellige områder.

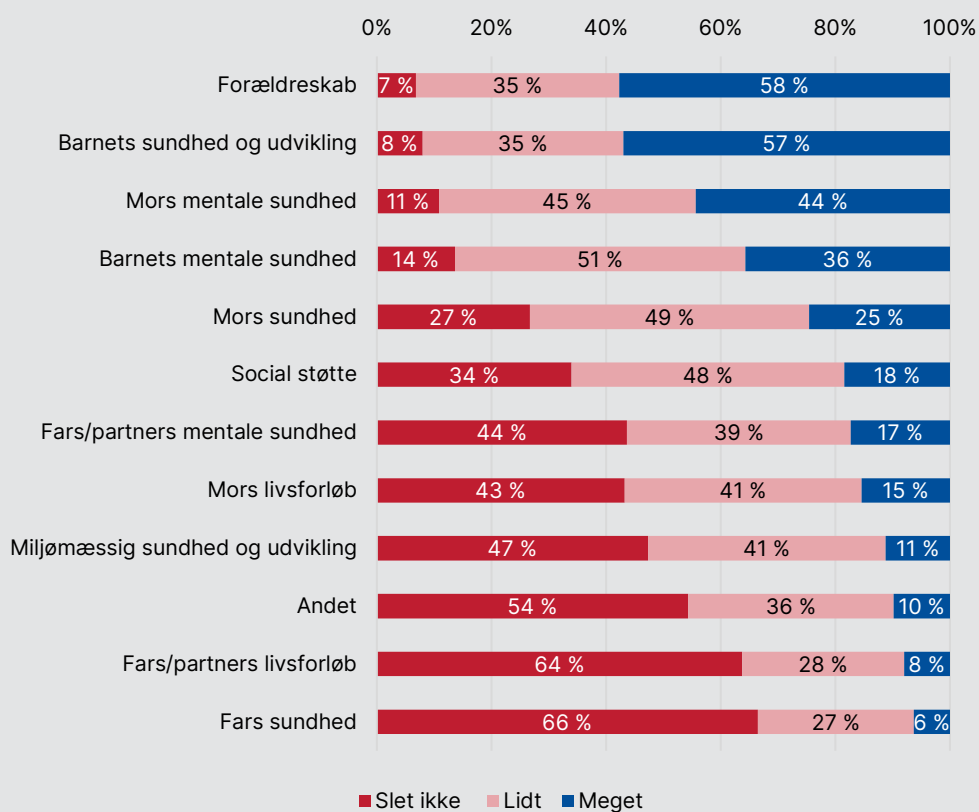
De fire områder, som de har beskæftiget sig med mest, er:

- Forældreskab (58 % beskæftiger sig meget med området)
- Barnets sundhed og udvikling (57 % beskæftiger sig meget med området)
- Mors mentale sundhed (44 % beskæftiger sig meget med området)
- Barnets mentale sundhed (36 % beskæftiger sig meget med området).

To områder, som fylder mindre i forløbene, er fars sundhed og fars/partners livsforløb. Eftersom far/partner kun har deltaget i lidt mere end halvdelen af besøgene, er det ikke overraskende, at netop disse emner ikke fylder så meget som de andre emner.

Fordelingen af områder fremgår af Figur 5.9.

Figur 5.9 Områder, møderne beskæftiger sig med



Anm.: N = 8.660 besøg fordelt på 179 mødre.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

6 Familiernes oplevelse af forløbet

I dette kapitel beskriver vi forældrenes oplevelse af forløbet baseret på interviews med deltagere gennemført, når barnet er omkring 24 måneder gammelt, og kommentarer om forløbet skrevet i spørgeskemaet, som de svarer på, når barnet er 12 måneder gamle.

Kapitlet bygger på:

- 15 semistrukturerede exit-interviews i slutningen af forløbet, når barnet er 2 år gammelt, gennemført via telefon eller zoom med MTB-deltagere fra Aarhus, Billund, Frederikshavn, Thisted, Herning, Silkeborg, Hvidovre og Ringkøbing-Skjern i løbet af 2021, 2022 og 2022.
- 34 spørgeskemakommentarer fra MTB-deltagere og kontrolgruppedeltagere om deres forløb i spørgeskemaet, når barnet er 12 måneder gammelt.

Interviews

Interviewene er foretaget i afslutningen af MTB-forløbet, når barnet er 2 år gammelt, og er derfor familiernes retrospektive oplevelser af at være en del af MTB-forløbet. Det er desuden kun familier, som har valgt at fuldføre MTB-forløbet, der indgår. Familier, der var i slutningen af forløbet eller havde afsluttet forløbet for nylig, blev inviteret til at deltage i interview via SMS. Mor deltager i alle interviews, mens partneren deltager i seks interviews.

Interviewene har fokus på, hvordan familierne oplevede samarbejdet med kommunen, hvad de har fået ud af forløbet, samt hvilke faktorer der har betydning for et godt forløb. Formålet er at få indsigt i forældrenes oplevelse af forløbet.

Blandt de 15 familier er syv familier henvist til MTB gennem deres jordemoder, og fem familier er præsenteret for MTB gennem kommunen – enten via sundhedsplejerske eller anden kommunal regi. De resterende tre familier opsøgte selv hjælp via egen læge eller kommunen. Psykiske problemer, misbrugsproblematikker eller tidligere kontakt i det kommunale er i størstedelen af familierne årsagen til, at de har fået tilbudt MTB-forløbet.

For mere information om interviews, se afsnit 10.5.6.2.

Kommentarer i spørgeskema

I spørgeskemaet, der er udfyldt, når barnet er 12 måneder gammelt, har mødrene fået mulighed for at skrive kommentarer i forhold til deres forløb. 34 deltagere har valgt at skrive en kommentar. Heraf er stort set alle i MTB-gruppen.

Langt hovedparten af kommentarerne falder i to kategorier, der handler om, at forældrene har været glade for deres MTB-forløb eller, at forløbet ikke har stemt overens med deres behov.

6.1 Familiernes oplevelse af MTB-forløb

I dette kapitel beskriver vi forældrenes oplevelse af MTB-forløbet baseret på både interviews og kommentarer i spørgeskemaet.

På baggrund af spørgeguiden og de temaer, der er fremanalyseret, er kapitlet inddelt i følgende tre overordnede temaer:

1. Tanker om at deltage i MTB
2. En helhedsorienteret indsats med familien i fokus
3. Gode relationer giver et godt forløb.

Til sidst fremhæver vi de anbefalinger, som forældrene giver.

6.1.1 Tanker om at deltage i MTB

I dette kapitel fokuserer vi på, hvilke tanker forældrene havde op til og i begyndelsen af MTB-forløbet. Vi har fremanalyseret tre temaer:

1. Forventninger til forløbet
2. Åbne sit hjem op for kommunen
3. Identificere sig med målgruppen.

6.1.1.1 Forventninger til forløbet

Forældrene bliver i interviewet bedt om at beskrive, hvilke forventninger de ved opstart havde til MTB-forløbet. Nogle forældre beskriver, hvordan de havde en forhåbning om, at MTB-forløbet ville støtte dem i deres nye rolle som forældre. En mor fortæller:

Jeg er enormt usikker på alt, og det var den der tanke om, at der var nogen – nogle andre til at se på mit barn tit, og se om det bare er mig, der tror, at der er noget galt, eller jeg gør noget forkert, eller hvad. Så det var sådan en slags støtte, og det tænkte jeg var enormt tiltalende for sådan en som mig, der er enormt usikker. (Mor 9)

En anden mor beskriver lignende:

Jeg håbede på, at de kunne hjælpe mig lidt igennem de forskellige angsttanker, jeg havde, altså nu var man kommende mor, og var man god nok til det, og hvad skulle der ske, og hvad nu hvis man ikke ved, hvad man skal gøre, for når man er ung mor, så er der jo mange refleksioner om, 'Hvad nu, hvis jeg ikke gør det godt nok?'. (Mor 11)

De to mødre fortæller, hvordan det at blive forældre er forbundet med en usikkerhed på egne evner, og det at blive fulgt af fagpersonale lød som en god støtte. Begge mødre udtrykker et behov for at blive bekræftet i deres nye rolle som mor. Ordet *støtte* gik igen hos flere af de forældre, der havde en forventning om, at MTB-forløbet ville bidrage med noget positivt til dem og deres rolle som forældre.

Modsat giver en del af forældrene udtryk for, at de ikke på forhånd havde nogle specielle forventninger til, hvad MTB-forløbet kunne bidrage med. En mor fortæller, at hun ikke havde nogle særlige behov, hun ønskede hjælp til, men at hun ville bevise, at hun er en god forælder til trods for, hvordan hendes tidligere liv har været:

Der var egentligt ikke noget særligt, vi skulle have hjælp til. Det vi gerne ville have ud af det, det var at vise, at selvom man har haft en fortid, så kan man egentlig godt være en god forælder. At det ikke skal komme ind og sætte en stopper for, hvordan man er som forælder. Det vi egentligt mest ville med det, det var at bevise, at vi kan sgu godt det her, selvom at der er lidt på papiret, og der forstår man da godt, at man ville blive lidt bekymret, hvis man sidder på kommunen og læser de papirer, vi kom med, det ville jeg da også selv. (Mor 8)

Denne mor er optaget af at bevise over for sig selv og kommunen, at hun og hendes partner er gode forældre trods deres tidligere liv.

6.1.1.2 Åbne sit hjem op for kommunen

For enkelte forældre var opstarten i MTB-forløbet forbundet med en usikkerhed og nervøsitet. Flere af forældrene beskriver de første møder med MTB-teamet som grænseoverskridende, hvor opbygning af tillid til fagpersonalet var vigtig. Opstarten af forløbet var for disse forældre forbundet med en usikkerhed omkring intentionerne bag de hyppige møder. En mor fortæller, hvordan hun de første besøg havde ekstra fokus på rengøring og hvordan, hjemmet og familien fremstod over for MTB-teamet:

Jeg tror, det var meget grænseoverskridende til at starte med. Jeg tror første dag, der var det sådan noget med, at de skulle komme, og vi skulle møde hinanden, og så skulle man så snakke sammen og have en samtale, og så skulle de så vurdere, om de ville have os, og om vi ville have dem. Hvor jeg kan huske, at vi stod på hovedet for at støvsuge alle hjørner, og vi lagde sådan et babykatalog frem på bordet, som vi havde ... Ja de skulle bare ikke have noget at sætte fingre på, for uha hvad nu hvis de kom her, fordi de tænkte (...) (Mor 3)

For nogle forældre fyldte bekymringer om, hvorvidt MTB-forløbet var en kontrol eller overvågning fra kommunen. Flere af disse forældre frygtede samtidigt, at de risikerede, at deres barn blev tvangsfjernet. En forælder beskriver, hvordan bevidstheden om, at MTB-teamet kunne medvirke til, at barnet blev fjernet, fyldte i bevidstheden i begyndelsen af forløbet:

Det er jo altid hårdt, altså det er hårdt for alle at få et barn, men især når man har diagnoser og sådan noget, for man vil jo gerne gøre det godt (...) Hele den der følelse af at der skal komme nogle og sådan holde øje med en, og om vi nu også gør det godt nok. Du ved, vores familierådgiver kom jo og sagde til os, og det skal hun sige, men hun har jo magten til at kunne tage vores barn fra os, og det er altså ikke særlig fedt. (Mor 12)

Nogle af forældrene har derudover tidligere erfaringer med systemet, hvilket medvirker til, at de i begyndelsen var skeptiske over for kommunens intentioner med MTB-forløbet:

Fordi jeg kommer fra en baggrund af, hvor min mor aldrig har – altså hun har jo gjort sit bedste, ikke, men hun har jo altid følt, at kommunen har prøvet at ødelægge det for hende i stedet for at se det som en hjælp. Så da jeg starter ud med det her, da er jeg sortseer, og jeg tænker, 'Det gør de kun for at ødelægge mig', og jeg sidder jo

der højgravid og får den her besked, så jeg bliver rigtig rørt af det og rigtig ked af det også. (Mor 1)

I kontrast til de forældre, der havde betænkeligheder i begyndelsen af MTB-forløbet, fortæller andre, at opstarten af MTB-forløbet var "fint nok", "okay" eller "at de ikke havde et problem med det". Enkelte forældre nævner, at det, at MTB-teamet allerede besøgte dem første gang under graviditeten, gav dem tid til at lære teamet at kende, inden deres barn blev født. En mor fortæller:

Der var nogle besøg, mens jeg var gravid og sådan noget, og det var enormt rart, at når der så var en baby, jamen så kendte jeg jo dem, der kom, og jeg havde set dem før. (Mor 9)

En anden mor fortæller lignende:

(...) der var ligesom lidt et forspil, inden vi gik i gang, så vi var jo klar på, at de kom hver uge, men de var der inden, så de var ikke fremmede – altså selvfølgelig var de sådan fremmede til at starte med, men man fik et bedre kendskab og var egentligt klar på, at når barnet kom, så var der et kendskab, at man så ikke blev forskrækket. (Mor 10)

Fælles for alle 15 familier er, at de oplevede, at besøgene hurtigt blev normale efter at have mødt MTB-teamet og lært dem at kende. Her nævnes relationsopbygning til MTB-teamet som en faktor for gode besøg, samtidigt med at familierne hurtigt havde en oplevelse af, at MTB-teamet ikke kom for at kontrollere eller holde øje med dem, som enkelte ellers havde en oplevelse af i begyndelsen af forløbet.

6.1.1.3 Identificere sig med målgruppen

For nogle af familierne er det svært at se deres egen familie som en del af målgruppen for Minding the Baby. Oplevelsen af ikke at være en del af målgruppen kommer til udtryk hos fire familier. Her bliver uddannelse, økonomi og familieforhold fremhævet som faktorer, de mener adskiller sig fra den oprindelige målgruppe. En partner beskriver således:

Man kunne godt mærke, hvilken type forældre det var møntet på, og det var nok mere sådan, hvis man må sige det sådan, mere udsatte forældre end os. Fordi i virkeligheden så kommer vi begge to fra en ret stabil baggrund og har begge to forældre, som vi altid kan få hjælp af, både økonomisk (...) Vi er måske ikke dem, som det her

program er tænkt mest til i og med, at vi i virkeligheden har baglandet ret i orden. (Partner 2)

En anden mor beskriver følgende:

Vi har sådan undersøgt meget, hvad Minding the Baby var fra start, og har været meget sådan, "Okay, vi syntes ikke måske helt, vi passer ind" i forhold til det, der oprindeligt var tænkt derovre på Harvard i USA eller hvor fanden, det nu var, det blev opfundet. Men det sagde vores familierådgiver også, at de gerne ville have os, fordi de manglede, men vi var måske ikke helt den rigtige målgruppe i forhold til – og det har vi nok godt kunne mærke, vi havde ret godt styr på vores shit i forhold til andre mennesker. (Mor 12)

Citatet giver udtryk for, at moren har svært ved at se sin familie som en del af den oprindelige målgruppe for MTB-forløbet og har en opfattelse af, at grunden til, at de fik tilbuddet om MTB-forløbet, var, at der manglede familier til forløbet. En anden mor fortæller, hvordan hun ser hendes familie som en nem familie og beskriver, hvordan MTB-teamet også skal have nogle af dem, så de ikke kun sidder med "tunge" familier:

Men det er okay, som de siger, så skal vi også have lov til at opleve det, for det bliver bare rigtig hårdt, hvis det er 24 meget udsatte familier, så bliver det rigtig hårdt at være dem. Så siger jeg, 'jamen selvfølgelig', og selvfølgelig skal der da også være nogle ikke så krævende familier. (Mor 5)

I kommentarerne i spørgeskemaet giver flere mødre ligeledes udtryk for, at de "ikke har haft et særligt behov", eller at de ikke "nødvendigvis er målgruppen."

Familier, der ikke ser sig selv som ekstra sårbare, uden netværk eller med andre sociale problematikker, kan således have svært ved at genkende sig selv i målgruppen for MTB-forløbet. På trods af dette fortæller forældrene, at de er glade for den ekstra støtte, de har fået, og at de for det meste har fundet forløbet anvendeligt for deres familie.

6.1.2 En helhedsorienteret indsats med familien i fokus

I dette kapitel fokuserer vi på, hvordan forældrene oplevede forløbet og kontakten til MTB-teamet. Vi har fremanalysert følgende fem temaer:

1. Forskellige fagligheder giver forskellige fokuspunkter
2. Støtte i rollen som ny forældre
3. Forældrene oplever at være i centrum
4. Ingen entydige bud på, hvor ofte familierne ønsker besøg
5. Forældrene er glade for MTB-teamets fleksibilitet.

6.1.2.1 Forskellige fagligheder giver forskellige fokuspunkter

Forældrene giver overordnet udtryk for, at det har været brugbart at have to forskellige fagligheder inde over MTB-forløbet. I de fleste tilfælde brugte forældrene MTB-terapeuterne i forskellige situationer, hvor sundhedsplejersken primært har fokuseret på barnet og dets udvikling, mens familierapeuteren har fokuseret på familie- og samliv. Flere af forældrene beskriver, hvordan de er glade for at have haft en sundhedsplejerske til at rådføre sig med i forhold til deres barns udvikling og eventuelle problematikker, der er opstået undervejs. Forældrene er overordnet positive over for at kunne følge deres barns udvikling tæt og få bekræftelse fra en fagperson. En mor beskriver:

Altså jeg syntes, at det, der var sådan lidt fedt ved det, var, at det er to personer med forskellige, hvad kan man sige, fokusområder. Hvor man kan sige [med, red.] sundhedsplejersken Mette, nej Lise, der er fokus på den borte, hvordan udvikler hun sig, og især i starten med amning og modermælkserstatning og kost og alle de her ting, hvordan vi skulle forholde os til hendes udvikling. Og selvfølgelig også sådan lidt mere dynamisk i familien, men så var fokuset meget sådan et, det er på hende, og selvfølgelig hvordan vi alle sammen har det, men hvordan gør vi ift. hendes udvikling. Og så var der Mette, som var familierådgiver, eller sådan noget ... Hvor, at der er det lidt mere, det var sådan lidt mere, hvad har vi brug for som familieenhed, altså hvad kunne vi godt bruge en hånd til. (Mor 3)

En anden mor beskriver, hvordan hun er taknemmelig for at have haft adgang til ekstra sundhedspleje. Hun beskriver yderligere den ekstra sundhedspleje som "guld værd" (Mor 2).

Familierådgiveren bliver omvendt brugt i forhold til de familiære, samlivs- eller dagligdagsproblematikker, som familierne møder i hverdagen. Flere af familierne beskriver, at familierådgiveren hjælper dem med konflikthåndtering i familien, som en ekstra samtalepartner eller til at rådføre sig med i forhold til ansøgninger ved kommunen.

MTB-teamet bliver hovedsageligt beskrevet som fagligt kompetente og med et godt internt samarbejde. Forældrene har en opfattelse af, at MTB-terapeuterne er gode til at videregive informationer til hinanden omkring netop deres forløb. En mor fortæller:

Det virkede til, de havde et rigtig godt samarbejde. Og hvis der var noget, jeg ikke havde lyst til at gentage engang mere, så var de rigtig gode til at overlevere til hinanden. Eller, hvis der var andre ting, de synes var relevante, så kunne jeg også mærke på dem, at de havde snakket sammen. Man kunne virkelig mærke, at de kørte et godt samarbejde. (Mor 14)

En enkelt familie nævner, at MTB-teamet glemmer deres barns fødselsdag, hvornår barnet er startet i dagpleje eller andre informationer vedrørende netop deres familie, men pointerer samtidigt, at de ikke overlappede hinanden, og at MTB-teamets terapeuter er omsorgsfulde. En anden familie har oplevelsen af, at MTB-teamet mangler kompetencer inden for psykiske diagnoser, og at fokus primært er på barnet. Samme familie har en oplevelse af, at MTB-teamet ikke er åbne for alternativer til traditionelle valg, fx i forhold til kost, eller hvor barnet skal sove.

Undervejs har 6 ud af de 15 familier oplevet, at enten sundhedsplejersken eller familierapeuten er stoppet som MTB-terapeut. Skift af MTB-terapeut betyder forvirring for familierne, og de udtrykker samtidigt, at det var svært for dem at åbne op for en ny MTB-terapeut efterfølgende. En mor beskriver det således:

Jeg havde det faktisk lidt stramt med, at der skulle komme et nyt menneske ind igen, og det var også derfor, jeg sagde nej tak til det. (Mor 4)

Enkelte familier har valgt, at de ikke ønskede at få en ny MTB-terapeut og fortsatte dermed kun med én. En anden familie har ikke fået tilbud om en ny MTB-terapeut efter ophør af den oprindelige.

6.1.2.2 Støtte i rollen som ny forældre

Af interviewene fremgår det, at forældrene ser MTB-forløbet som en god støtte i de første år af deres barns liv. Især sundhedsplejersken beskrives som gavnlige i den første tid efter fødslen. Flere forældre fortæller, hvordan de fandt det betryggende, at deres barn blev fulgt tæt i forhold til deres udvik-

ling, og at de altid havde mulighed for at søge råd, når der opstod tvivl. Rådføringen omhandler alt fra problematikker i forhold til deres barns udvikling, søvn og sygdom og til dagligdagstvivel omkring valg af produkter. En mor fortæller således:

Jeg tror, at alt fra de simpleste ting, fra hvordan vælger man bilerne fra Netto eller Rema, til hvordan sørger vi for, at han udvikler sig ordenligt, hvordan holder vi ham og altså sådan hele spektret egentlig. (Mor 10)

Ligeledes skriver en mor følgende kommentar i spørgeskemaet:

Jeg er rigtig glad for mit forløb og har stor glæde af det. Det har hjulpet mig rigtig meget og har gjort mig mindre bekymret. (Kommentar 1)

Forældrene fortæller, at de har kunne rådføre sig med MTB-teamet og fået konkrete råd til, hvordan de kunne håndtere en situation. En mor beskriver følgende:

Jeg havde bl.a. et problem faktisk, og der kom de jo – det var jo så sundhedsplejersken – men altså, der fandt hun en tid, sådan var det dagen efter eller et eller andet. Og kom, og så snakkede vi lige omkring det hele og sådan noget. Og så gik hun hjem og tænkte over, hvad der måske kunne være nogle løsninger, og så ringede hun til mig, og så afprøvede jeg det. (Mor 6)

En mor skriver følgende kommentar:

Det har været fantastisk at have sundhedsplejerske og Familiebehandler knyttet så tæt til min familie. Det har været en stor hjælp og tryghed. (Kommentar 2)

Forældrene giver overordnet udtryk for, at den kontinuerlige bekræftelse i rollen som nye forældre samt muligheden for at søge råd og vejledning, når der er behov for det, er en brugbar støtte for deres familie. En partner beskriver det som en tryghed, at MTB-teamet kom på besøg:

Jeg syntes det har givet en kæmpe tryghed, det her med, at de kom. (Partner 10)

En mor beskriver ligeledes den vedvarende kontakt og støtte fra MTB-teamet som en sikkerhed for, at de ikke kunne gøre noget helt forkert med deres barn, da der hver uge kom noget fagpersonale, som kunne hjælpe, hvis der var problemer:

Vi følte, har min mand og jeg også snakket om, at vi kan aldrig nå at gøre det helt vildt forkert, fordi vi fik jo besøg af sundhedsplejersken hver uge. (Mor 7)

I kommentarerne i spørgeskemaet giver nogle af mødrene udtryk for, at de personligt har lært noget af MTB-forløbet. En mor siger, at MTB har "boostet min tro på mig selv som mor og givet mig muligheden for at hvile i mig selv", mens en anden siger:

Jeg ved ikke, hvad vi havde gjort uden MTB. Det er grunden til, at alt går så godt, som det gør. Vi har lært så meget – MTB har gjort os så stærke! (Kommentar 3)

6.1.2.3 Forældrene oplever at være i centrum

Ud over støtte og rådføring omkring deres barn beskriver flere af forældrene, hvordan de har brugt MTB-teamet til råd og vejledning i forhold til dem selv, parforhold og familieliv. Her har familierapeuten spillet den største rolle. Forældrene beskriver, at de har brugt familierapeuten til at vende problemer i hjemmet og konkrete spørgsmål omkring kommune, institutioner eller uddannelse. En mor fortæller, hvordan hun brugte MTB-teamet generelt til at tale og rådføre sig med, fordi hun ikke havde andet netværk omkring sig, mens en partner beskriver, hvordan han har brugt familierapeuten som samtalepartner og til at finde en psykolog:

(...) hun spottede også, at jeg... måske kunne have lidt psykiske problemer, så det fulgte jeg selvfølgelig op på. Og så hjalp hun mig også med at finde en psykolog. (Partner 7)

I kommentarerne til spørgeskemaet giver mødrene udtryk for, at de sætter pris på, at MTB-teamet er søde og hjælpsomme og støtter, når der er behov:

Jeg synes, MTB er en god stor hjælp, og jeg er virkelig glad for det. De hjælper mig rigtig meget, når jeg siger, jeg har brug for hjælp. (Kommentar 4)

Især konflikthåndtering i familierne nævnes som et vigtigt udbytte for forældrene. Disse konflikter er alt fra, hvordan konflikter mellem forældrene håndteres bedst muligt til problemer med øvrige familiemedlemmer, skilsmisser og kontakt med kommune og familieretshuset. Forældrene beskriver, hvordan familieterapeuten vejleder dem i, hvordan disse udfordringer håndteres bedst muligt.

Overordnet er familierne glade for, at MTB-forløbet ikke kun fokuserer på deres barn, men også på dem. Forældrene giver udtryk for, at det er gavnligt for dem at have en ekstra fortrolig samtalepartner. Kun enkelte forældre beskriver, at de ikke har gjort meget brug af familieterapeuten, mens en enkelt mor beskriver, at hun oplevede, der primært var fokus på hendes barn.

For de familier, hvor mor og partner bor sammen, er det oftest moren, der har været til stede ved møderne. Dette skyldes, at møderne primært ligger i dagstimerne, hvor partneren er på arbejde. Dog fortæller familierne, at partneren forsøger at deltage, når det er muligt. En partner giver udtryk for, at fokus primært er på moren og har et ønske om, at partneren bliver mere involveret i MTB-forløbet.

6.1.2.4 Ingen entydige bud på, hvor ofte familierne ønsker besøg

Oplevelsen af, hvorvidt antallet af besøg er passende for de enkelte familier, varierer på tværs af interviews. Nogle forældre giver udtryk for, at ét besøg i ugen det første år er for hyppigt, mens andre finder det betryggende med det jævnlige besøg. Der er blandt familierne konsensus om, at nedtrapningen fra et besøg om ugen i barnets første leveår til et besøg hver anden uge, efter barnet fyldte 1 år, er passende. Nogle forældre fortæller, at de var klar til at slippe MTB-teamet tidlige, end hvad MTB-forløbet varede, mens andre fandt, længden passende.

I kommentarerne i spørgeskemaet er der også flere, der giver udtryk for, at selvom deltagerne egentlig er glade for MTB-teamet, så oplever de, at der har været for mange kontakter. De hyppige besøg kan føles som kontrol, og de beskriver, at "*det til tider har været ubehageligt for os at få besøg*", eller at det kan være "*svært at overskue*":

I perioder oplevede jeg det nærmere som en stressfaktor, da det forstyrrede hverdagen. Jeg trivedes bedst, når der indimellem kom lidt længere stræk uden besøg frem for de ugentlige, da jeg bedre kunne hvile i forældreskabet. Hver uge havde jeg oplevelsen af, at hendes [barnets, red.] adfærd kom til vurdering, hvilket gjorde, at jeg fokuserede for meget på at styrke og dygtiggøre hende frem for at nyde stunderne og oplevelserne med min datter. Vi så desuden

tit forskelligt på min datters adfærd, efter som at hun ændrede sig fuldstændigt, når de kom på besøg. Jeg har tit mistænkt hende for at mærke på mig, at det stressede mig, hvilket hun så har spejlet sig i. Det skal dog ikke betyde, at jeg ikke har været tilfreds med fagpersonerne, for vi har til trods for det været meget enige langt hen ad vejen. (...) Fagpersonerne har også været lettilgængelige og har taget mine bekymringer alvorligt, hvilket har gjort, at jeg har været glad for samarbejdet. (Kommentar 5)

Yderligere varierer det, hvorvidt familierne finder det brugbart, at MTB-teamet skiftes til at komme hver anden uge. For størstedelen af forældrene fungerede skiftet mellem MTB-terapeuterne, mens en enkelt mor fandt møderne, hvor begge kom samlet, mere brugbare. En mor forklarer:

Jeg vil bare sige, at det var fantastisk for os, at de kom begge to. Og selvom det skulle være hver anden uge, så vil det stadigvæk være lidt mere optimalt for os, fordi så kunne man samle det hele på én gang (...) (Mor 15)

Forældrene er overordnet glad for antallet af besøg, mens enkelte forældre beskriver, at besøgene nogen gange var mindre meningsfulde. I forbindelse med dette nævner forældrene, at besøget bare er en snak og en kop kaffe, og at det de gange føles som spild af ressourcer.

6.1.2.5 Forældrene glade for MTB-teamets fleksibilitet

Flere af forældrene fortæller, hvordan de sætter pris på, at MTB-forløbet er fleksibelt i forhold til deres hverdag. En del af forældrene beskriver, at de i begyndelsen havde svært ved, at besøgene var en gang i ugen, men at den gensidige fleksibilitet mellem MTB-teamet og hjemmet betyder, at forløbet bliver i deres tempo og planlagt efter familiens behov. Muligheden for fleksibilitet fremhæves ved, at forældrene har mulighed for at rykke planlagte møder, hvis ikke der er tid eller overskud til besøg. Også MTB-teamets evne til at aflæse forældrene og deres oplagthed på dagen fremhæves som en vigtig faktor i forhold til gode besøg. Her fortæller nogle forældre, hvordan MTB-teamet gør besøgene kortere nogle dage, hvis ikke de selv eller barnet er oplagte:

I starten der kunne jeg godt have lidt svært ved, at det var en gang om ugen og så en gang hver anden uge. Det blev der taget hensyn til, så de ting, som jeg synes var svære, de blev hurtigt lavet om, så det både var i vores tempo, men også så vi kunne være i det. (Mor 14)

Også muligheden for at kontakte MTB-teamet på alle tidspunkter af dagen fremhæves af forældrene. Flere beskriver, hvordan de altid kan ringe eller skrive, hvis der opstår presserende spørgsmål eller problemer, som de har behov for at vende med MTB-teamet:

Jamen, hun var også sådan – altså, det er helt utroligt den service, de har givet. Altså, hun svarede jo nærmest døgnet rundt. Jeg sendte jo så lange SMS'er, at de ikke kunne være i én SMS, og hun svarede jo bare prompte, det er helt vildt. (Mor 10)

Forældrene giver udtryk for, at den gensidige fleksibilitet i mødetider og mødeformer har betydning for, hvordan de oplever MTB-forløbet. Oplevelsen af, at forløbet er på deres præmisser, og at det skal passe ind i deres hverdagsliv, er vigtige for forældrene og deres motivation for at deltage i forløbet.

6.1.3 Gode relationer giver et godt forløb

Dette afsnit indeholder en gennemgang af de faktorer, familierne fremhæver som forudsætninger for et godt forløb. Afsnittet er baseret på temaer, der går på tværs i flere af interviewene med forældrene.

Gode relationer til MTB-teamet bliver af forældrene beskrevet essentielle for et godt forløb. Flere af forældrene beskriver en god relation som *god kemi* imellem familien og MTB-teamet. Det gode forhold mellem familien og MTB-teamet har for familierne betydning for, hvordan de oplever forløbet. En mor fortæller, at den gode kemi mellem hende og MTB-teamet er afgørende for, at hun har lyst til at fortsætte. En partner fortæller yderligere, hvordan den gode kemi mellem ham og MTB-teamet har indflydelse på, hvordan de taler sammen:

Også bare det der med, at når man først finder en, altså som man har god kemi med, og har sådan, så man bare kan snakke med, ligesom om man har kendt dem i 10 år, altså. (...) altså nogen mennesker snakker man bare bedre med end andre. Og det betyder bare ekstremt meget for noget, som baserer sig på samtale. (Partner 2)

En mor udtaler lignende:

Det eneste er nok bare, at man skal være sikker på, at kemien den er der med dem, der kommer der. For så tænker jeg, at man kan åbne mest muligt op og få flest mulige råd og hjælp. (Mor 13)

Familierne peger på, at relationen mellem dem og MTB-teamet har stor betydning for udbyttet af MTB-forløbet, hvor dårlige relationer eller manglende kemi kan føre til mindre meningsfulde møder. Et eksempel på dette er en mor, som beskriver, hvordan hun oplever møderne med den ene MTB-terapeut som akavet, hvor de sidder i stilhed og drikker kaffe:

Det er fordi, det er så akavet, når man sidder sammen med hende og mig, for så er det bare stilhed og kaffe, så kunne vi lige så godt lave noget aktivt. (Partner 5)

I forbindelse med relationsdannelsen til MTB-teamet nævner en mor, hvordan MTB-terapeuterne var gode til at kombinere deres faglighed med inddragelse af erfaringer fra eget liv. Denne inddragelse af MTB-terapeuternes egne erfaringer gør, at moren bedre kan relatere til dem:

De er selvfølgelig meget private, ikke, men de inddrog deres eget liv lidt, så man kunne mærke, at de var mennesker, og at det ikke bare var fordi, de havde et arbejde, de skulle gøre, eller havde læst i en bog eller et eller andet. Det var vigtigt for mig at mærke, at de var menneskelige over for mig. (Mor 1)

En anden mor beskriver, hvordan hun oplever, at kemien internt i MTB-teamet har indflydelse på, hvordan kemien mellem familie og MTB-teamet bliver:

Der skal være et eller andet mellem dem, der skal være en kemi, for det nytter jo ikke noget, hvis familieterapeuten og sundhedsplejersken kigger på hinanden og tænker, 'Årh nej, nu skal jeg sidde sammen med hende', for man kan jo mærke det så snart, der er en negativ spænding mellem dem. (Partner 7)

Af nogle forældre bliver en stor forskel i alder til MTB-terapeuterne fremhævet som en hæmmende faktor i forhold til relationsdannelse. Opfattelsen af at MTB-teamet kan relatere til det sted, hvor MTB-familierne er i deres liv, har for nogen indflydelse på, hvilken relation de har opbygget til MTB-terapeuterne.

En god relation mellem familie og MTB-teamet gør, at familierne føler sig tæt forbundet med MTB-terapeuterne. Den tætte relation kommer til udtryk ved, at nogle af forældrene beskriver MTB-teamet som om, at de bliver en del af familien. En partner fortæller følgende:

Jeg synes, I skal have til at stå på jeres foldere, at det altid er godt med en ekstra familie, fordi den følelse, vi sidder med efterfølgende, det er, at de var en del af familien. Og når vi i løbet af 1 år

eller 2 er kommet dertil, at vi har den følelse. Vi sad alle fire og græd til sidste møde, vi havde, for at skulle sige farvel til hinanden.
(Partner 3)

At MTB-teamet bliver en integreret del af familiens hverdag, kommer netop til udtryk i flere interviews. Nogle beskriver, hvordan MTB-teamet indtager en rådgivende rolle, som havde de været familiemedlemmer, mens andre beskriver, hvordan det er svært at undgå, at MTB-teamet kom tæt ind på livet af dem. De tætte relationer mellem familie og MTB-teamet gør det derfor også svært for flere af familierne at sige farvel ved afslutningen af MTB-forløbet.

6.1.4 Kommentarer til sædvanlig indsats

Der er ikke gennemført interviews med deltagere i kontrolgruppen, og der er kun enkelte kommentarer i spørgeskemaet fra deltagere i kontrolgruppen.

Her giver en deltager udtryk for, at selv om medarbejderne i kommunen er søde og hjælpsomme, så er det mange forskellige kontakter i systemet, man skal håndtere:

Mindst 1 møde om ugen, ofte 2, med enten en bostøtte, familiebehandler, egen læge, jobcenter, socialrådgiver, sundhedsplejerske, diverse andre læger. Det har været stressende og for meget. Og dermed ikke sagt, at det har været dårlig behandling, tværtimod. Alle er, og har været, så søde og hjælpsomme. Men det er for meget at rende til. (Kommentar 6)

Da der er meget få kommentarer til den sædvanlige indsats, er denne kommentar ikke nødvendigvis udtryk for kontrolgruppens generelle holdning til den indsats, de har modtaget.

6.1.5 Anbefalinger fremadrettet

Under interviewet bliver forældrene spurgt ind til om, der var noget, de vil anbefale MTB-terapeuterne eller fremtidige MTB-familier. Derudover bliver forældrene spurgt, om de har forslag til forbedringer til MTB-forløbet. Følgende afsnit indeholder en gennemgang af, hvad forældrene har af anbefalinger fremadrettet.

Forældrene råder fremtidige familier til at være åbne over for MTB-teamet for at få det bedste udbytte af forløbet. Yderligere understreger flere af forældrene, at de vil fortælle til fremtidige familier, at MTB-teamet ikke er en kontrol fra kommunen, men at de er der for at hjælpe dem og deres familie.

I forhold til MTB-teamet nævner forældrene åbenhed, inddragelse og god kemi mellem MTB-terapeuter og familie som vigtige elementer for et godt samarbejde. Flere af forældrene understreger, at de er meget tilfredse med deres MTB-team, og at de vil opfordre dem til at fortsætte, som de har gjort indtil nu.

Overordnet gav forældrene udtryk for, at de er tilfredse med MTB-forløbet, og flere af forældrene giver ikke udtryk for, at de har konkrete ønsker til ændringer fremadrettet. Andre forældre kommer med forslag til, hvad der kunne forbedre forløbet for dem. Følgende forslag blev nævnt:

- Et ønske om flere møder, hvor begge MTB-terapeuter er til stede
- Flere møder, hvor der var aktiviteter – såsom en gåtur med barnevognen
- Mindre udskiftning i personale
- Mere sundhedsplejerske end familieterapeut lige efter fødslen
- Mere kendskab til psykisk sygdom
- Mulighed for tilkøb af flere timer
- Færre besøg efter det første år
- Mere inddragelse af partneren.

De to sidste punkter om færre besøg efter det første år og mere inddragelse af partneren bliver der også givet udtryk for i kommentarerne i spørgeskemaet af enkelte deltagere.

Det tyder derfor på, at forældrene oplever forskellige behov, og at MTB-forløbet derfor bør tilpasses til den enkelte familie, både i indhold og i omfang, for at få størst muligt udbytte af forløbet.

7 Udfaldsmål, balance og frafald

I dette kapitel beskriver vi de udfaldsmål, der indgår i projektet, og sammenligneligheden mellem kontrol- og MTB-gruppen.

I udgangspunktet forventede vi at rekruttere i alt 250 deltagere fordelt på 75 i kontrolgruppen og 175 i MTB-gruppen (Pontoppidan, Thorsager, et al., 2022). Vi endte med at rekruttere 256 deltagere fordelt på 73 i kontrolgruppen og 183 i MTB-gruppen. Styrkeberegning er udført i protokolartiklen (Pontoppidan, Thorsager, et al., 2022).

7.1 Udfaldsmål

Tabel 7.1 giver et overblik over de områder, mødrene er blevet spurgt ind til, i spørgeskemaet, de har udfyldt, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt, og som udgør udfaldsmålene i effektmålingen ved disse to tidspunkter. Spørgsmålene handler bl.a. om deres egen trivsel, helbred, sociale netværk, oplevelse af forældrerollen samt deres vurdering af barnets fysiske og socio-emotionelle udvikling. Der er desuden indsamlet samspilsvideoer, når barnet er 12 måneder gammelt.

Tabel 7.1 Oversigt over udfaldsmål i effektmålingen, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt

Område	Måleredskab	Barn 3 måneder	Barn 12 måneder
Forældre			
Trivsel	SWEMWBS	✓	✓
Forældreskab	BAM-13	✓	
Helbred og tilfredshed	Enkeltspørgsmål	✓	✓
Netværk	Fortrolige, støtte, ensomhed	✓	✓
Fødselsdepression	EPDS	✓	✓
Ryging og alkohol		✓	✓
Medicin			✓
Refleksiv funktion	PRFQ		✓

Område	Måleredskab	Barn 3 måneder	Barn 12 måneder
Forældrestress	PSS		✓
Job	Fra BIP-projektet		✓
Flere børn, prævention			✓
Mobilforbrug			✓
Relation	MABISC		✓
Barnets helbred			
Helbred		✓	✓
Fødsel	Født til tiden/for tidligt	✓	
Amning		✓	✓
Barnets udvikling			
Socio-emotionel udvikling	ASQ-SE:2	✓	✓
Fysisk og motorisk udvikling	ASQ-3	✓	
Læringsaktiviteter	Syng, læse		✓
Relation			
Samspil: mor-barn	CIB – videooptagelse		✓

7.2 Balance og frafald

Et væsentligt udgangspunkt for en effektmåling er, at indsats- og kontrolgruppen er tilnærmelsesvis ens ved baseline.

Derfor har vi sammenlignet besvarelser fra gravide i MTB- og kontrolgruppen ved baseline. Det er desuden vigtigt at holde øje med, hvilke familier der frafalder undervejs.

7.2.1 Forskelle imellem de to grupper ved opstart

Når vi sammenligner besvarelserne på baseline imellem de to grupper, finder vi, at der er statistisk signifikant forskel på 7 ud af 42 test (med et konservativt signifikansniveau på 10 %).

Vi finder følgende forskelle på MTB- og kontrolgruppen ved baseline:

- Flere kontrol-gravide bor alene. 37 % i kontrolgruppen bor alene sammenlignet med 18 % i MTB-gruppen.
- Kontrol-gravide har flere børn. Kontrol-gravide har i gennemsnit 0,59 børn sammenlignet med 0,23 børn i MTB-gruppen.
- Arbejdsmarkedsstatus:

- MTB-gruppen er mere under uddannelse. 0 % i kontrolgruppen er i uddannelse sammenlignet med 10 % i MTB-gruppen.
- Kontrolgruppen er i højere grad hjemmegående og på orlov. 25 % i kontrolgruppen er hjemmegående eller på orlov sammenlignet med 7 % i MTB-gruppen.
- Kontrolgruppen er oftere sygemeldt. 22 % i kontrolgruppen er sygemeldt sammenlignet med 12 % i MTB-gruppen.
- MTB-gruppen har lavere alkoholforbrug før graviditeten. 68 % i kontrolgruppen drak under 1 genstand om ugen sammenlignet med 74 % i MTB-gruppen.
- MTB-gravide har mere undvigende tilknytningsstil.

Der er mindre forskelle imellem de to grupper, men forskellene er for flere udfald ikke særligt store, og de er ikke systematisk værre/bedre for den ene gruppe frem for den anden.

For at håndtere de mindre forskelle, der er imellem MTB- og kontrolgruppen, inkluderes variablene med ubalancer som kontrolvariable i regressionsmodellen.

De ubalancer, som vi finder ved baseline, følger i grove træk med i alle de efterfølgende opfølgninger. Der er ikke nogen alvorlig tendens i retning af, at ubalancerne bliver større og mere systematiske ved dataindsamlingerne i barnets første leveår.

Balancetest beskrives i 12.1.1, og tabeller med resultaterne af balancetest findes i Bilag 1. Balancetest foretages for hver analysepopulation.

7.2.2 Frafaldsanalyse

Vi ser her nærmere på undersøgelsens frafald, og om nogle typer af mødre er mere tilbøjelige til at frafalde. Deltagerne betragtes som frafaldet, hvis de vælger at trække sig fra studiet, hvis de udgår som følge af fx abort eller anbringelse af barnet, eller hvis de ikke har besvaret et spørgeskema eller deltaget i samspilsvideo. En familie kan således godt deltage i udfald baseret på spørgeskema, når barnet er 12 måneder gammelt, men være frafaldet i forhold til samspilsvideo, hvis videoen ikke er blevet optaget.

Frafald er ikke overraskende i forhold til målgruppens baggrund, og fordi dataindsamlingen strækker sig over mere end 1 år. En del af frafaldet skyldes fx også spontan abort og anbringelse af barnet. Frafald er dog et problem af to årsager. For det første giver tabet af observationer problemer i forhold til styrke, hvilket kan gøre det vanskeligere at estimere evt. signifikante effekter. For det andet og mest væsentligt kan kontrolgruppen miste sin relevans som

kontrafaktisk sammenligningsgrundlag for MTB-gruppen, hvis frafaldet er skævt på tværs af kontrol- og MTB-gruppen. Hvis der er særlige karakteristika (enten observerbare eller uobserverbare) ved de familier, som frafalder undersøgelsen, vil dette kunne resultere i potentielt biased effektestimater og/eller, at de deltagende mangler relevans i forhold den oprindelige målgruppe (hvis alle de mest sårbare eksempelvis frafalder).

Som vist i balancetesten ovenfor, er der ubalancer mellem grupperne, men disse ubalancer er tilstede allerede i baseline og ser ikke ud til at blive forværret ved de senere opfølgninger.

Observationer og frafald fremgår af Tabel 7.2. Det samlede frafald er på 12 % for spørgeskemaet udsendt, når barnet er 3 måneder gammelt, på 27 % for spørgeskema udsendt, når barnet er 12 måneder gammelt, og 46 % for video-data, når barnet er 12 måneder gammelt.

Det er især kontrolgruppen, der falder fra. Det er ikke overraskende, at frafaldet er større i kontrolgruppen end i MTB-gruppen, da MTB-klinikerne har haft tættere kontakt med familierne, løbende har opfordret dem til at svare på spørgeskemaer og har hjulpet med optagelse af samspilsvideoen. Kontrolgruppen var allerede relativt lille ved opstart, og det er derfor udfordrende, at forholdsvis mange falder fra her.

Tabel 7.2 Frafald og antal observationer (komplette besvarelser)

	Baseline	3 mdr.- spørge- skema	12 mdr.- spørge- skema	Video – 12 mdr.
Samlet				
Antal observationer	256	225	188	139
Procent relativ til baseline		88 %	73 %	54 %
Kontrolgruppe				
Antal observationer	73	58	40	23
Procent relativ til baseline		79 %	55 %	32 %
MTB-gruppe				
Antal observationer	183	167	148	116
Procent relativ til baseline		91 %	81 %	63 %

Anm.: VIVEs egne beregninger.

Procenterne angiver, hvor stor en andel af deltagerne fra baseline som fortsat deltager i pågældende opfølgninger. Baseret på komplette besvarelser.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne og videodata indsamlet af VIVE.

I analyserne anvender vi en imputeringsmodel til at inkludere de udgåede familier i effektmålingen. Imputeringsmodellen forsøger i grove træk at "gætte" de manglende besvarelser på baggrund af informationen på baseline samt udfaldene fra lignende familier med lignende karakteristika. I imputeringsmodellen inkluderes desuden information omkring karakteristika korreleret med frafald.

Det er vigtigt at notere, at imputeringsmodellen kun kan justere for observerbare karakteristika. Det betyder, at hvis årsagen til, at familier udgår, skyldes karakteristika, vi ikke observerer, så vil resultaterne på baggrund af imputeringsmodellen potentielt være fejlagtige. På grund af det skæve frafald vurderer vi dog, at dette er den mest korrekte metode at anvende. Vi vælger ligeledes at præsentere analysen baseret på imputerede data som den primære analyse, da det var det, vi beskrev i studiets protokolartikel.

Det store frafald i især kontrolgruppen (som i forvejen er lille) er et problem af flere årsager. For det første mister vi styrke i forhold til at gennemføre analyserne. Selv om vi imputerer data for de frafaldne, løser dette ikke problemerne, da imputeringsmodellen kan blive ekstrem usikker, når frafaldet er højt. Da frafaldet er særlig højt i kontrolgruppen, kan kontrolgruppen blive et usikkert sammenligningsgrundlag for MTB-gruppen, hvis imputeringen er særligt usikker for kontrolgruppen grundet det markant større frafald.

Resultaterne baseret på samspilsvideoer skal derfor fortolkes med varsomhed.

Frafaldsanalysen er uddybet i Del 2, afsnit 10.6.2 og 12.1.2.

8 Effekten af MTB, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt

I dette kapitel præsenterer vi resultaterne af effektmålingen, der sammenligner deltagerne i MTB-gruppen med deltagerne i kontrolgruppen. Effektmålingen har til formål at undersøge, hvorvidt den indsats, som MTB-gruppen har modtaget, har betydning for mødrenes trivsel og mentale helbred samt barnets udvikling sammenlignet med en kontrolgruppe af familier.

Analysen bygger på survey-data, som mødrene har udfyldt, når børnene er 3 og 12 måneder gamle, videooptagelse af samspil samt data om anbringelser. MTB-forløbet varer for de fleste familier, indtil barnet fylder 2 år.

Analyserne er derfor en vurdering af tidlige tegn på effekter. Analyser af effekter, når barnet er 2 år gammelt, vil følge senere.

Det er væsentligt at være opmærksom på, at effektmålingen på dette tidspunkt hovedsageligt er baseret på data rapporteret af mor. Det er således et udtryk for, hvordan mor oplever sin egen og barnets udvikling og ikke en uafhængig vurdering foretaget af fx sundhedsplejersken eller ved observation, interview eller test.

Der er fordele og ulemper ved både observationsdata og selvrapporterede data. Observationelle test opfattes ofte som mere præcise, men de kan til gengæld være vanskelige at anvende i forhold til små børn, da de er meget påvirkelige i forhold til kontekstuelle forhold og selve testsituationen (Berger et al., 2010; Pontoppidan et al., 2017; Whitcomb & Merrell, 2012). Til gengæld udvikler et barn på 3 og 12 måneder sig hovedsageligt i relationen sammen med forældrene. Det gør det således relevant at anvende spørgeskema, da det er væsentligt at spørge forældrene, da de kender barnet bedst (Godoy et al., 2018; Pontoppidan et al., 2017; Zeanah, 2018).

Kapitlet er opdelt som følger: Først er der en kort beskrivelse af de statistiske analyser. Derefter præsenterer vi analyser af effekter baseret på udfaldsmål fra spørgeskemaerne, der er udfyldt af mødrene, når barnet er 3 måneder og 12 måneder gammelt. Dernæst fokuserer analysen på effekten på forældre-barn-samspillet baseret på videomateriale. Til slut undersøger vi effekten på anbringelser.

8.1 Statistiske analyser

Når vi undersøger effekten af MTB, laver vi en sammenligning af, hvordan gennemsnittet for familier, der deltager i MTB, ser ud i forhold til gennemsnittet for familier, der ikke har deltaget i MTB. Analysen laves i udgangspunktet på den måde, at alle familier, der har fået tildelt et MTB-forløb, betragtes som en indsatsfamilie, uanset hvor meget de vælger at deltage i MTB.

I analyserne undersøger vi derfor effekten af at have fået tilbudt et MTB-forløb (en såkaldt intention-to-treat (ITT)-analyse). I virkeligheden vil der altid være familier, der ikke deltager, selvom de er blevet tilbudt et forløb. Ved at foretage analyserne på baggrund af alle familier, som er blevet tilbudt et MTB-forløb – modsat udelukkende deltagende familier – giver resultaterne dermed det bedste bud på, hvordan effekten af indsatsen ser ud i den virkelige verden. I afsnit 9.1 laver vi en analyse, hvor vi kun ser på dem, der har deltaget i MTB.

En detaljeret beskrivelse af de statistiske metoder, der ligger til grund for effektmålingen, findes desuden i afsnit 10.5.6.

Gennemsnit for alle udfald for både MTB-deltagere og kontrolgruppen ved baseline, og når barnet er 3 måneder gammelt, ses i Bilag 1. Tabeller med effektmålingsresultaterne opsummeret ved effekttestimatet, konfidensinterval, p-værdien for test af, om effekttestimatet er nul, samt den standardiserede effektstørrelse angivet ved Cohen's d ses i Bilag 6.

I Boks 8.1 giver vi en kort beskrivelse af de vigtigste statistiske elementer, som indgår i effektmålingen til vejledning i, hvordan resultaterne skal læses.

Boks 8.1 Sådan læses effektmålingsresultater

Figurerne præsenterer resultaterne af effektmålingen med et standardiseret effektestimat med tilhørende 95-%'s konfidensintervaller.

Effektestimatet er den estimerede effekt af indsatsen, som er blevet standardiseret, så de kan sammenlignes på tværs af de forskellige udfald. Effektestimatet måler ændringen i udfaldsmålet som følge af indsatsen, når der tages højde for de inkluderede kontrolvariable. Helt konkret er effektestimatet forskellen i udfaldsmålet mellem kontrol- og MTB-gruppe.

Konfidensintervallet angiver det interval, som med en forudbestemt sandsynlighed (95 % i dette tilfælde) indeholder den sande værdi af effektestimatet.

Cohen's d er et standardiseret mål til at vurdere *størrelsen* af den estimerede effekt. For at gøre det mere overskueligt i figurerne har vi valgt at præsentere effektstørrelserne således, at en positiv effekt altid skal fortolkes som, at MTB-gruppen klarer sig bedre end kontrolgruppen.

Som hovedregel kan effektstørrelsens værdi fortolkes på følgende måde:

- $d = (-)0,20$: svarer til en lille effekt
- $d = (-)0,50$: svarer til en mellemstor effekt
- $d = (-)0,80$: svarer til en stor effekt.

8.2 Spørgeskemadata

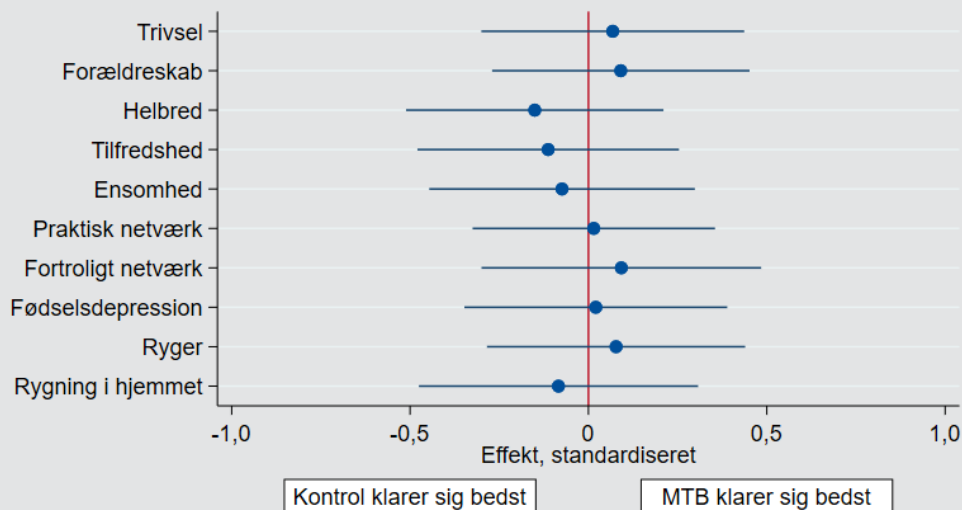
Vi viser den estimerede forskel mellem kontrol- og MTB-gruppen med tilhørende konfidensintervaller grafisk for at gøre det nemmere at overskue resultaterne af de mange analyser.

8.2.1 Mors trivsel og udvikling, når barnet er 3 måneder gammelt

I Figur 8.1 fremgår resultaterne for mødrenes trivsel og udvikling, når barnet er 3 måneder gammelt.

Figur 8.1 Effekt af MTB på mors trivsel og udvikling, 3 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effekttestimatet. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Resultaterne i Figur 8.1 viser, at der ikke er nogen signifikante forskelle imellem MTB-gruppen og kontrolgruppen, når barnet er 3 måneder gammelt. Der ses således ikke nogen signifikant effekt af MTB på mors trivsel og udvikling på dette tidspunkt, og effektstørrelserne er generelt meget små.

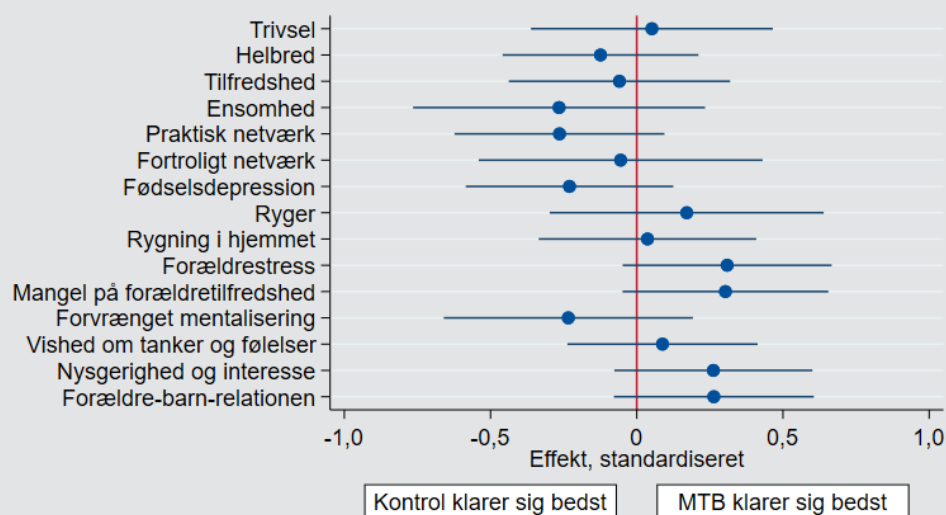
I forhold til trivsel er det væsentligt at være opmærksom på, at deltagerne ved opstart i projektet angiver, at deres trivsel er på niveau med danske kvinder generelt (se afsnit 11.1.3.2). Det betyder, at der ikke i udgangspunktet har været et stort potentiale for at forbedre trivslen hos deltagerne.

8.2.2 Mors trivsel og udvikling, når barnet er 12 måneder gammelt

Resultaterne for mødrenes trivsel og udvikling, når barnet er 12 måneder gammelt, ses i Figur 8.2.

Figur 8.2 Effekt af MTB på mors trivsel og udvikling, 12 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effektestimateret. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 188 + 68 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Når barnet er 12 måneder gammelt, finder vi ligeledes ikke nogen signifikante forskelle imellem MTB-gruppen og kontrolgruppen. Vi finder dog nogle tegn på potentielle effekter, som ikke er signifikante på et 5-%s niveau, men som har mellemstore effektstørrelser ($d = 0,26-0,36$):

- MTB-gruppen er mindre tilfredse med deres livssituation end kontrolgruppen
- MTB-gruppen er mere ensomme end kontrolgruppen

- MTB-gruppen har dårligere praktisk netværk end kontrolgruppen
- MTB-gruppen har mere fødselsdepression end kontrolgruppen
- MTB-gruppen har mindre forældrestress end kontrolgruppen
- MTB-gruppen har større tilfredshed i forælderrollen end kontrolgruppen
- MTB-gruppen har bedre nysgerrighed og interesse end kontrolgruppen.

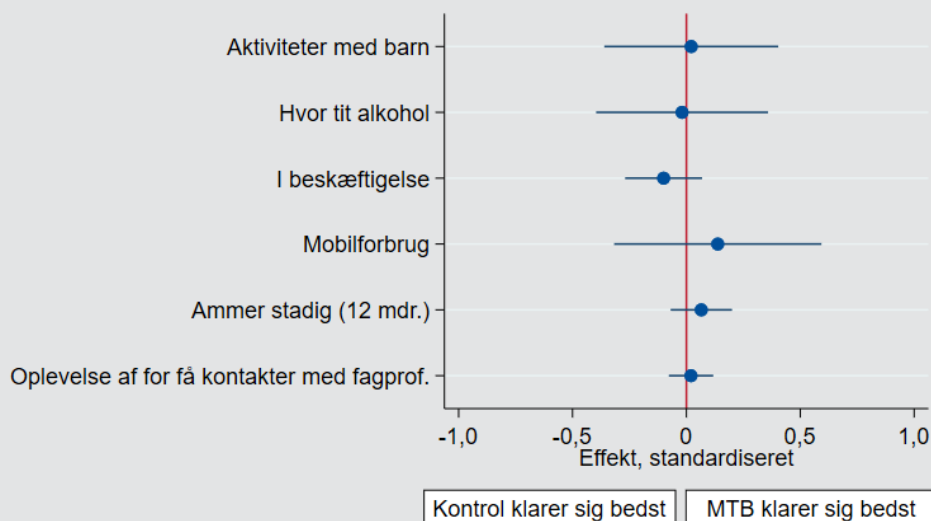
Disse potentielle resultater er dog usystematiske, da de peger i både negativ og positiv retning i forhold til MTB.

8.2.3 Mors adfærd, når barnet er 12 måneder gammelt

Resultater i forhold til effekter på mors adfærd, som fx aktiviteter med barnet, rygning og beskæftigelse, når barnet er 12 måneder gammelt, ses i Figur 8.3.

Figur 8.3 Effekt af MTB på morens adfærd, 12 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effekttestimatet. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 188 + 68 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

For alle disse udfald finder vi ikke nogen signifikante forskelle imellem de to grupper, når barnet er 12 måneder gammelt.

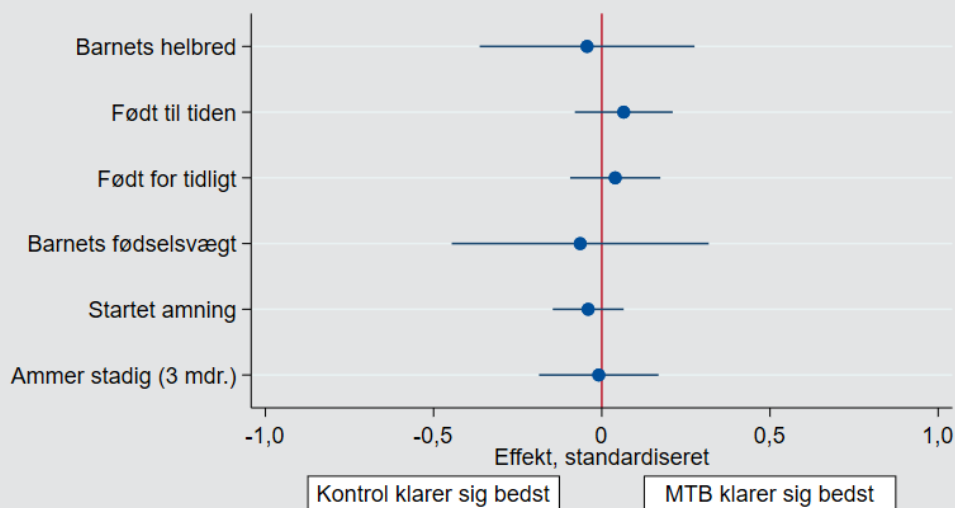
8.2.4 Barnets helbred, trivsel og udvikling ved 3 måneder

I dette afsnit udfører vi samme analyse som i det forrige afsnit, men med fokus på de udfald, der handler om børnenes helbred, trivsel og udvikling.

Resultater i forhold til barnets helbred, fødslen og amning er præsenteret i Figur 8.4.

Figur 8.4 Effekt af MTB på barnets helbred, 3 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%'s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effektestimateret. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

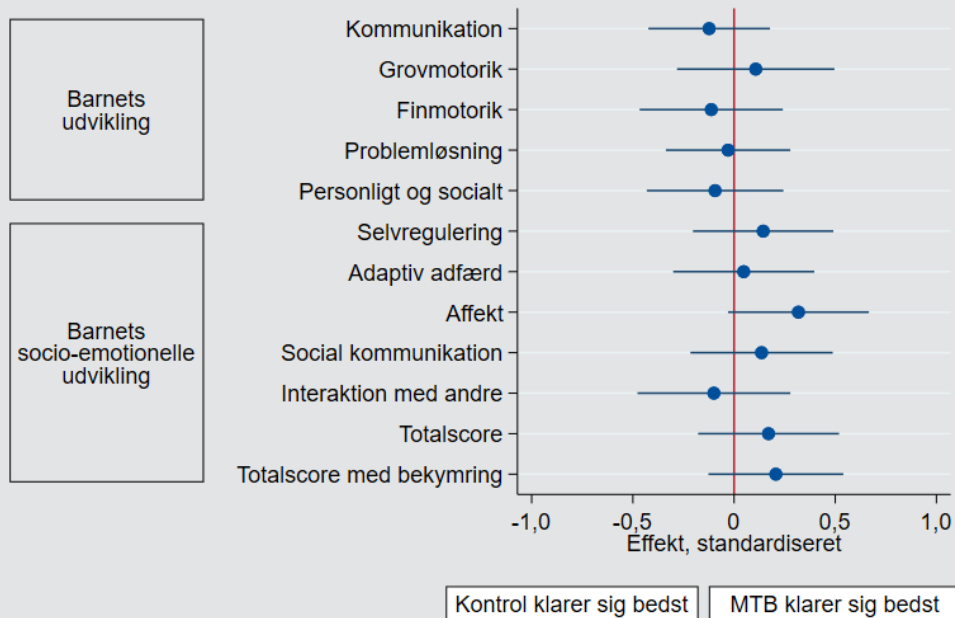
Kilde: MTB-spørgeskema.

I forhold til barnets helbred, fødslen og amning finder vi ikke nogen signifikante forskelle i MTB-gruppen i forhold til kontrolgruppen.

Resultater i forhold til barnets trivsel og udvikling præsenteres i Figur 8.5.

Figur 8.5 Effekt af MTB på barnets trivsel og udvikling, 3 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effekttestimatet. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Barnets udvikling er baseret på ASQ:#. Barnets socio-emotionelle udvikling er baseret på ASQ:E-2. Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

I forhold til barnets trivsel og udvikling, når barnet er 3 måneder gammelt, finder vi ligeledes ikke nogen signifikante forskelle i MTB-gruppen i forhold til kontrolgruppen.

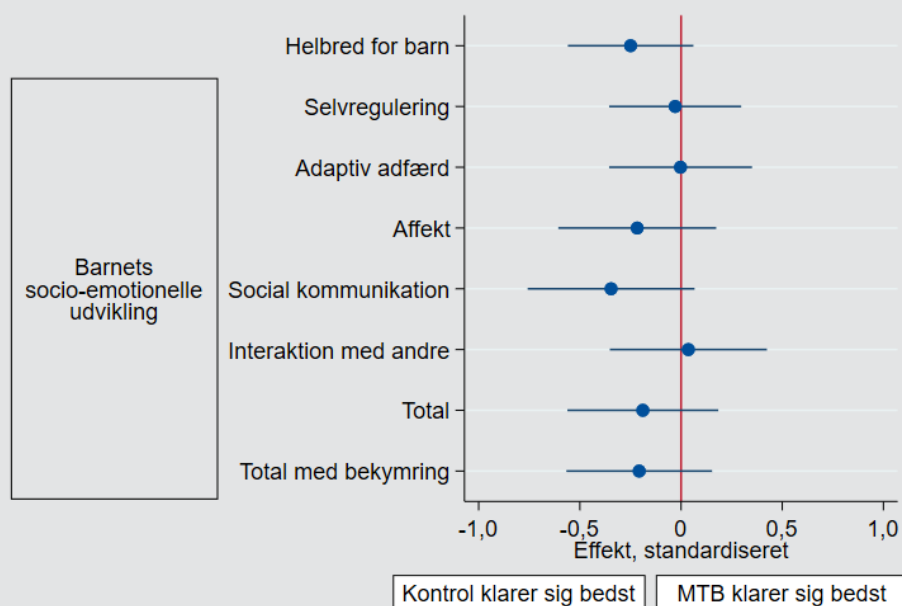
Der er tegn på, at MTB har en middelstor positiv effekt på barnets affektive udvikling, men resultatet er ikke signifikant ($p = 0,12$).

8.2.5 Barnets helbred, trivsel og udvikling ved 12 måneder

Resultaterne af analysen på barnets helbred, trivsel og udvikling, når barnet er 12 måneder gammelt, ses i Figur 8.6.

Figur 8.6 Effekt af MTB på barnets trivsel og udvikling, 12 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effektestimateret. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 188 + 68 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

I forhold til barnets trivsel og udvikling, når det er 12 måneder gammelt, finder vi ikke nogen signifikante forskelle i MTB-gruppen i forhold til kontrolgruppen.

Der er tegn på, at MTB-børnene har et dårligere helbred end kontrolbørnene ($p = 0,12$) og tegn på, at MTB-børnene har dårligere social kommunikation end

børnene i kontrolgruppen ($p = 0,09$). Vi ser dog ikke nogen forskel i totalscoren for barnets socio-emotionelle udvikling.

8.2.5.1 Bekymringer om barnets udvikling

Inden vi fortsætter med resultaterne af effektanalyserne, vil vi præsentere data om mødrenes bekymringer og glæde over barnet. Alle deltagere (både MTB- og kontrol-gruppe) er, når barnet er 12 måneder gammelt, blevet spurgt til, om de har nogen bekymringer i forhold til barnets udvikling. Det er almindeligt, at forældre har bekymringer om barnets udvikling.

I alt 48 mødre har skrevet en kommentar, der udtrykker en bekymring over barnets udvikling. De to områder, der fylder mest i forhold til bekymring, er søvn og spisning.

Problemer med søvn og spisning er meget almindelige hos små børn. Søvnproblemer ses hos 25 % af børn under fem år (Davis et al., 2004; Paavonen et al., 2020; Reuter et al., 2020). Små børn vågner mange gange om natten, og alt efter hvor gode de er til at selvregulere, ved fx at sutte på en finger eller lignende, er der stor forskel på, om de bare sover videre, eller om de vågner og vækker forældrene.

I alt 20 mødre har udtrykt bekymring om barnets søvn. Det handler fx om, at barnet har svært ved at falde til ro om aftenen, at barnet vågner i løbet af natten, og at der er udfordringer med middagslur efter opstart i pasning. En mor skriver:

Han vågner ofte mange gange i løbet af natten og er nogen gange næsten utrøstelig. Han er svær at putte, og det kan tage helt op til 2 timer om aftenen.

Omkring 25-45 % af alle små børn har en eller anden form for udfordring i forhold til spisning. Det gælder for op til 80 % af børn med forsinket udvikling (Bryant-Waugh et al., 2010). De fleste problemer med spisning handler om, at barnet ikke vil spise det, forældrene ønsker, og de fleste udfordringer i forhold til spisning forsvinder igen over tid.

I alt 13 mødre har udtrykt bekymring om barnets spisning, hvoraf næsten alle synes, at barnet spiser for lidt. Enkelte mødre bekymrer sig også om, hvorvidt barnet får nok at drikke:

Det bekymrer mig, at vi har svært ved at få ham til at spise og drikke i de mængder, som han skal, og at han stadig har maveproblemer.

Områder, som mødrene også giver udtryk for bekymring om, er motorisk og sproglig udvikling, selvstændighed og sygdom.

Fem mødre udtrykker bekymring om barnets motoriske udvikling. En mor udtrykker:

Jeg bekymrer mig konstant om hans motoriske udvikling. Han bliver 1 år om en uge, og indtil videre kan han "kun" møve sig frem på maven. Det bekymrer mig. Han siger heller ikke rigtige ord endnu, jeg ved ikke, om det er grund til bekymring eller ej.

Moren udtrykker også bekymring omkring barnets sproglige udvikling, hvilket få andre også gør.

Enkelte mødre udtrykker bekymring om begyndende selvstændighed hos barnet. For nogen var det svært at vurdere, hvad der er normal adfærd under covid-19, fordi de ikke var sammen med andre familier med jævnaldrende børn. En mor skriver:

Hun bliver meget ked af det, når der er noget, hun ikke må. Det er svært at vide, hvad der er "normalt" i denne situation, da vi ikke er vant til at se så mange andre børn pga. corona.

Seks mødre udtrykker bekymring om, at barnet er meget sygt eller har problemer med ørerne eller forstoppelse. Dette får indflydelse på den generelle trivsel og på søvnen. En mor skriver:

Han er hele tiden snottet og raller fra halsen samt hoster en del. Dette forstyrrer hans søvn og bekymrer mig, fordi det har stået på længe. Dog siger lægen, det ikke er noget særligt.

8.2.5.2 Glæder over barnet

Deltagerne er, når barnet er 12 måneder gammelt, ligeledes blevet spurgt til, hvad de glæder sig over ved deres barn. 168 har skrevet en kommentar.

Der er mange fine, søde og kærlige beskrivelser, og det er tydeligt, at mødre er meget glade for og stolte over deres børn. Mange skriver kort og godt "Alt", mens andre skriver længere beskrivelser.

En mor skriver fx denne fine kommentar i forhold til, hvad hun glædes over ved barnet:

Alt! Jeg har det bedste barn i verden – og jeg er selvfølgelig ikke upartisk i min vurdering. Når hun smiler, griner eller rækker efter mig, når hun stopper med at græde, fordi jeg holder om hende, når vi ligger og putter, og hun nusser mig. Det er blot nogle af de bedste stunder. Hun nusser mig på kinderne, når jeg fortæller hende, at jeg elsker hende. Hun løber hen og falder mig om halsen, når jeg henter hende.

På samme måde giver en anden mor udtryk for sin kærlighed til barnet i denne længere kommentar:

Stort set alt. Jeg glæder mig over, hvem hun er. Over at være sammen. Over at hun tydeligt bliver glad for at se mig, når jeg henter hende i dagplejen. Over at hun viser kærlighed og omsorg over for andre (meget glad for at kramme, kysse og putte med mennesker, hun er tryk ved, og legetøj/bamser, hun er særligt glad ved). Jeg glæder mig over de stille stunder. Over at se hende være fordybet i leg. Over at lytte til hende, når hun sover. Over at se hendes udvikling og stolthed, når hun lærer noget nyt. Jeg glæder mig over, at jeg kan trøste hende, og at hun aktivt opsøger min trøst. Jeg glæder mig over, at hun har det godt.

8.3 Samspilsvideo

På baggrund af videooptagelser af samspil imellem mor og barn, der er lavet, når barnet er omkring 12 måneder gammelt, undersøger vi, om MTB har nogen effekt på forældre-barn-samspillet.

Vi anvender systemet Coding Interactive Behavior (CIB) (Feldman, 2012) til at kode videoerne. CIB måler forældre-barn-samspillet og kodes på baggrund af en 6 minutter lang videooptagelse af fri leg, der er optaget i hjemmet.

CIB består af 22 forældreområder, 16 børneområder og 5 dyadiske områder, hvor vi vurderer samspillet imellem forælder og barn. Hvert område vurderes på en skala fra 1 til 5, der kan summeres til de følgende subskalaer:

- Sensitivitet (forælder)
- Påtrængenhed (forælder)
- Grænsesætning (forælder)
- Involvering (barn)
- Tilbagetrækning (barn)
- Efterlevelse (barn)
- Gensidighed (dyade)
- Negative tilstande (dyade).

Analysen af samspilsvideoerne er udfordret af, at der er mange forældre, der enten ikke har ønsket at få lavet optagelsen, eller hvor vi har måttet opgive at få optagelsen. Det betyder, at der er et stort frafald – særligt i kontrolgruppen.

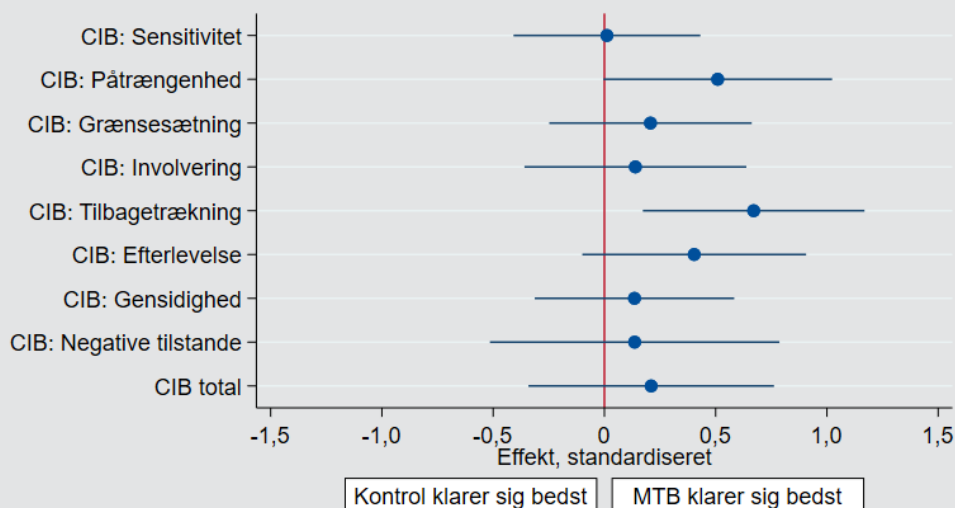
Samlet set har vi samspilsoptagelser fra 139 familier svarende til 54 % af deltagerne. For MTB-familierne har vi samspilsvideoer fra 63 % af familierne, mens vi kun har fra 32 % af kontrolfamilierne (i alt 23 videoer).

Det betyder, at i den primære analyse, som er baseret på imputerede data, imputerer vi 68 % af data for kontrolgruppen. Dette gør resultaterne usikre, og det er derfor vigtigt at fortolke disse resultater forsigtigt.

Analysen af effekten af MTB på forældre-barn-samspillet, når barnet er 12 måneder gammelt, ses i Figur 8.7.

Figur 8.7 Effekt af MTB på mor-barn-relationen (CIB), 12 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl. Den blå prik er effekttestimatet. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer MTB-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimatet. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N 139 + 117 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

I forhold til forældre-barn-samspelet finder vi, at MTB-børnene udviser mindre tilbagetrækning (fx i form af mere øjenkontakt, smil og pludren) end kontrolfamilierne. I robusthedsanalyserne i afsnit 9.3 og 12.1.3 er dette resultat ikke signifikant, men vi finder dog stadig en mellemstor effektstørrelse ($d = 0,28$ og $0,25$), når vi gennemfører analysen på rå data uden imputering og ved matching. Det betyder, at resultatet bør tolkes varsomt og ses som en potentiel effekt.

Vi finder desuden tegn på, at MTB-forældrene er mindre påtrængende end kontrolfamilierne. Dette resultat er lige akkurat ikke signifikant med et 5-%s signifikansniveau. Vi genfinder dog ikke resultatet i robusthedsanalyserne, og resultatet skal derfor tolkes meget varsomt.

Samspilsvideoer indgår også i den afsluttende dataindsamling, når barnet er 2 år gammelt, hvor vi vil undersøge forældre-barn-samspillet igen.

8.3.1 Refleksioner om forældre-barn-samspillet hos deltagere

Når vi ser på tværs af MTB- og kontrolgruppen i forhold til samspilsvideoerne, er der nogle overordnede ting, vi har noteret os ved forældre-barn-samspillet.

Samlet set er langt de fleste optagelser af mor og barn, men der er enkelte optagelser med far og barn eller med begge forældre. Hovedparten af optagelserne er af MTB-familier.

Vi er opmærksomme på, at det for mange føles udfordrende at skulle optages på video, og at det naturligvis kun viser et lille billede af, hvordan samværet er. Vi ser tegn på nervøsitet hos en del mødre, som fx at pille i håret, tale hurtigt eller kigge nervøst ind i kameraet. Alle mødre er dog i samme situation, og vores erfaring er, at forældres adfærd bliver forstørret i sådan en optagelse – så de fx laver ekstra mange sanglege eller bringer endnu mere nyt legetøj ind i legen, end de ellers ville have gjort.

Overordnet set ser vi mødre, der udstråler varme og engagement, og det er tydeligt, at de gør deres bedste. Rigtig mange af optagelserne er præget af et fint samvær imellem forælder og barn. Den gennemsnitlige score for gensidighed i dyaden er således på 3,7 på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst. Dog er der mange optagelser, hvor der ikke er megen fysisk kontakt i form af berøring, kram eller kys.

Nogle mødre kan blive lidt stille og tilbageholdende i samspillet med barnet. Dette er ikke nødvendigvis et problem, medmindre det er over længere tid, eller de bliver fraværende.

Vi ser en del forældre, der godt kan lide, at tingene bliver gjort "rigtigt". Det ses i forhold til, at de er optaget af, at fx madlegetøj skal sættes rigtigt sammen (fx pålæg skal ovenpå brød), at en trekant eller cirkel skal placeres i det rigtige hul, eller at klodser skal stables helt, før de må væltes. Dette medfører, at forældrene bliver ret styrende i legen, og at de nogen gange afbryder barnets leg i stedet for at følge og anerkende, hvad barnet er interesseret i. Det samlede gennemsnit for påtrængenhed er 2,0 på en skala fra 1-5, hvor 1 er ingen påtrængenhed, og 5 er konstant påtrængenhed.

En del mødre har svært ved at registrere eller anerkende, hvis barnet signalerer, at det har brug for "en tryk base" i form af et kram eller anden fysisk kontakt. I flere tilfælde går barnet tydeligt mod forældrenes favn, men bliver afvist eller afledt, inden det når hen til forælderen.

En del mødre har ligeledes svært ved at registrere eller anerkende, hvis barnet signalerer, at det har brug for "en tryk havn" til at udforske og lære. Her kan barnet fx række en hånd mod forælderen for at signalere, at det gerne vil have hjælp til noget, der er svært, som fx at gå op ad en stejl rampe, men bliver afvist eller afledt.

I begge tilfælde oplever barnet, at dets signaler ikke bliver registreret og forstået hos forælderen, hvilket er en central del i forhold til at være en sensitiv forælder. Den gennemsnitlige score for sensitivitet er 3,2 på en skala fra 1-5, hvor 5 er meget sensitiv.

Det er positivt, at rigtig mange af børnene signalerer, hvad de har brug for, fx i forhold til de to ovenstående punkter. Vi ser også mange børn, der er gode til at sige fra, hvis forælderen gør noget, som barnet ikke synes om. Det kan fx være situationer, hvor forælderen driller barnet ved at kilde eller vil styre legen. Her ser vi efterfølgende, at barnet fx skubber tilbudt legetøj væk eller kaster noget væk i protest. I langt de fleste tilfælde er det fuldt forståeligt, at barnet siger fra over for forælderen. I forhold til barnets involvering scorer de i gennemsnit 3,6 på en skala fra 1-5, hvor 5 er meget involveret.

I flere tilfælde, hvor far er enten med i optagelsen eller er den, der optager, kan der opstå en form for konkurrence imellem mor og far i forhold til at få barnets opmærksomhed. Det kommer til udtryk ved, at de hele tiden finder på nye ting eller viser nyt legetøj til barnet. I flere af tilfældene bliver samspillet lidt kaotisk, og det bliver meget forældrestyret frem for med fokus på, hvordan de sammen kan bidrage til samspillet.

8.4 Anbringelser

Da MTB-interventionen er rettet imod sårbare familier, er der i løbet af projektet et mindre antal børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet.

Et MTB-forløb igangsættes under graviditeten med det formål at forebygge mere indgribende indsatser, primært anbringelser uden for hjemmet. På længere sigt er det forventningen, at MTB-indsatsen kan bidrage til, at flere børn kan blive hjemme og vokse op med deres forældre.

VIVE har registreret de børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet i løbet af projektet. Af etiske og praktiske hensyn udgår familien af projektet, hvis barnet bliver anbragt. Oplysningerne baserer sig på information fra kommunerne og fra forældrene selv. Vi kan dog ikke være sikre på, at disse oplysninger er helt korrekte. Der er fx familier, der er flyttet til en ny kommune, og hvor vi ikke nødvendigvis ved det, hvis barnet er blevet anbragt.

I modsætning til spørgeskemadata og samspilsvideoer, så er information om anbringelser baseret på administrative data. Selvom vi ikke kan være sikre på, at information om anbringelser for fx familier, der er flyttet, er helt korrekt, så har vi ikke samme problemer med frafald og efterfølgende ubalancerede grupper, som vi har ved de foregående analyser.

Vi har undersøgt effekten af MTB på anbringelser med en logit regression uden og med kontrolvariable tilsvarende ovenstående effektmålinger. Ifølge VIVEs oplysninger er i alt 10 børn (4 %) fra de deltagende familier blevet anbragt uden for hjemmet. For at sikre fortrolighed for de deltagende familier, kan vi ikke oplyse, hvor mange børn der er blevet anbragt i hhv. MTB-gruppen og i kontrolgruppen.

Tabel 8.1 opsummerer resultaterne fra effektanalysen.

Tabel 8.1 Effekt af MTB på antallet af anbringelser

Udfaldsmål: anbringelse	Marginal effekt	95 % KI	P-værdi	Relativ risiko
Deltager i MTB	-0,060	[-0,127;0,006]	0,077	0,267
Deltager i MTB (kontrolvariable)	-0,047	[-0,108;-0,013]	0,126	0,331

Anm.: N = 255.

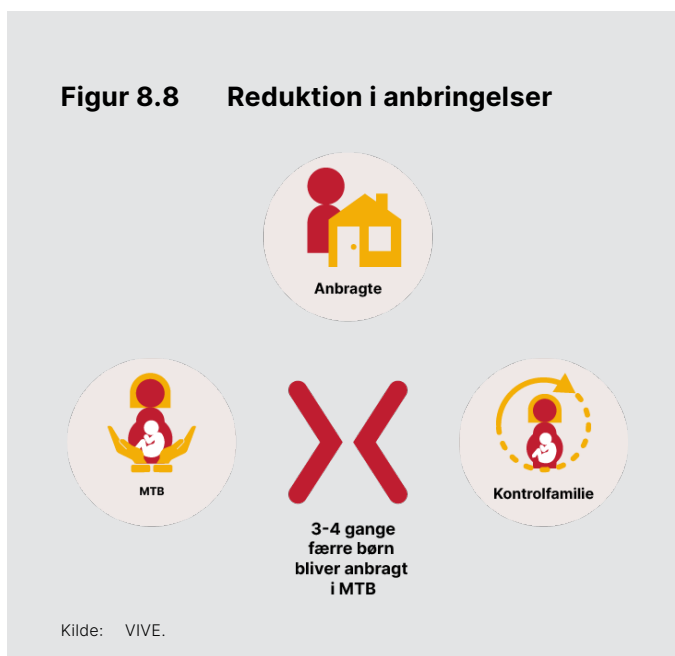
Estimeret ved en logit regression uden og med kontrolvariable som anvendt i effektmålingen. KI: Konfidensinterval.

Kilde: VIVEs registrering af anbringelser baseret på information fra kommuner og forældre.

Vi finder en reduktion i sandsynligheden for at blive anbragt i MTB-gruppen på 4,7-6,0 procentpoint, alt efter om vi anvender kontrolvariable eller ej. Vi har desuden beregnet den relative risiko, som er estimeret til mellem 0,27 og 0,33, hvilket betyder, at børnene i MTB-gruppen har tre til fire gange mindre risiko for at blive anbragt (se Figur 8.8). Effekten er ikke signifikant på et 5-%s niveau, så resultater skal tolkes som en potentiel effekt. At effekten bliver mindre, når vi kontrollerer for ubalancer mellem MTB- og kontrolgruppen, kan indikere, at den betingede forskel i sandsynligheden for anbringelser til dels er drevet af ubalancer i baseline og ikke kan tilskrives indsatsen.

Eftersom anbringelser uden for hjemmet er et stort indgreb i både barnets og forældrenes liv, som samtidig er en stor udgift for kommunen, er det en potentielt væsentlig effekt, at risikoen for anbringelse reduceres markant for familier i MTB-gruppen.

Vi vil følge antallet af anbringelser i resten af projektet. Det vil dog først være muligt at få en helt korrekt angivelse af anbringelser, når vi laver analyser på registerdata efter, at alle børn er fyldt 2 år, og relevante data er tilgængelige.



9 Supplerende analyser af effekten af MTB

I dette kapitel suppleres analyserne af effekten af MTB med henblik på at undersøge, om forskellige grupper af mødre oplever forskellige effekter af MTB, samt om resultaterne af effektmålingen er robuste i forhold til metodevalg.

Først ser vi på udvikling over tid (afsnit 9.1), derefter undersøger vi i moderatoranalyser, om der er tegn på, at der er forskellige effekter af MTB for forskellige typer af mødre (afsnit 9.2), for til sidst at undersøge, hvor robuste resultaterne er under alternative metodevalg og antagelser (afsnit 9.3).

En detaljeret gennemgang af analyserne er i Kapitel 11.

9.1 Udvikling over tid for MTB-gruppen

Vi har undersøgt, om der er nogen systematik i, hvordan MTB-gruppen udvikler sig fra opstart, til barnet er 12 måneder gammelt. Effektmålingen er en analyse af gennemsnitlige forskelle mellem MTB- og kontrolgruppen, og disse analyser kan derfor overse forskelligartet udvikling, hvis denne udligner sig i gennemsnit.

Analysen kan kun gennemføres på de udfald, der går i flere målinger. Vi har set på mødrenes udvikling i trivsel over hele perioden og på udvikling i depressionssymptomer og barnets udvikling, fra barnet er 3 til 12 måneder gammelt.

For mødrenes trivsel og depressionssymptomer ser vi ikke nogen forskel over tid for MTB-gruppen. Når vi ser på de enkelte deltagere, så er der variation i forhold til, hvordan niveauet har ændret sig. De fleste oplever ikke nogen større forandring, men nogen deltagere oplever forbedringer, mens andre oplever forværringer.

I forhold til børnenes udvikling ser vi en bedre trivsel hos MTB-børnene, når de er 12 måneder i forhold til 3 måneder. Vi finder, at den gennemsnitlige total-score målt med ASQ:SE2 er signifikant højere ved den anden måling. Når vi inddeler børnene i grupper i forhold til de amerikanske normer, (planmæssig udvikling, observer (der er en bekymring) og over grænseværdi (hvor der er tegn på at barnet mistrives)), finder vi ligeledes, at signifikant flere MTB-børn er i planmæssig udvikling, når de er 12 måneder gamle i forhold til, når de er 3 måneder gamle (stigning fra 40 % til 72 %). Tilsvarende falder andelen af børn

i de to andre grupper. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at der kan være udfordringer med at anvende de amerikanske normer på danske data.

Analysen er uddybet i afsnit 11.2, hvor der er en tabel med gennemsnit og test for forskelle (Tabel 11.1).

9.2 Moderator analyser

I effektmålingen i afsnit 8.2 fandt vi ingen signifikante resultater af MTB for mødre eller deres børn.

I moderatoranalyserne undersøger vi, om der er forskel på effekten af MTB afhængigt af følgende baggrundskarakteristika (se uddybende beskrivelse i afsnit 12.2):

- Alder
- Førstegangsfødende
- Uddannelsesniveau
- Tilknytning i nær relation
- Parforholdsstatus
- Traumer og PTSD
- Refleksiv funktion
- Angst og depression
- Økonomisk situation.

Når barnet er 3 måneder gammelt, finder vi tegn på, at de yngre mødre i MTB-gruppen (17-25 år) oplever positive effekter af MTB i forhold til hovedparten af udfaldsmålene. Dette genfinder vi dog ikke, når barnet er 12 måneder gammelt.

Samlet set finder vi således ikke nogen systematiske forskelle i effekt.

9.3 Robusthedsanalyser

Vi har gennemført forskellige analyser til at undersøge, hvor følsomme vores resultater er i forhold til valg af metode. Analyserne er præsenteret i detaljer i afsnit 12.1.3.

Samlet set viser robusthedsanalysen, at hvis vi ikke korrigerer for frafaldet og ubalancerne mellem MTB- og kontrolgruppen, så vil effektmålingen være biased i negativ retning. Dette vil særligt være på udfaldsmål vedrørende barnets udvikling og særligt for udfaldsmål fra 3 måneders-spørgeskemaet, hvor der var forskel i besvarelestidspunkt mellem grupperne. Imputeringsmodellen anvendt i effektmålingen understøttes ved, at vi opnår tilsvarende resultater ved brug af anden metode til at håndtere frafaldet.

For udfaldsmål fra 12 måneders-spørgeskemaet finder vi generelt overensstemmelse i resultaterne uanset, hvilken metode vi anvender.

For analysen af samspilsvideoerne, når barnet er 12 måneder gammelt, finder vi en enkelt positiv effekt af MTB på forældre-barn-samspillet i den primære analyse. Disse effekter genfinder vi dog ikke i robusthedsanalyserne, og effekter er dermed sensitive over for den konkrete specifikation. Resultaterne skal derfor tolkes varsomt.



DEL 2

Dokumentation

10 Metode

I rapportens Del 2 gør vi rede for metodiske (Kapital 10) og datamæssige (Kapitel 11) forhold, der er væsentlige for projektet og analyserne.

10.1 Formål

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af MTB tilbudt til sårbare gravide i forhold til forældre-barn-samspillet, mors trivsel, mors mentale helbred, mors reflektsive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel sammenlignet med gravide, der modtager den sædvanlige indsats. I denne rapport indgår spørgeskemadata, der er indsamlet under graviditeten (baseline), og når barnet er 3 og 12 måneder gammelt. Der indgår desuden samspilsvideoer og data om anbringelser.

I de følgende afsnit gennemgås designet for effektmålingen i detaljer.

Studiet er registreret ved [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03495895) (NCT03 495895), og der er publiceret en protokolartikel (Pontoppidan, Thorsager, et al., 2022).

10.1.1 Randomisering

De syv kommuner, der var med i projektet fra starten, blev randomiseret til at deltage i træning enten i 2018 eller 2019. I lodtrækningen blev der taget højde for kommunernes størrelse for at sikre en ligelig fordeling. En enkelt kommune var væsentligt større end de resterende kommuner, og i denne kommune blev de fire MTB-teams randomiseret, så to skulle træne i 2018 og to i 2019.

De syv kommuner blev randomiseret til de to tidspunkter af medarbejder ved VIVE (kommunenavne var ændret til bogstaver). Resultatet af randomiseringen fremgår af Figur 10.1.

Figur 10.1 Oversigt over randomisering



Kilde: VIVE.

10.2 Design af effektmålingen

Evalueringen er gennemført som et cluster-randomiseret kontrolleret studie (RCT). Det betyder, at det er clustre (kommuner), der er randomiseret i stedet for individer (deltagere). Af logistiske årsager kunne udviklerne fra Yale University ikke træne alle kommuner på én gang, men var nødt til at gennemføre to træninger med 1 års mellemrum i 2018 og 2019. For at sikre, at der ikke var systematiske forskelle imellem de kommuner, der modtog træning i første og anden runde (fx hvis de mest engagerede deltog i første runde), blev der trukket lod om, hvornår kommunerne skulle modtage træning. Kommuner, der først skulle træne i 2019, rekrutterede kontrolfamilier frem til træningen i 2019.

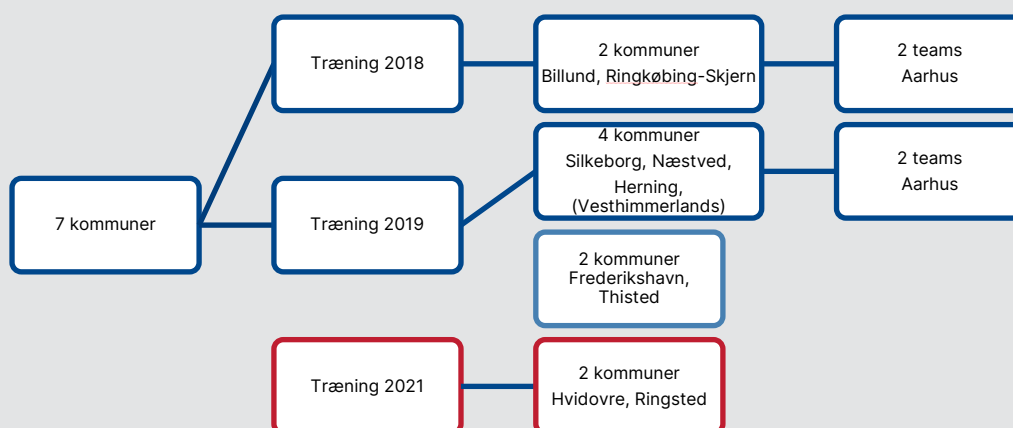
I løbet af 2019 kunne vi konstatere, at der ikke blev rekrutteret nok familier til projektet. På baggrund af midler fra Socialstyrelsen blev der gennemført en yderligere træning i 2021 (udskudt fra 2020 på grund af covid-19), hvor to nye kommuner blev tilføjet til projektet. Da der kun var en enkelt træning planlagt, da disse kommuner tilsluttede sig projektet, kunne de ikke blive randomiseret.

En kommune valgte at trække sig fra projektet, inden de gennemførte træningen i 2019 (Vesthimmerlands), og en anden kommune valgte at stoppe med at tilbyde MTB til familier omkring et år efter, de modtog træning (Thisted). De gennemførte dog alle igangværende MTB-forløb og rekrutterede fortsat kontrolfamilier til projektet.

Den samlede oversigt over kommunerne i projektet ses i Figur 10.2.

Figur 10.2 Oversigt over alle kommuner i projektet

Oversigt over hvilke kommuner, der blev randomiseret til tidspunkt for træning og hvilke kommuner, der er kommet til efterfølgende.



Kilde: VIVE.

I Tabel 10.1 ses en samlet oversigt med information om de i alt 11 kommuner, der har indgået i projektet.

Tabel 10.1 Kommuner i projektet

Kommune	Randomiseret	Antal MTB-Teams	Træning	Population
Billund	Ja	1	2018	Lille
Silkeborg	Ja	2	2019	Medium
Næstved	Ja	2	2019	Medium
Ringkøbing-Skjern	Ja	2	2018	Medium
Herning	Ja	2	2019	Medium
Vesthimmerlands	Ja	0	(2019)*	Lille
Aarhus	Ja	4	2018 og 2019	Stor
Frederikshavn	Nej	1	2018 og 2019	Medium
Thisted	Nej	2	2019	Medium
Hvidovre	Nej	2	2021	Medium
Ringsted	Nej	2	2021	Lille

Anm.: Lille: population <40,000; medium: population ≥40,000 og <100,000; Stor: >250.000.

Note: * (2019) kommunen trak sig fra projektet inden træningen i 2019.

10.3 Træning og certificering af klinikerne

MTB har til formål at få forældrene til at blive bedre til at tænke over deres tanker og følelser, så de derigennem handler mere hensigtsmæssigt i relation til barnet. Det kræver, at behandlerne udvikler en relation til forældrene, der kan understøtte forældrenes opdagelse af deres egne indre erfaringer. For mange af forældrene er det at udvikle en relation meget kompliceret.

Det mest kritiske aspekt af en mentaliseringsbaseret tilgang er behandlerens evne til at opretholde en reflekterende eller mentaliserende holdning i mødet med forældrene. En reflekterende holdning er en, der først og fremmest anerkender, at ikke-erkendte eller ikke-navngivne tanker og følelser ligger til grund for adfærd. I MTB tages adfærd ikke for pålydende (fx "mor er manipulerende og aggressiv"), og der forsøges ikke at ændre adfærden direkte. I stedet nærmer MTB-behandlerne sig den problematiske adfærd som tegn på underliggende følelser og tanker, som skal opdages sammen med forældrene. At opdage og navngive tanker og følelser er nøglen til at modulere dem og i sidste ende ændre adfærden.

For at kunne udøve metoden korrekt er det således nødvendigt for behandlerne at tillære sig en række teknikker, der understøtter den mentaliseringsbaserede behandling. Måden, dette gøres på, er dels, at medarbejderne modtager træning, dels gennem et omfattende supervisorsprogram.

10.3.1 MTB-træning

På træningsforløbet introduceres teammedlemmerne til MTB-programmet, og de forberedes på at implementere programmets metoder og tilgange til at styrke refleksivt forældreskab i egen praksis.

Træningen foregår over fire hele dage. I træningen lægges der vægt på følgende fire hovedområder:

1. Videns- og forskningsbaseret introduktion til, hvad MTB bygger på – teoretisk og evidensmæssigt.
2. Teoretisk og praktisk indføring i, hvad det vil sige at arbejde mentaliserende som fagprofessionel. Herunder øvelser.
3. Fokus på at forstå baggrunde for handlemønstre i målgruppen, og hvordan man kan agere i det som fagprofessionel – fx i forhold til traumer.
4. Indføring i og dialog om at skabe gode forudsætninger for at arbejde tværfagligt i en teamstruktur, hvor fagprofessionelle på tværs af faggrene er hinandens vigtigste samarbejdspartnere og samtidig ofte de væsentligste signifikante "andre" for forældre i programmet.

De medarbejdere, der indgår i kommunale MTB-teams, bliver uddannet og certificeret i at arbejde mentaliseringsbaseret i programmet.

Når familier er visiteret til indsatsen, og MTB er iværksat, vil de enkelte teams få sags-supervision af erfarne mentaliseringsspecialister.

10.3.2 Supervision og interne møder

Behandlerne modtager supervision mindst én gang om måneden (hver 14. dag i det første år efter træning), mens de arbejder med familierne. Supervisionen foregår både tværfagligt i fællesskab i teamet og monofagligt for hver profession (enten sundhedsplejerske eller socialpædagogisk behandler).

Ud over at lære mentaliseringsteknikkerne og tankegangen i mentaliseringsbaseret behandlingsarbejde tjener supervisionen også til at kvalitetssikre den

indsats, som familierne modtager. Den løbende supervision skal sikre, at behandlerne holder sig til MTB-metodens principper og teoretiske fundament.

Desuden er det et krav, at alle kommuner internt systematisk skemalægger:

- faste ugentlige møder i MTB-teamet, så de fagprofessionelle sparrer og vidensdeler om fælles familier.
- faste møder mellem MTB-teams og intern tværfaglig supervisor, der sparrer på sager og på at rumme familierne som fagprofessionel. De skemalægges i forhold til caseload – men mindst én gang hver tredje uge.
- faste møder mellem hhv. sundhedsplejersker og familiebehandlere og respektive monofaglige sparringspartnere. Samme frekvens som ovenfor.

10.3.3 Opfølgingsbesøg

Cirka et år efter træningen gennemføres et opfølgingsbesøg i kommunen fra eksperter i MTB med henblik på at gennemføre de træningsbehov, som den enkelte kommune måtte have. Det kan fx dreje sig opdateringer eller genopfriskninger af metodens elementer, workshops, løsning af konkrete faglige eller organisatoriske spørgsmål mv.

I 2019 stod programudviklerne fra USA for opfølgingsbesøg. Efterfølgende er opgaven blevet varetaget af de danske eksperter i samarbejde med Metodecentret.

10.4 Deltagere og rekruttering

Målgruppen for studiet er gravide kvinder i en sårbar position, deres partnere og deres børn.

I alt 256 gravide kvinder (heraf 183 MTB og 73 kontrol) deltager i projektet. Familierne er rekrutteret fra juni 2018 til juni 2022.

Inklusions- og eksklusionskriterier fremgår af Boks 1.1.

10.4.1 Rekruttering og samtykke

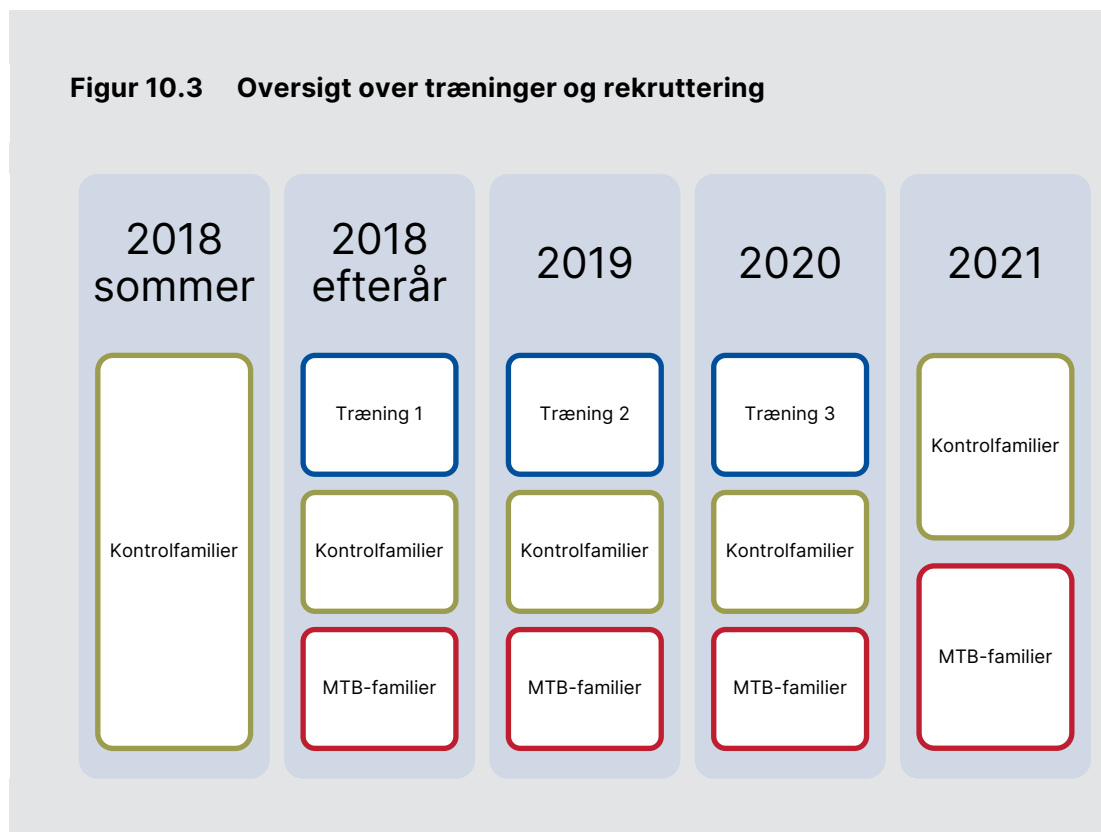
Den gravide blev inviteret til at deltage i studiet af kommunale medarbejdere. Familien kunne være kendt i det sociale system allerede, der kunne være opstået en bekymring om en familie hos jordemoderen eller i et eventuelt tværfagligt team, eller der kunne være lavet en underretning på familien.

Den kommunale medarbejder informerede familien om forskningsprojektet både mundtligt og skriftligt. Hvis den gravide sagde ja til at deltage i forskningsprojektet, blev en eventuel partner også inviteret til at deltage. Derefter blev familien oprettet, og baseline-spørgeskemaet blev sendt til familien via SMS og e-mail.

Rekruttering af familier begyndte i juni 2018, hvor alle kommuner rekrutterede familier til sædvanlig indsats inden den første træning. Herefter blev der i resten af perioden rekrutteret både MTB- og kontrolfamilier. Familierne i kontrolgruppen har modtaget den sædvanlige indsats, der tilbydes til familier i denne målgruppe i deres bopælskommune. Sædvanlig indsats blev fx tilbudt, hvis der ikke var ledig kapacitet hos MTB-teamet, eller hvis de ikke ønskede et længere forløb som MTB.

I Figur 10.3 ses en oversigt over træning og rekruttering igennem de 5 år, der blev rekrutteret familier til projektet.

Figur 10.3 Oversigt over træninger og rekruttering



Kilde: VIVE.

10.4.2 Blinding for gruppetilhørsforhold

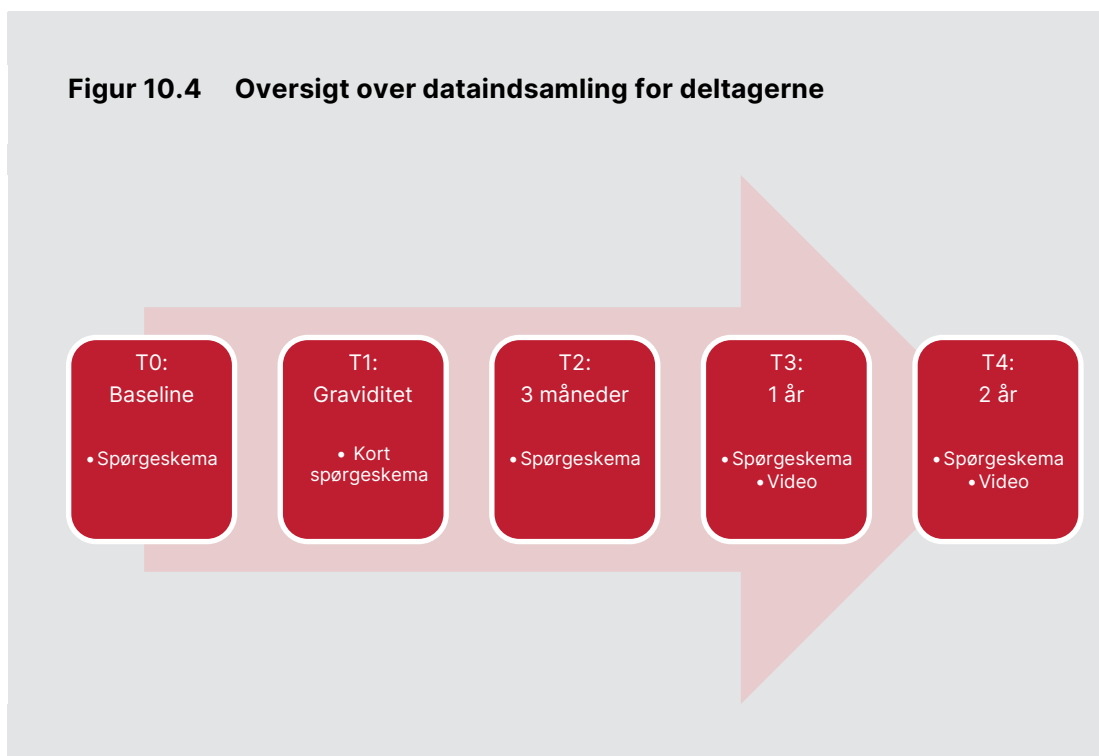
Det har ikke været muligt at blinde hverken deltagere eller praktikere for hvilken gruppe, de tilhører, da de ved, at de modtager/leverer MTB. Forskningsmedarbejdere fra VIVE, der optager video, koder video eller gennemfører analyser, har været blindet for gruppetilhørsforhold for at sikre imod bias i analyserne.

10.5 Dataindsamling

Alle deltagere er blevet bedt om at svare på fire spørgeskemaer samt optage to samspilsvideoer, hvor de er sammen med barnet. Alle udfylder de samme spørgeskemaer, uanset om de modtager MTB eller sædvanlig indsats.

Det første spørgeskema blev sendt ud umiddelbart efter, at den gravide havde givet samtykke og var blevet oprettet. Senere i graviditeten (omkring den 25. graviditetsuge) blev den gravide bedt om at udfylde et kort spørgeskema om tidligere oplevelser (særligt med fokus på traumer og PTSD-symptomer).

Derefter blev der udsendt et spørgeskema, når barnet blev 3, 12 og 24 måneder gammelt. Når barnet er 12 og 22 måneder gammelt, er mødre blevet anmodet om at uploade en videooptagelse af mor og barn sammen. Forløbet er vist i Figur 10.4.



Kilde: VIVE.

10.5.1 Spørgeskemaer og videooptagelse

Spørgeskemadata er indsamlet ved hjælp af survey-systemet SurveyXact. Deltagerne modtog et direkte link til spørgeskemaet med enten SMS eller e-mail. Derefter modtog de en rykker efter 2 dage og yderligere en 4 dage senere. Herefter er spørgeskemaet blevet genudsendt manuelt via SMS og e-mail efter behov.

Fra november 2021 blev rykkere for både spørgeskema og videooptagelse desuden sendt til deltagere via Digital Post med survey-systemet Defgo. Dette blev tilføjet, da der var mange deltagere, der havde fået nyt telefonnummer eller e-mailadresse, og som vi derfor ikke kunne få fat i ved opfølgningerne. Ved igangsættelsen af dataindsamlingen i 2018 var der ikke mulighed for at sende via Digital Post.

Mødrene havde mulighed for at få hjælp til at udfylde spørgeskemaet fra en forskningsmedarbejder eller en kommunal medarbejder.

VIVE har jævnligt sendt en oversigt til hver kommune i forhold til status på dataindsamlingen for deres deltagere. Her fremgår det både, om tidligere opgaver er opfyldt, samt hvornår næste opgave indtræder for hver enkelt deltager. Dette giver et nemt overblik over de forskellige dele af dataindsamlingen.

Spørgeskemaerne indeholder omkring 120-140 spørgsmål og kan besvares på omkring 20-30 minutter. Som tak for hjælpen har deltagerne fået et gavekort på 150 kr. for de tre spørgeskemaer (hævet til 200 kr. i oktober 2022).

Når barnet fylder 12 og 22 måneder modtager mor en anmodning om at optage en video, hvor de er sammen med barnet. Hvis videoen ikke er modtaget efter nogle uger, rykkede vi via individuelle SMS'er og opkald efter behov. Fra november 2021 blev anmodning om video desuden sendt til deltagere via Digital Post. De kommunale medarbejdere har hjulpet med at optage videoer, og VIVE har også tilbudt at optage videoen digitalt eller ved at komme på hjemmebesøg hos familien. Deltagerne modtager et gavekort på 300 kr. for at indsende en videooptagelse.

Spørgeskemaerne kan ved behov rekvireres ved VIVE.

Måleredskaberne, der indgår i spørgeskemaerne, fremgår af Tabel 10.2.

Tabel 10.2 Oversigt over indhold i spørgeskemaerne

		T0	T1	T2	T3	T4
Forældre						
Baggrundsdata	Alder, uddannelse osv.	✓		✓	✓	✓
Refleksiv funktion, graviditet	PRFQ-P	✓				
Trivsel	WEMWBS	✓		✓	✓	✓
Trivsel	WHO-5					✓
Angst og depression	HADS	✓				
Helbred og tilfredshed		✓		✓	✓	✓
Amning		✓		✓	✓	
Uddannelse og job		✓			✓	✓
Økonomi		✓		✓	✓	✓

		T0	T1	T2	T3	T4
Netværk	Fortrolige, støtte	✓		✓	✓	✓
Professionel støtte					✓	✓
Mobil forbrug					✓	✓
Forbrug af alkohol og stoffer		✓			✓	✓
Forbrug af medicin					✓	
Ryging		✓		✓	✓	✓
Nære relationer	ECR-R	✓				
PTSD-symptomer	PTSD-8		✓			
Traumer i barndommen	CTQ		✓			
Fødselsdepression	EPDS			✓	✓	✓
Forældreskab	BaM-13			✓		
Refleksiv funktion	PRFQ				✓	✓
Forældrestress	PSS				✓	✓
Prævention				✓	✓	
Tilfredshed med tværfagligt samarbejde					✓	
Forhold til partner						✓
Barn						
Socio-emotionel udvikling	ASQ-SE2			✓	✓	✓
Socio-emotional udvikling	SDQ					✓
Fysisk og motorisk udvikling	ASQ-3			✓		
Sprog og kommunikation	2-5					✓
Skærmtid						✓
Læringsaktiviteter	Synge, læse				✓	✓
Relation						
Relation	MABISC				✓	
Forvrængede repræsentationer	MIRS					✓
Samspil (video)	CIB				✓	✓
Familieprofil	SEAM family profile					✓

I de næste afsnit beskriver vi de måleredskaber og enkeltspørgsmål, som indgår i evalueringen.

10.5.2 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. Følgende er en gennemgang af de måleredskaber, der indgår 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). 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. Items, der indgår i Opacity of mental states-subskaalen, er omkodet fra 1 2 3 4 5 6 7 til 3 5 7 5 3 1, således at den højeste score gives til svar i midten af skalaen.

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 2 subskalaer: 'tilknytningsbaseret ængstelse' (frygt for at blive forladt og krav om nærhed) og 'tilknytningsbaseret undgåelse' (frygt for nærhed og afhængighed). Hver subskala går fra 6 til 42, hvor en lav score indikerer en tryk tilknytning (hhv. lav grad af ængstelse og lav grad af undgåelse).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) er et 28 item-skema til at identificere **misbrug og omsorgssvigt i barndommen**. Svarkategorier er en Likert-skala fra 1-5, hvor 1 er aldrig, og 5 er ofte. CTQ består af fem subskalaer: 'følelsesmæssige overgreb', 'fysiske overgreb', 'seksuelle overgreb', 'følelsesmæssige omsorgssvigt' og 'fysiske omsorgssvigt'. Hver subskala går fra 5-25, hvor en lav score indikerer færre traumatiske oplevelser.

PTSD-8 (Hansen et al., 2010) er et 8 item-skema, der måler symptomer på **posttraumatisk stress disorder (PTSD)**, fx invaderende, undgåelse og hypervigilance. Svarkategorier er 'slet ikke', 'sjældent', 'noget af tiden' og 'for det meste'. Total score går fra 8 til 32, hvor lav score indikerer lavere grad af PTSD.

10.5.3 Opfølgende målinger (T2, T3 og T4)

I de opfølgende målinger anvender vi forskellige måleredskaber til at vurdere effekten af MTB. Vi præsenterer her det primære og de sekundære udfaldsmål.

10.5.3.1 Det primære udfaldsmål

Det primære resultatmål er **mors sensitivitet**, når barnet er 12 og 24 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-sampil 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:

1. Forælder: Sensitivitet, påtrængenhed og grænsesætning
2. Barn: Involvering, tilbagetrækning og efterlevelse
3. Dyade: Gensidighed og negative tilstande.

CIB kodes på baggrund af en 6 minutter lang videooptagelse af fri leg, der er optaget i hjemmet – enten af familien selv eller af fx MTB-kliniker eller sundhedsplejersken. CIB-systemet er valideret og anvendes i mange studier af både risiko- og ikke-risiko-familier til at undersøge forældre-barn-samspil (Feldman, 2010, 2012; Feldman et al., 2003, 2013; Feldman & Eidelman, 2006).

Mor-barn-samspillet er kodet af to trænede kodere, der ikke kender til, om familien tilhører indsats- eller kontrolgruppen. Inden, kodningen gik i gang, sikrede vi, at enighed imellem koderne var på mindst 85 % baseret på kodning af mindst 10 % af tilfældigt udtrukne videoer fra det samlede sample.

Intern reliabilitet er 91 % på baggrund af dobbeltkodning af 14 samspil.

10.5.3.2 Sekundære resultatmål

Forældre-barn samspillet vil blive målt med de resterende subskalaer af CIB: 'påtrængenhed', 'grænsesætning', 'involvering', 'tilbagetrækning', 'efterlevelse', 'gensidighed' og 'negative tilstande'.

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.

WHO-5 (Bech, 2004) består af 5 positivt formulerede items og måler **generel trivsel** i de seneste 14 dage. Svarmulighederne er: 'hele tiden', 'det meste af tiden', 'lidt mere end halvdelen af tiden', 'lidt mindre end halvdelen af tiden', 'lidt af tiden' og 'på intet tidspunkt'. Den samlede score går fra 0 til 100, hvor en høj score indikerer bedre trivsel.

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 mentaliseringssevne**. PRFQ består af tre subskalaer, der går fra 6 til 42: 1) Forvrænget mentalisering (eller præmentalisering) (Pre-Mentalizing Modes PRFQ-PM) 6 items (en lav score indikerer bedre refleksionsevne); 2) Vished om tanker og følelser (Certainty about Mental States PRFQ-CMS) 6 items (en høj score indikerer bedre refleksionsevne); 3) Nysgerrighed og interesse (Interest and curiosity in mental states PRFQ-IC) 6 items (en høj score indikerer bedre refleksionsevne). Items, der indgår i PRFQ-CMS-subskalalen, er omkodet fra 1 2 3 4 5 6 7 til 1 3 5 7 6 4 2, således at den højeste score gives til svar i midten af skalaen.

The Parenting Stress Scale (PSS) (Berry & Jones, 1995; Pontoppidan et al., 2018) består af 18 items, der måler **oplevet stress i forælderrollen**. Den danske version består af to subskalaer: 'forældrestress' og 'mangel på tilfredshed i forælderrollen'. 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 Couple Satisfaction Index (Funk & Rogge, 2007) består af 4 items, der måler **tilfredshed med parforholdet**. Svarmulighederne går fra 1-5 (not at all true to completely true). Total score går fra 5 til 20, hvor en højere score indikerer højere tilfredshed med parforholdet.

The SEAM Family Profile (Squires et al., 2017) består af 17 items, der måler **karaktéristika i familien**, som fx bekymring og behov for støtte. Der er tre svarmuligheder ('for det meste'; 'nogle gange'; 'ikke endnu eller ved det ikke').

Agess and Stages Questionnaire 3 (ASQ:3) (Squires et al., 2009b) består af 30 items og måler **barnets udvikling**. ASQ:3 består af følgende subskalaer: 'kommunikation' (Communication), grovmotorik (gross motor), 'finmotorik' (fine motor), 'problemløsning' (problem solving) og 'personligt og socialt' (personal-social). Cronbach's alpha går fra 0,67 til 0,85 for de fem subskalaer i versionen for børn på 3 måneder (Squires et al., 2009a). En høj score indikerer bedre udvikling.

Agess and Stages Questionnaire-Social Emotional 2 (ASQ:SE-2) (Squires, Bricker & Twombly, 2015) måler **barnets socio-emotionelle udvikling** og består af følgende subskalaer: 'selvregulering' (self-regulation), 'efterlevelse' (compliance), 'social kommunikation' (social-communication), 'adaptiv adfærd' (adaptive functioning), 'selvstændighed' (autonomy), 'affekt' (affect) og 'interaktion med andre' (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. (Squires, Bricker & Twombly, 2015).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Arnfred et al., 2019; Niclasen et al., 2012) til forældre til børn i alderen 2-4 år består af 25 spørgsmål, der måler **barnets adfærd og trivsel**. Der er tre svarmuligheder ('passer ikke', 'passer delvist' og 'passer godt'). SDQ har 5 domæner: 'Hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder', 'Følelsesmæssige symptomer', 'Adfærdsmæssige symptomer', 'Vanskeligheder i forhold til jævnaldrende' og 'Sociale styrkesider'. De 4 problemområder samles til en samlet problemscore. Der er desuden 7 spørgsmål i forhold til barnets funktion i hverdagen.

Spørgeskemaet 2-5 (Kadesjö et al., 2017) består af 124 items, der måler **barnets sproglige udvikling**. Vi anvender følgende to subskalaer: 'sprogforståelse' (7 items) og 'talesprog' (10 items). Der er tre svarmuligheder ('passer ikke', 'passer nogle gange/i en vis grad' og 'passer godt'). Der summeres til en totalscore. For sprogforståelse går totalscore fra 7-21, og for talesprog er det fra 10-30. For begge skalaer gælder, at en lav score indikerer god sprogudvikling.

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.

The Mother-Infant Relationship Scale (MIRS) (Newman-Morris et al., 2020) [105] består af 19 items, der måler **forvrængede mentale repræsentationer**. Der er fire svarmuligheder (fra aldrig til altid). Total score går fra 15-45, og en lav score indikerer mindre forvrængede repræsentationer.

Aktiviteter med barnet består af 4 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.

Ud over brug af måleredskaberne bliver mødre stillet enkelte spørgsmål om deres **overordnede helbred, livstilfredshed, forventninger til amning, barnets temperament, brug af prævention, netværk og 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 Beskæftigelses Indikator Projektet (BIP) (Rosholm et al., 2017).

10.5.4 Intern reliabilitet af måleredskaber

Reliabilitet handler overordnet set om pålidelighed, det vil sige hvor nøjagtig, en skala er. Intern konsistens handler om, hvor godt de enkelte items i skalaen hænger sammen. Intern konsistens undersøges ved, at man sætter et tal på, hvor godt hvert enkelt spørgsmål i testen hænger sammen med de andre spørgsmål inden for samme skala. Et hyppigt brugt mål er Alpha koefficienten, også kaldet Cronbach's Alpha, som angives fra 0 til 1.

Cronbach's Alpha kan skrives som en funktion af antallet af testelementer og den gennemsnitlige inter-korrelation mellem emnerne. Hvis man øger antallet af items, øger man Cronbach's Alpha. Derudover, hvis den gennemsnitlige inter-item korrelation er lav, vil Alpha være lav. Efterhånden som den gennemsnitlige inter-item-korrelation stiger, stiger Cronbach's Alpha også (hvis antallet af items holdes konstant). Cronbach's Alpha skal gerne være på mindst 0,70.

Tabel 10.3 viser Cronbach's Alpha for skalaer anvendt i de tre spørgeskemaer.

Tabel 10.3 Cronbach's Alpha for skalaer i spørgeskemaer

Cronbach's Alpha	Baseline	3 mdr.	12 mdr.
P-PRFQ total	0.67		
P-PRFQ – Gennemsigtighed/PRFQ – Forvrænget mentalisering	0.62		0.60
P-PRFQ – Tænker på fosteret/barnet / PRFQ – Vished om tanker og følelser	0.63		0.70
P-PRFQ – Flexibilitet/PRFQ – Nysgerrighed og interesse	0.58		0.70
ECR-S – Total	0.65		
ECR-S Ængstelse	0.65		
ECR-S Undgåelse	0.70		
Trivsel	0.78	0.84	0.83
HADS – Angst	0.83		
HADS – Depression	0.75		
At være mor		0.83	
Fødselsdepression		0.88	0.90
ASQ:3 kommunikation		0.53	
ASQ:3 grovmotorik		0.57	
ASQ:3 finmotorik		0.75	
ASQ:3 problemløsning		0.69	
ASQ:3 personligt og socialt		0.59	
ASQ:SE total		0.75	0.68
ASQ:SE selvregulering		0.55	0.42
ASQ:SE adaptiv adfærd		0.28	0.25
ASQ:SE affekt		0.23	0.22
ASQ:SE social kommunikation		0.57	0.62
ASQ:SE interaktion med andre		0.30	0.20
Mor-barn-interaktion			0.73
Aktiviteter			0.63
Forældrestress			0.65
Mangel på forældretilfredshed			0.72

Anm.: N = 256 (baseline), N=228 (3 mdr.), N = 187-199 (12 mdr.).

Kilde: MTB-spørgeskemaer.

Ved baseline-målingen er intern reliabilitet i den lave ende for en stor del af skalaerne, men acceptabel for 'ECR – S Ængstelse', 'Trivsel' samt 'HADS – Angst' og 'HADS – Depression'.

Når barnet er 3 måneder gammelt, er intern reliabilitet god for alle skalaer, der handler om mor ('Trivsel', 'At være mor' og 'Fødselsdepression (EPDS)'). I forhold til skalaer, der måler barnets trivsel og udvikling, er intern reliabilitet acceptabel for 'Finmotorik', 'Problemløsning og ASQ:SE-2 totalscoren, lav for 'grovmotorik', 'personligt og socialt', 'selvregulering' og 'social kommunikation' og meget lav for 'adaptiv adfærd', 'affekt' og 'interaktion med andre'.

Når barnet er 12 måneder gammelt, er der ligeledes god intern reliabilitet for de fleste mål, som handler om morens trivsel, refleksion og relation til barnet samt tilnærmelsesvis acceptabel intern reliabilitet for ASQ:SE2 totalscoren, men dårligere for mange af skalaerne om barnets udvikling.

Der er en stor variation i små børns udvikling, og udviklingen går meget stærkt, hvilket betyder, at det er vanskeligt at måle små børns udvikling. Derfor kan det være særlig svært at opnå høj reliabilitet for disse skalaer.

Intern reliabilitet er generelt højere for totalscorer end for subskalaer. Resultater for totalscorer bør derfor tillægges større vægt i fortolkninger end resultater for subskalaer.

10.5.5 Implementering af MTB-indsatsen

For at kunne se, hvordan MTB-indsatsen implementeres for de deltagende familier, har MTB-klinikerne udfyldt et kort spørgeskema efter hver kontakt med familien. Her skulle de angive dato for kontakt, hvor lang tid kontakten varede, hvem der var til stede, samt hvad de beskæftigede sig med.

Disse data er beskrevet, frem til barnet er 365 dage gammelt, i Kapitel 5.

10.5.6 Interviews af kommuner og MTB-deltagere

Der er gennemført interviews med kommuner om den sædvanlige indsats og med MTB-familier omkring deres oplevelse af forløbet.

10.5.6.1 Kommuners sædvanlig indsats

I forbindelse med kortlægning af de deltagende kommuners sædvanlige indsatser er der gennemført 16 kvalitative interviews med en medarbejder i ni af de

deltagende kommuner. Otte interviews er gennemført i 2019 og 2021, mens otte er gennemført i 2023 for at undersøge, om noget havde ændret sig over tid.

I 2019 og 2023 er der desuden gennemført desk research om kommunernes sædvanlige indsatser til gravide på deres hjemmeside eller via dokumenter leveret af kommunen.

For de ni interviewede kommuner gælder:

- To kommuner har kun MTB-familier og ingen kontrolfamilier.
- En kommune har kun en enkelt kontrolfamilie.
- Syv kommuner har både MTB og kontrolfamilier.

Interviewene er gennemført telefonisk med tovholderne for MTB-indsatsen. Tovholderne har følgende baggrund: Fire er sundhedsplejersker, en er socialrådgiver, to er psykologer og to er familiebehandlere.

I Tabel 10.4 vises en oversigt over gennemførte interviews.

Tabel 10.4 Interviews med kommuner om sædvanlig indsats

Kommune	2019/2021	2023
Aarhus	X	X
Billund*	X	
Frederikshavn*		
Herning	X	X
Hvidovre	X	X
Næstved	X	X
Ringkøbing-Skjern	X	X
Ringsted	X	X
Silkeborg	X	X
Thisted**		X
I alt	8	8

Note: *Ingen kontrolfamilier, **Kun kontrolfamilier.

Interviews blev optaget, og der blev skrevet referat og transskription af centrale dele.

10.5.6.2 Exit-interviews med MTB-familier

Der er gennemført i alt 15 exit-interviews over tre omgange; tre i november 2021, ni i januar til maj 2022 og tre i maj 2023. De semi-strukturerede interviews er foregået telefonisk eller virtuelt via Zoom med mødre og eventuelt deres partnere op til eller lige efter, at de har haft sidste besøg af MTB-teamet.

Formålet med exit-interviewene er at få en forståelse af, hvordan MTB-familierne har oplevet at modtage interventionen. Hvert interview tager udgangspunkt i en interviewguide, der har fokus på informanternes egne oplevelser og tanker omkring det at være en del af MTB-forløbet.

Informanter, som havde børn, der var omkring 2 år gamle, blev kontaktet via SMS og spurgt, om de havde lyst til at deltage i et afsluttende interview om deres oplevelse med at få interventionen. Som tak for deltagelsen har informanterne fået et gavekort på 200-300 kr.

Alle interviews er optaget elektronisk efter samtykke fra deltagerne. Hvert interview er gennemlyttet og transskriberet så ordret mod informanternes udsagn som muligt. Interviews er kodet ved hjælp af tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) og er kodet i Nvivo.

Kodningen er foretaget på tværs af hver case over to gange. Første kodning er foretaget ud fra, hvad informanterne beretter i hvert udsagn. Derefter er der på baggrund af første kodning foretaget en overordnet tematisk kodning for at skabe temaer, der går på tværs af hver case, og som opsamler de oplevelser og erfaringer, der går igen.

10.5.7 Registerdata

Når alle børn er fyldt 2 år, indhenter vi desuden data fra nationale registre såsom Danmarks Statistik og Patientregistret samt arbejdsmarkedsdata (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 arbejdsmarkedstilknøytning for forældrene.

10.6 Statistiske analyser

De kvantitative analyser baserer sig både på deskriptiv karakterisering af de deltagende mødre, beskrivende statistik af omfanget af indsatsen samt en effektmåling.

10.6.1 Deskriptive analyser og statistiske sammenligninger

Den kvantitative analyse vil med deskriptiv statistik karakterisere de deltagende mødre på baggrund af deres besvarelser – både mødre, som modtager indsatsen, samt kontrolgruppen. Den deskriptive statistik præsenterer data ud fra gennemsnitsværdier eller frekvensfordelinger. Derudover benytter vi statistiske test – t-test og χ^2 -test – til at sammenligne og måle statistiske forskelle mellem indsats- og kontrolgruppen. T-testen anvendes på ordinale variable og variable målt på intervaller, mens χ^2 -testen anvendes på nominale variable. Vi benytter et signifikansniveau på 5 % til at vurdere, om forskelle er så store, at de skyldes andet end tilfældig variation (se Boks 10.1 for en forklaring). Hvis signifikansniveauet er mellem 5-10 %, betegner vi det som en potentiel effekt.

Boks 10.1 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.

10.6.2 Effektmåling

I effektmålingen undersøger vi, hvilke effekter mødrene i MTB-gruppen har relativt til kontrolgruppen på en række udfaldsmål vedrørende morens trivsel og helbred, barnet fysiske og socio-emotionelle udvikling samt antallet af anbringelser.

I effektmålingen udnyttes det, at kommunerne er blevet randomiseret til det tidspunkt, de skulle implementere MTB på, og at det derfor er relativt tilfældigt, om den gravide er blevet allokeret til kontrol- eller MTB-gruppe. Ved en succesfuld randomisering vil man forvente, at mødrene i de to grupper er sammenlignelige, og at der ikke er systematiske forskelle imellem dem. Vi undersøger dette ved en såkaldt balancetest, hvor gennemsnitsværdier (eller frekvensfordelinger) af karakteristika målt ved baseline testes for forskelle mellem MTB- og kontrolgruppen som beskrevet i ovenstående afsnit.

Variable med statistiske eller tilnærmelsesvis signifikante forskelle (p -værdi $< 0,10$) mellem indsats- og kontrolgruppen vil blive inkluderet i estimering af effekterne som kontrolvariable, der korrigerer for disse forskelle.

Blandt de mødre, som har udfyldt baseline-målingen, er det ikke alle, som også gennemfører de senere dataindsamlinger. Vi undersøger derfor, om der er systematiske forskelle mellem de fortsat-deltagende og de udgåede mødre på baggrund af deres karakteristika angivet ved baseline-målingen. Ligesom balancetesten foretages frafaldsanalysen som en sammenligning og test af statistiske forskelle.

Multiple imputation by chained equations (MICE) anvendes til at håndtere de manglende besvarelser ved 3- og 12 måneders-opfølgningen. Princippet bag MICE er at anvende de gennemførte besvarelser fra de deltagere, som minder mest om dem, der mangler at svare, til at udfylde (imputere) de manglende besvarelser (se White et al. (2010) for en grundig beskrivelse). På grund af usikkerheden ved de valgte værdier gentages imputeringen af flere omgange, hvor der dannes et datasæt for hver omgang med imputeringsværdier. Antallet af omgange i denne analyse er bestemt ved tommelfingerreglen om, at antallet af omgange minimum bør være lig procentandelen af manglende besvarelser. For enkelte udfaldsmål mangler der besvarelser på op til 31 % ved 3 måneders-opfølgningen, og vi har derfor valgt at foretage 31 imputeringer. Vi vælger samme antal imputeringer ved 12 måneders-opfølgningen.

Ved imputeringen erstattes de manglende besvarelser med plausible værdier fra statistiske modeller. For hver variabel med manglende besvarelser opstilles en imputeringsmodel med udgangspunkt i den statistiske fordeling af de observerede værdier samt den underliggende struktur af de manglende besvarelser. I opstillingen af en imputeringsmodel vælges en statistisk fordeling og variable til at inkludere i imputeringen. Da udfaldsmålene primært er begrænset, i hvilke værdier de kan antage, anvender vi predictive mean matching som imputeringsmodeller. Imputeringen foretages separat for indsats- og kontrolgruppen.

Valget af variable i imputeringsmodellerne følger anbefalingerne af White et al. (2010), som foreslår at inkludere variable fra analysemodellen, prediktorer af

frafald (variable fra frafaldsanalysen med signifikante forskelle) samt prediktorer af udfaldsmålene. For at bestemme stærke prediktorer for de enkelte udfaldsmål anvendes en "elastic net regularization"-model. Af hensyn til det relativt lave antal observationer i kontrolgruppen med komplette besvarelser ved 3 måneders-opfølgningen justeres antallet af inkluderede variable for at sikre konvergering af imputeringsmodellen.

Efter imputeringen foretages en samlet regressionsanalyse på tværs af alle imputeringsdatasæt.

Hovedanalysen af effekterne på de primære og sekundære udfaldsmål bliver dermed estimeret på baggrund af multipel imputering og regressionsanalyse. I regressionsanalysen inkluderes en binær indikator for MTB-gruppen samt en række kontrolvariable. Kontrolvariablene består af ubalancerede variable fundet i balancetesten samt en række indikatorer for det kvartal, hvor besvarelsen af baseline fandt sted, for at kontrollere for faktorer, som rammer ensartet over tid, som fx covid-19. Koefficienten på den binære indikator for MTB måler effekttestimatet. Konfidensintervallet samt p-værdien for denne koefficient anvendes til at vurdere den statistiske signifikans. Vi anvender Cohen's d til at måle effektstørrelsen af effekttestimatet. Samtidig estimerer vi effekten af MTB på standardiserede udfaldsmål til den grafiske præsentation af resultaterne.

11 Data

Data anvendt i de statistiske analyser i denne rapport bygger på dataindsamlinger ved baseline (T0 og T1), når barnet er 3 måneder (T2) og 12 måneder gammelt (T3) samt oplysninger fra besøgsskemaer udfyldt af MTB-klinikerne efter hver kontakt med mødre og registreringer om anbringelser.

Beskrivende statistik opdelt på MTB- og kontrolgruppe ses i Bilag 1 for baseline, Bilag 2 for data, når barnet er 3 måneder gammelt, og i Bilag 3 for data, når barnet er 12 måneder gammelt.

I dette kapitel præsenteres dels, hvad der karakteriserer deltagerne ved opstart i projektet, dels analyser, der understøtter og validerer effektmålingen af rapporteret i Kapitel 8. I afsnittene 11.2 og 11.3 præsenteres analyser af MTB-gruppens udvikling over tid igennem projektet. Da effektmålingen er en gennemsnitsbetragtning, vil denne analyse have til formål at nuancere resultaterne i forhold til fortolkning særligt ved at afbilde variationen i forældrenes udvikling.

Dernæst har vi foretaget en række validitets- og robusthedsanalyser, der har til formål at undersøge sensitiviteten af resultaterne fra effektmålingen. Robusthedsanalyserne undersøger, hvorvidt resultaterne er sensitive i forhold til antagelserne ved de anvendte statistiske modeller.

11.1 Hvem er deltagerne i projektet?

Dette kapitel er baseret på, hvad deltagerne har svaret i baseline-spørgeskemaet, der er udsendt umiddelbart efter rekruttering, og et spørgeskema om tidligere oplevelser, de besvarede senere i graviditeten. For at få et indtryk af, hvordan målgruppen oplever at have et lille barn, og hvad det betyder for deres alkohol- og rygevaner, har vi suppleret med information fra spørgeskemaerne, når barnet er 3 og 12 måneder gammelt.

Vi viser resultaterne for den samlede gruppe af deltagere (både kontrol og MTB). Sidst i kapitlet laver vi en sammenligning af de to grupper ved opstart i projektet, hvor forskelle imellem de to grupper vil fremgå. Gennemsnit, standardafvigelser og test for forskelle er vist i tabeller i Bilag 1.

Foruden barnets mor har nogle af børnenes fædre deltaget i undersøgelsen. Data for fædre indgår ikke i dette notat, men vil blive inddraget senere.

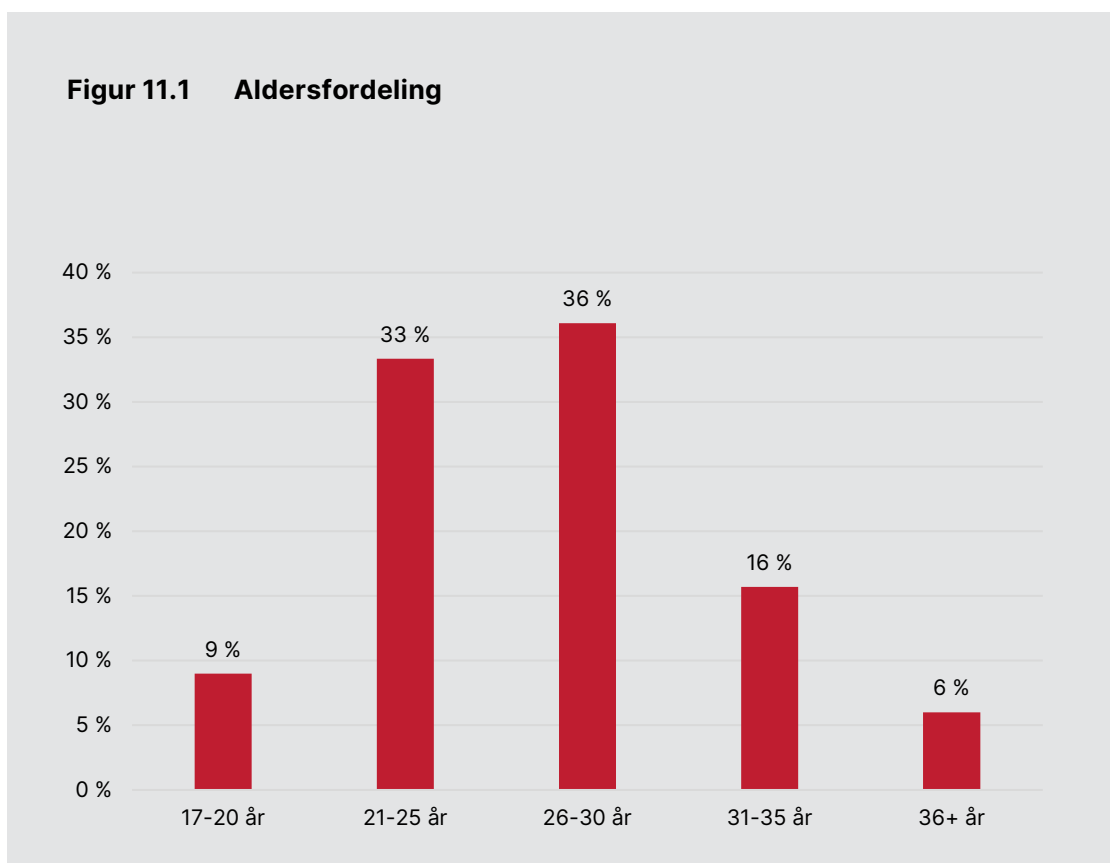
11.1.1 Ved opstarten

Ved rekrutteringen til projektet får den gravide tilsendt baseline-spørgeskemaet. Svarene afspejler derfor, hvordan deltagerne har det under graviditeten.

Der er i alt 256 kvinder, som (enten helt eller delvist) besvarede baseline-spørgeskemaet. Heraf er 73 er allokeret til kontrolgruppen, og 183 er allokeret til at deltage i MTB. Antallet af besvarelser til de enkelte spørgsmål kan variere grundet delvise besvarelser, hvorfor antallet af svar (n) er angivet i figurene.

11.1.2 Baggrundsdata for de gravide deltagere

De gravide er ved opstart i projektet i aldersgruppen 17-43 år med en gennemsnitlig alder på 27 år. Af Figur 11.1 fremgår den aldersmæssige fordeling for alle de gravide. Figuren viser, at 2 ud af 3 gravide er 21-30 år gamle.



Anm.: N = 256.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

Den familiemæssige sammensætning varierer. Størstedelen af de gravide bor sammen med en ægtefælle eller partner (71 %). Knap hver fjerde gravide angiver at bo alene, og 10 % bor sammen med egne og/eller børn, som ikke er deres, mens en mindre andel bor sammen med andre, fx deres forældre.

For de fleste gravide (74 %) venter de det første barn. Resten (26 %) har ét eller flere børn i forvejen. At størstedelen af kvinderne er førstegangsfødende, er også forklarende for den relativt store andel af kvinder i aldersgruppen 21-30 år. Gennemsnitsalderen for førstegangsfødende i Danmark er 29,8 år (2021, Statistikbanken). De førstegangsfødende i denne undersøgelsen har en gennemsnitsalder på 26,3 år, hvilket dermed er yngre end landsgennemsnittet.

Langt hovedparten (90 %) af de gravide taler primært dansk i hjemmet. For de 10 % af de gravide, der angiver, at der tales et andet sprog i hjemmet, er det arabisk, engelsk, farsi, færøsk, kurdisk, polsk, tyrkisk, tysk eller andre sprog.

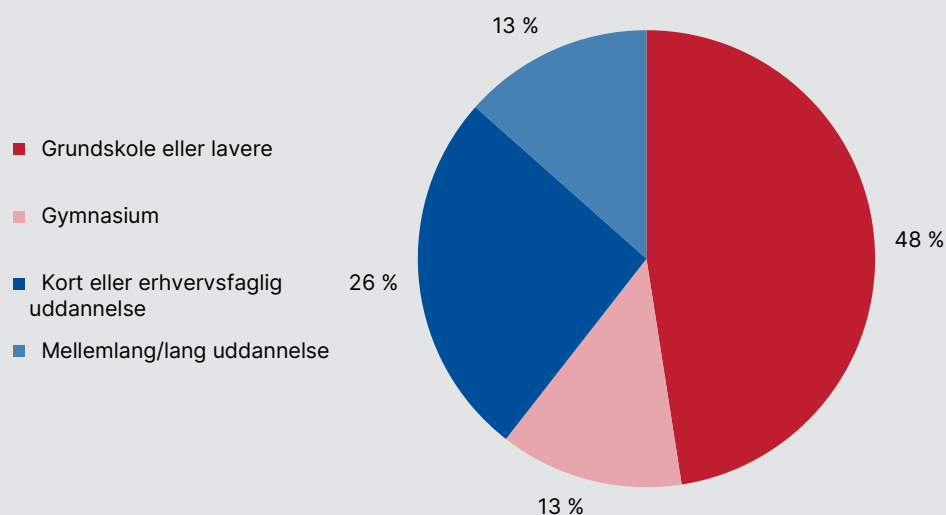
11.1.2.1 Uddannelse og arbejdsmarkedsstatus

De gravide er desuden blevet bedt om at angive deres højeste opnåede uddannelse. Uddannelsesniveauerne er grupperet i fire kategorier:

1. Grundskole eller lavere
2. Gymnasial uddannelse
3. Kort (akademisk) eller erhvervsfaglig uddannelse
4. Mellemlang (professionsbachelor) eller lang (universitets-)uddannelse.

Som det fremgår af Figur 11.2, har halvdelen af kvinderne angivet, at deres højeste uddannelse er grundskolen eller lavere. 13 % angiver at have en gymnasial uddannelse, 26 % angiver at have en kort eller erhvervsfaglig uddannelse, og 13 % har en mellemlang eller lang uddannelse.

Figur 11.2 Uddannelsesniveau



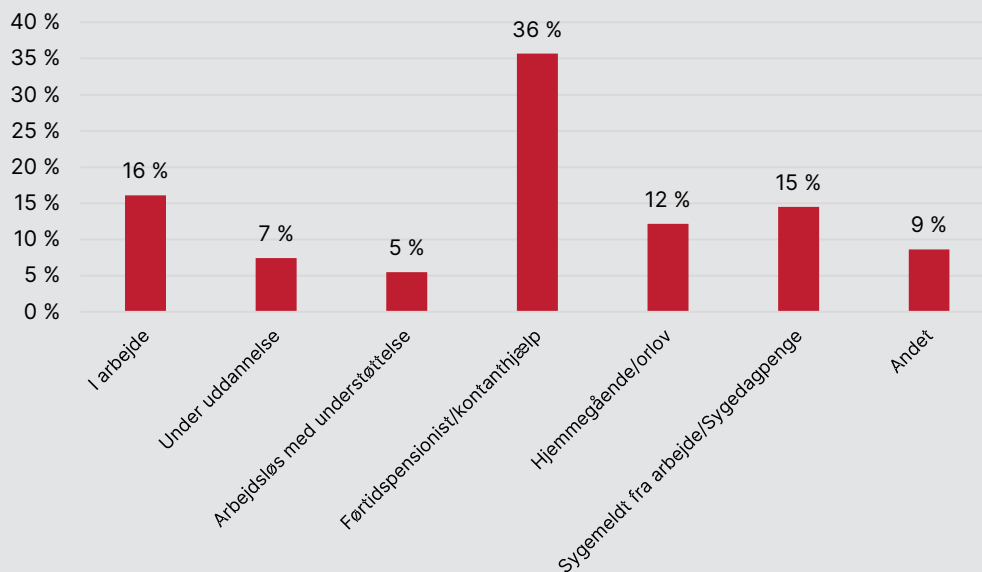
Anm.: N = 255.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

Hvis vi sammenligner uddannelsesniveauet blandt deltagerne med danske kvinder i alderen 15-39 år generelt, så har deltagerne en væsentligt kortere uddannelse. Blandt alle danske kvinder i alderen 15-39 har 28 % højst fuldført en grunduddannelse, 20 % en gymnasial uddannelse, 18 % en kort eller erhvervsfaglig uddannelse og 35 % en mellemlang eller lang uddannelse. Denne gruppe inkluderer dog også kvinder, der ikke er gravide eller har børn.

De gravides arbejdsmarkedsstatus er vist i Figur 11.3. Mere end hver tredje af de gravide er på førtidspension eller modtager kontanthjælp (36 %). For 21 % gælder det, at de er enten arbejdsløse med understøttelse eller sygemeldt. Omkring hver femte af de gravide er i arbejde (16 %) eller under uddannelse (7 %). Der er 12 %, som er hjemmegående eller på orlov, mens 9 % har valgt kategorien "andet".

Figur 11.3 Arbejdsmarkedsstatus



Anm.: N = 255.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

Fra oplysningerne vedrørende uddannelsesniveau samt arbejdsmarkedsstatus er det tydeligt, at deltagerne i undersøgelsen har en lav socioøkonomisk status karakteriseret ved lav uddannelse og en stor andel, som ikke er i beskæftigelse eller uddannelse.

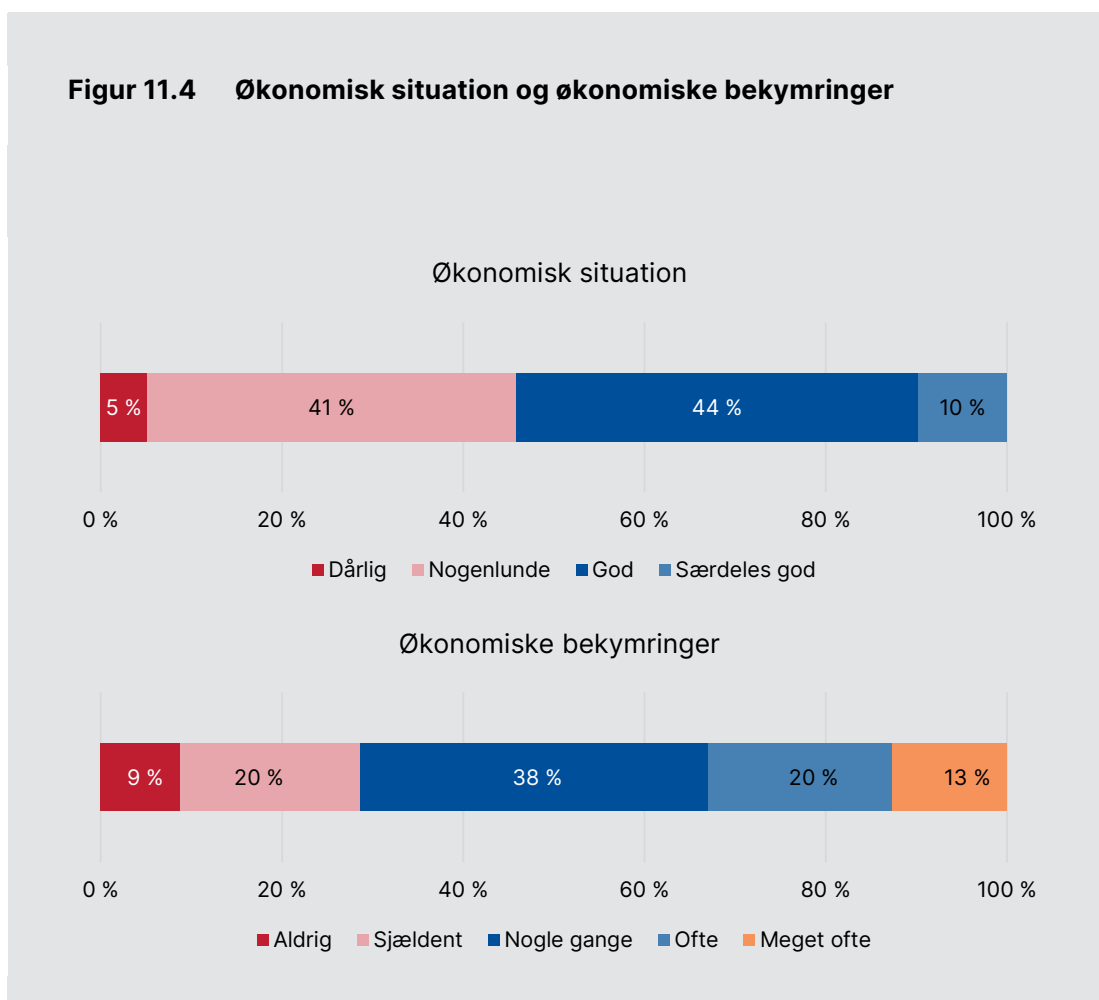
11.1.2.2 Økonomisk situation

De gravide er blevet bedt om selv at forholde sig til deres privatøkonomi. Figur 11.4 beskriver de gravides egen bedømmelse af deres økonomiske situation, samt hvor ofte de er bekymrede over økonomiske forhold. Samlet set vurderer lidt flere end hver anden af de gravide (54 %), at familiens økonomiske situation er god eller særdeles god. Der er 41 %, som vurderer, at den er nogenlunde, mens et mindretal af de gravide vurderer, at deres økonomi er dårlig (5 %). I forhold til, at det kun er en mindre andel af mødrene, som er i beskæftigelse, er det tankevækkende, at de generelt har en positiv vurdering af deres økonomiske situation.

Selv om det kun er et mindretal (5 %), som vurderer, at deres økonomi er dårlig, bekymrer en tredjedel af de gravide (33 %) sig meget ofte eller ofte om

deres privatøkonomi. Der er 38 %, som bekymrer sig nogle gange, mens 29 % sjældent eller aldrig bekymrer sig om økonomien.

Selv om hovedparten af de gravide er relativt positive i forhold til deres økonomi, så er der dog mere end 2 ud af 3, der bekymrer sig om økonomien.



Anm.: N = 255.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

11.1.3 De gravides trivsel og netværk

De kommende mødre blevet bedt om at forholde sig til deres eget helbred og livssituation samt deres trivsel og netværk. De skalaer, som er anvendt i baseline-spørgeskemaet som mål på trivsel og netværk, er beskrevet i Boks 11.1.

- Enkelte spørgsmål om helbred, tilfredshed, ensomhed, praktisk netværk og fortroligt netværk.
- **Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWS)** (Koushede et al., 2019; Stewart-Brown et al., 2009) består af 7 items som mål og er et mål for den gravides trivsel. En samlet score beregnes ved at summere de 7 items, den samlede score går fra 7 til 35. Højere score indikerer bedre mental sundhed.
- **The Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)** (Bjelland et al., 2002; Zigmond & Snaith, 1983) består af 14 items, som måler angst og depression i den foregående uge. HADS indeholder to subskalaer for angst og depression, som begge går fra 0 til 21, hvor lave værdier indikerer mindre angst/depression. For begge skalaer gælder det, at en score på 0-7 er udtryk for "normal", 8-10 indikerer "mild" depression/angst, 11-14 er "moderat", mens 15-21 er "svær".

11.1.3.1 Helbred og livstfredshed

De gravide vurderer deres eget helbred på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er det værste mulige helbred, og 10 er det bedste mulige helbred. De gravide angiver i gennemsnit deres helbred til 6,9, og medianen er 7. I den nationale sundhedsprofil fra 2021 vurderer omkring 86 % af kvinder i alderen 25-44 år, at deres helbred er 'godt', 'vældig godt' eller 'fremragende' (Jensen et al., 2022). De to tal er svære at sammenligne, både fordi der er brugt forskellige skalaer, og fordi deltagerne er gravide. Halvdelen af de gravide i projektet angiver deres helbred til under 7 på en skala fra 0-10, hvilket tyder på, at i hvert fald en mindre del af dem kan opleve udfordringer med helbredet.

Ligeledes har de gravide vurderet deres overordnede tilfredshed med livssituationen på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er 'særdeles utilfreds', og 10 er 'særdeles tilfreds'. I gennemsnit angiver de 7,6 i tilfredshed. I 2015 angav danske kvinder i alderen 18-39 en tilfredshed på 7,4 (Danmarks Statistik, 2015). De gravides tilfredshed er således på niveau med danske kvinder generelt.

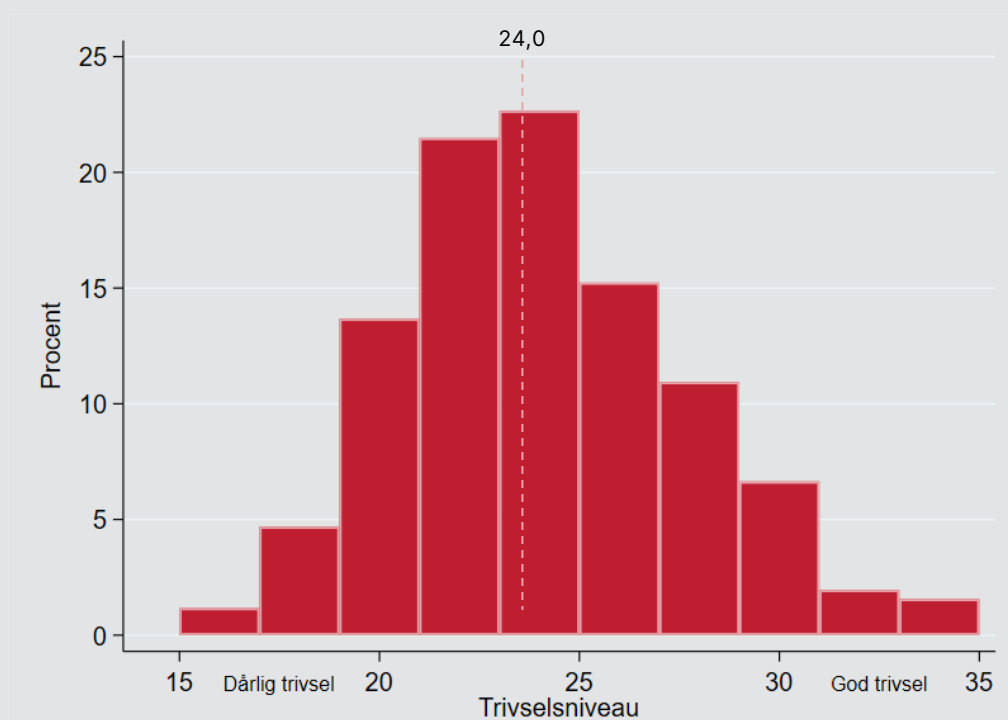
På tværs af alle de gravide er der en stor variation i den angivne helbreds- og tilfredshedsscore. Selv om gennemsnittet er overvejende positivt, er det langt fra gældende for alle gravide.

11.1.3.2 Trivsel

De gravides trivsel bliver målt ud fra SWEMWS (Koushede et al., 2019) (se Boks 11.1). Deres gennemsnitlige totalscore er 24,0, hvilket ligger meget tæt på de 24,1, som er den gennemsnitlige totalscore for danske kvinder (Koushede et al., 2019).

Af Figur 11.5 fremgår det, hvorledes de gravide fordeler sig i forhold til deres angivne trivselsniveau. Store andele af de gravide angiver en trivsel tæt på gennemsnitsværdien (24,0). Bemærk, at skalaen går fra 7-35, og at ingen gravide har angivet værst mulige trivselsniveau, hvorimod en lille andel har angivet højest mulige trivsel. Af figuren ses det, at en væsentlig andel af de gravide angiver et lavere niveau af trivsel end gennemsnittet.

Figur 11.5 Trivsel



Anm.: N = 255.

Den stiplede linje viser middelværdien.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

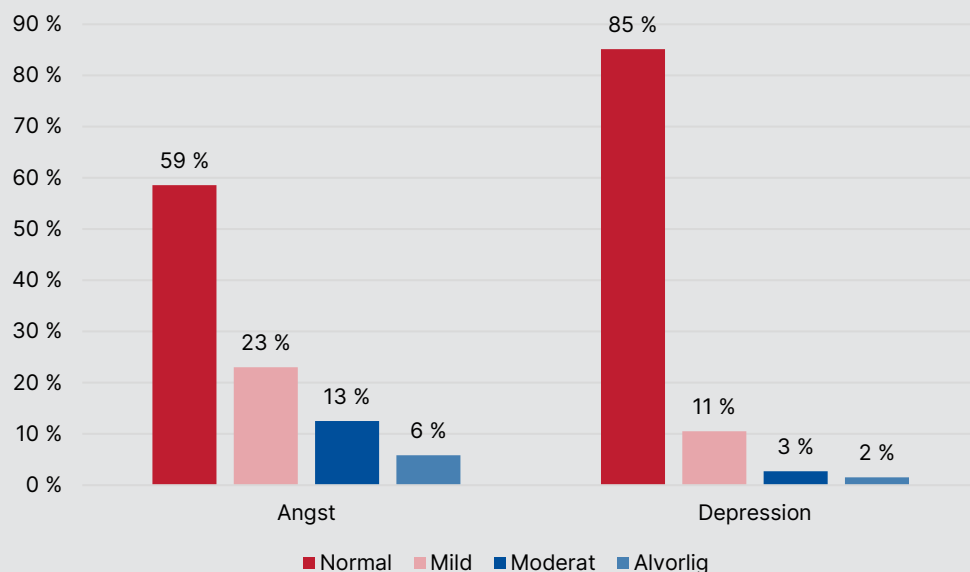
Set i forhold til, at de gravide, der deltager i projektet, er i en relativt sårbar position, så er det tankevækkende, at de ligger på det samme gennemsnit som danske kvinder generelt i forhold til trivsel og livstilfredshed. Dette kan der være flere årsager til. Det kan være, at de korte trivselsmål, der er anvendt i projektet, ikke formår at måle trivslen korrekt i en mere sårbar målgruppe. Det kan også være, at kvinderne er vant til at leve med forskellige udfordringer i deres liv og derfor oplever, at deres trivsel er ganske god, hvis der ikke er sket en væsentlig forringelse.

11.1.3.3 Angst og depression

De gravide bliver stillet spørgsmål, der har til formål at måle angst og depression ved hjælp af spørgeskemaet HADS (se Boks 11.2). Svarfordelingerne er præsenteret i Figur 11.6.

Figur 11.6 Angst og depression (HADS)

Andele af de gravide, der oplever normal, mild, moderat eller alvorlig angst eller depression.



Anm.: N = 256.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

De gravide scorer i gennemsnit 7,1 på HADS-angst, hvilket ligger lige på grænsen mellem normalområdet og milde symptomer. I alt 19 % af kvinderne oplever moderate eller svære angstsymptomer, mens yderligere 23 % har milde angstsymptomer. I den Nationale Sundhedsprofil fra 2021 svinger andelen af kvinder med angst meget i forhold til alder – fra 29 % hos de 16-24 årige over 24 % for de 24-34 år til 17 % hos de 35-44 årige (Jensen et al., 2022). Da det ikke umiddelbart fremgår af Sundhedsprofilen, om deres andele omfatter milde symptomer eller ej, er det svært at sammenligne de to tal. Det tyder dog på, at de gravide enten er på niveau med danske kvinder eller har lidt flere angstsymptomer.

I forhold til depression scorer de gravide i gennemsnit 4,2 på HADS-depression, hvilket ligger i normalområdet. I alt 16 % af de gravide angiver milde, moderate eller alvorlige symptomer på depression, mens 85 % af de gravide ligger inden for normalområdet. Til sammenligning finder meta-analyser, at omkring 11 % af gravide og nybagte mødre har depression (Pontoppidan, Smith-Nielsen, et al., 2022). Dette tal dækker over kvinder, der enten har fået en klinisk diagnosticeret depression eller scorer højt nok til at opfylde kravene til en

depression-diagnose. I forhold til deltagerne i dette projekt skal andelen derfor sammenlignes med de 5 % af de gravide i dette projekt, der har moderate eller alvorlige symptomer på depression.

Det ser således ud til, at de gravide i projektet oplever lidt færre symptomer på depression under graviditeten end gravide generelt. Dette kan skyldes, at omkring 15 % af deltagerne tager antidepressiv medicin og derfor ikke aktuelt udviser alvorlige symptomer på depression.

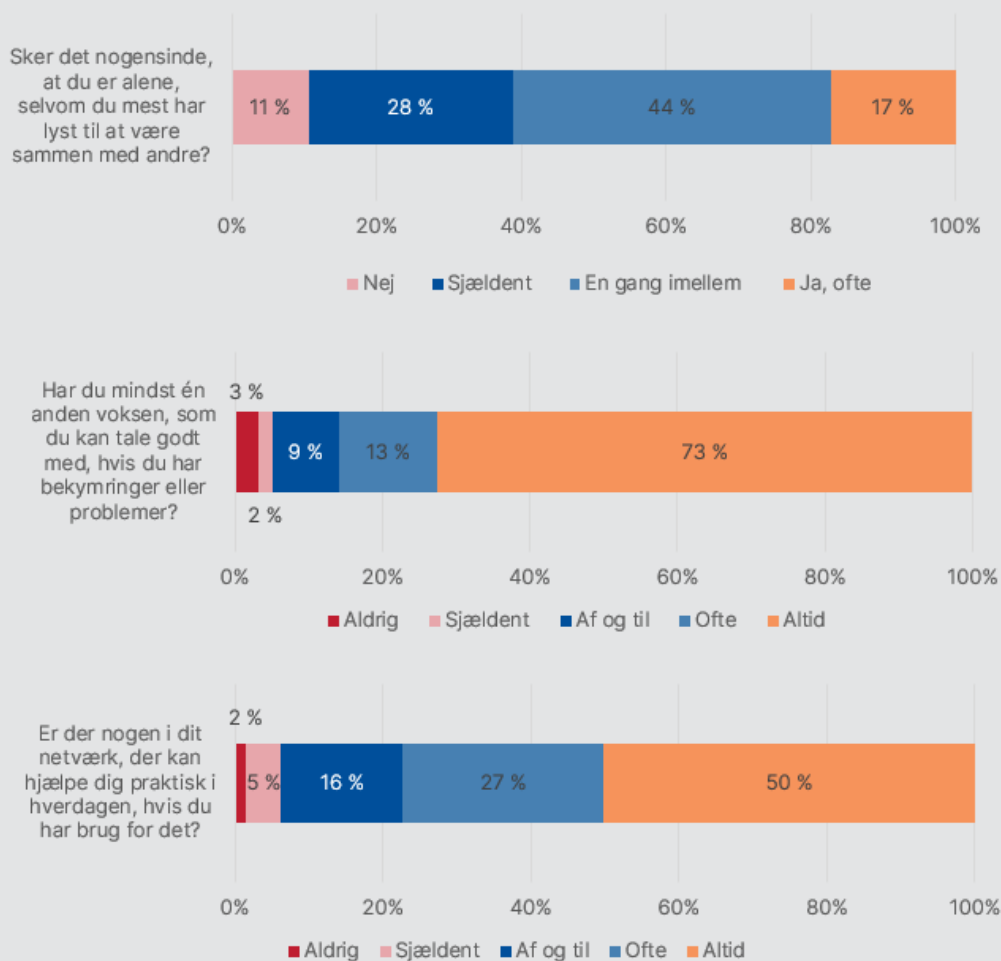
11.1.3.4 Netværk

Når man får et barn, er det væsentligt at have et netværk, der kan hjælpe en i hverdagen samt tale med i en tid, som for mange kan virke overvældende. Derfor er de gravide blevet spurgt i forhold til, om de har noget netværk – både i forhold til ensomhed, om de har nogen, der kan hjælpe dem med praktiske forhold i hverdagen, samt om de har nogen at tale med om bekymringer eller problemer. I Figur 11.7 ses det, at mere end halvdelen af de gravide (61 %) angiver, at de enten en gang imellem eller ofte er ensomme. Kun 11 % angiver, at de ikke oplever at være ensomme.

Hovedparten af de gravide (86 %) angiver, at de ofte eller altid har en person, de kan snakke med om bekymringer eller problemer. Kun 5 % angiver, at de aldrig eller sjældent har det samme.

I forhold til praktisk hjælp angiver 3 ud af 4 (77 %) af de gravide, at de ofte eller altid kan få hjælp til praktiske ting fra nogen i deres netværk. Kun 7 % angiver, at de sjældent eller aldrig kan dette.

Figur 11.7 Netværk



Anm.: N = 255.

Kilde: MTB baseline-spørgeskema.

11.1.4 Reflektionsevne og tilknytning

Refleksionsevne i en forældrekontekst henviser til forældres evne til både at være nysgerrig på egne tanker og følelser samt at kunne sætte sig ind i det lille barns tanker og følelser. Man kan kalde det evnen til at se sig selv ude fra og læse andre inde fra samt at kunne se bagom egne og andres adfærd og kunne forbinde adfærden med tanker og følelser hos den enkelte.

Tilknytningen imellem forældre og barn begynder under graviditeten. En del af denne proces er udviklingen af forældrerefleksionsevnen – hvordan den gravide ”bærer” sit ufødte barn i tankerne, og hvilke håb, drømme, fortællinger og forestillinger hun har om det ufødte barn (Stenstrup & Højland, 2017).

De skalaer som er anvendt som mål for refleksionsevne og tilknytning, er beskrevet i Boks 11.2.

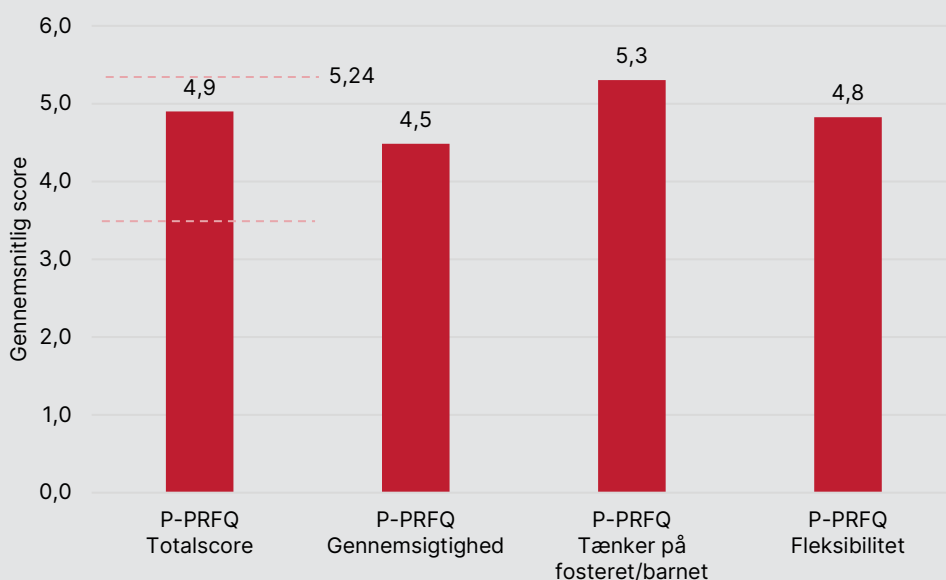
Boks 11.2 Skalaer anvendt som mål for refleksionsevne og tilknytning

- **Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRF)** (Pajulo et al., 2015) er et 14-items mål for refleksiv funktion hos gravide – altså den gravides evne til at mentalisere. Skalaen er en tilpasning af Parental Reflective Functioning Questionnaire (Luyten et al., 2017) og består af tre subskalaer: ’gennemsigtighed’ (Opacity of mental states, består af 4 items), ’tænker på fosteret/barnet’ (Reflecting on the fetus-child – består af 5 items) og ’fleksibilitet’ (The dynamic nature of the mental states – består af 5 items). For hvert item kan den gravide angive en værdi fra 1 til 7. Totalscore for subskalaerne måles som den gennemsnitlige score i subskalaen. For nogle spørgsmål er en høj værdi bedst, mens en lav er bedre for andre.
- **Experiences in Close Relationship Scale-Short Form (ECR-S)** (Wei et al., 2007) er et 12-items mål for tilknytning til en romantisk partner bestående af to underskalaer: ’ængstelig’ og ’undgåelse’. ’Ængstelig’ måler den gravides frygt for at blive forladt og krav om nærhed; og ’undgåelse’ måler den gravides frygt for nærhed og afhængighed. Hvis den gravide ikke aktuelt har en partner, bliver hun bedt om at tænke på tidligere forhold. Hver underskala går fra 6 til 42, hvor lav score indikerer en tryk tilknytning.

De gravides refleksive funktion er målt med P-PRFQ (Pajulo et al., 2015), og gennemsnit for totalscore og subskalaer er vist i Figur 11.8. De gravide scorer i gennemsnit 4,9 på totalscoren. Under udviklingen af skalaen fandt forskere, baseret på data fra Finland, at værdier under 3,53 svarer til lav refleksionsevne, mens værdier over 5,24 svarer til høj refleksionsevne. De gravide i studiet angiver således at have en middel gennemsnitlig refleksionsevne. Der er samlet set 13 gravide (5 %), som har en total score på under 3,53 (svarende til en lav refleksionsevne), mens der er 97 gravide (38 %), som har en total score

på over 5,24 (svarende til en høj refleksionsevne). Det er væsentligt at være opmærksom på, at denne vurdering af den gravides refleksionsevne er baseret på deres egen vurdering. For at få en mere grundig vurdering af refleksionsevnen skal der gennemføres et længere struktureret interview med den gravide. Der har ikke været midler til at kode disse interviews i projektet.

Figur 11.8 De gravides gennemsnitlige score på P-PRFQ



Anm.: N = 256.

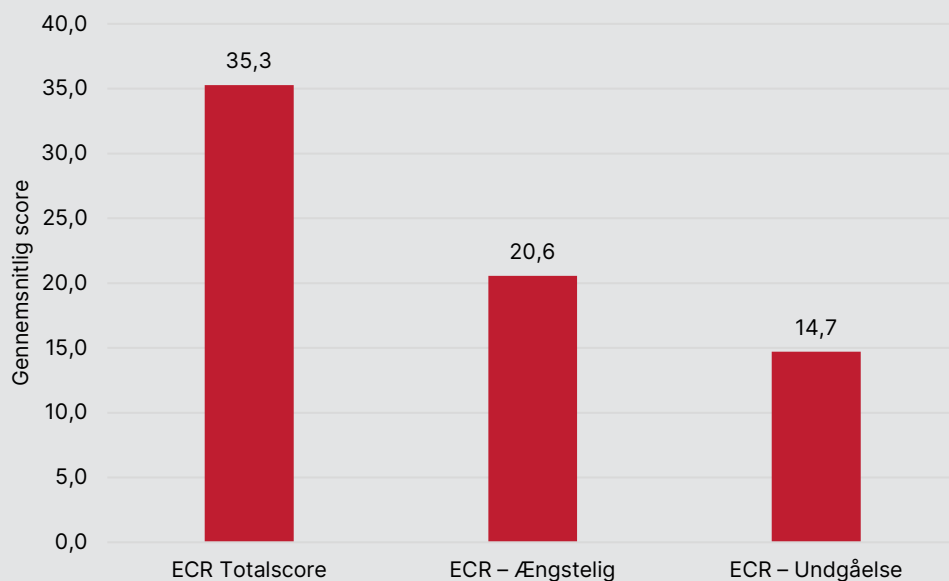
Den stiplede linje ved 3,53 angiver grænseværdien for lav refleksionsevne. Den stiplede linje ved 5,24 angiver grænseværdien for høj refleksionsevne.

Kilde: MTB Baseline-spørgeskema.

En sikker tilknytning til andre er vigtig for både børn og voksne. Vi undersøger de gravides tilknytning til en kæreste/partner med skemaet Experiences in Close Relationship Scale-Short Form (ECR-S).

Den gennemsnitlige score er vist i Figur 11.9. For denne skala er en lav score tegn på tryk tilknytning. Det ses, at de gravide generelt scorer lavere på undgåelses-subskalaen end på ængstelig-subskalaen, hvilket også findes i andre studier (Wei et al., 2007). De gravides scorer viser for begge subskalaer en lille smule bedre tilknytning i forhold til romantisk partner, når de sammenlignes med amerikanske studerende (Wei et al., 2007).

Figur 11.9 De gravides gennemsnitlige score på ECR



Anm.: N = 255.

Kilde: MTB Baseline-spørgeskema.

11.1.5 Traumer og PTSD-symptomer

Forskning viser, at der er en sammenhæng imellem antallet af traumer, man har oplevet i barndommen, og problemer senere i livet (Anda et al., 2006; Hughes et al., 2017). Derfor er det relevant at vide, om de gravide har oplevet forskellige typer af overgreb og omsorgssvigt i barndommen. De gravide i undersøgelsen er i forbindelse med et hjemmebesøg, inden barnet er født, blevet bedt om at udfylde et spørgeskema online om traumatiske oplevelser i barndommen og PTSD-symptomer. Det er ikke alle deltagere, som har besvaret spørgeskemaet om traumer og PTSD, således er der 52 besvarelser i kontrolgruppen (svarende til 71 %) og 154 i MTB (svarende til 84 %).

Skalaer, som er anvendt som mål for traumer og PTSD-symptomer, er beskrevet i Boks 11.3.

- **Childhood Trauma Questionnaire (short form)** (Kongerslev et al., 2019) består af 28 spørgsmål om negative barndomsoplevelser, der besvares med en 5-punkts Likert-skala ('Aldrig/passers slet ikke', 'Sjældent', 'Nogle gange', 'Ofte', 'Meget ofte/passers rigtig godt'). Skalaen består af fem subkategorier for hhv. 'følelsesmæssige overgreb', 'fysiske overgreb', 'seksuelle overgreb', 'følelsesmæssige omsorgssvigt' samt 'fysiske omsorgssvigt'. Hver subskala går fra 5 til 25, hvor lave scorer indikerer mindre traumeoplevelse. På baggrund af skalalen bliver kvinderne inddelt i fire forskellige alvorlighedsgrader. I de danske normer svarer 0.-65. percentil til kategorien *Ingen*, 66.-80. percentil til kategorien *Mild*, 81.-90. percentil til kategorien *Moderat*, mens 91.-100. percentil svarer til kategorien *Svær*.
- **PTSD-8: A Short PTSD Inventory** (Hansen et al., 2010): består af 8-item, der måler symptomer på posttraumatisk stress (PTSD). Der er tre subskalaer, der handler om 'genoplevelse', 'undgåelse' og 'vagtssomhed'. Den samlede score ligger i intervallet 8-32, hvor en lav score indikerer et lavere niveau af PTSD.

Spørgsmålene, om hvad de gravide har oplevet af forskellige ting i løbet af deres barndom, deles op i fem forskellige kategorier, hvoraf de første tre er de mest alvorlige:

1. Følelsesmæssige overgreb (fx at blive kaldt grimme ting eller føle sig uønsket)
2. Fysiske overgreb (fx at blive slået)
3. Seksuelle overgreb (fx at blive uønsket rørt ved på en seksuel måde eller blive truet til at gøre noget seksuelt)
4. Følelsesmæssige omsorgssvigt (fx ikke at føle sig værdifuld eller elsket)
5. Fysiske omsorgssvigt (fx ikke at få nok mad, at gå i beskidt tøj eller have forældre, der var påvirkede af rusmidler).

Fordelingerne af svarene i de fem grupper ses i Figur 11.10.

Følelsesmæssige overgreb: Følelsesmæssige overgreb er det mest forekommende blandt de gravide i projektet, og 66 % af de gravide har oplevet dette i

et eller andet omfang. Halvdelen af deltagerne har oplevet det i moderat eller svær grad. Hver tredje har oplevet det minimalt eller slet ikke.

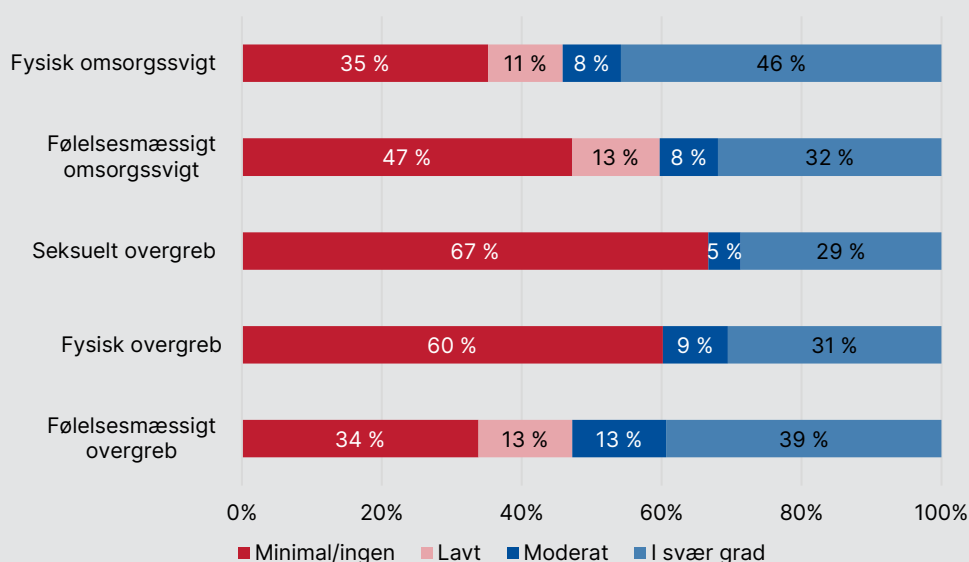
Fysiske overgreb: I alt 40 % af de gravide har oplevet moderat eller svær grad af fysiske overgreb, mens 60 % har oplevet det i minimal eller ingen grad.

Seksuelle overgreb: Hver tredje (34 %) af de gravide angiver at have oplevet seksuelle overgreb af moderat eller svær grad. To ud af tre (67 %) angiver at have oplevet det i minimal grad eller slet ikke.

Følelsesmæssige omsorgssvigt: Lidt mere end halvdelen af de gravide (53 %) angiver at have oplevet en eller anden form for følelsesmæssigt omsorgssvigt. 47 % har oplevet det minimalt eller slet ikke.

Fysiske omsorgssvigt: To ud af tre gravide har oplevet fysisk omsorgssvigt i en eller anden grad. Hver tredje har oplevet det minimalt eller slet ikke.

Figur 11.10 Traumer



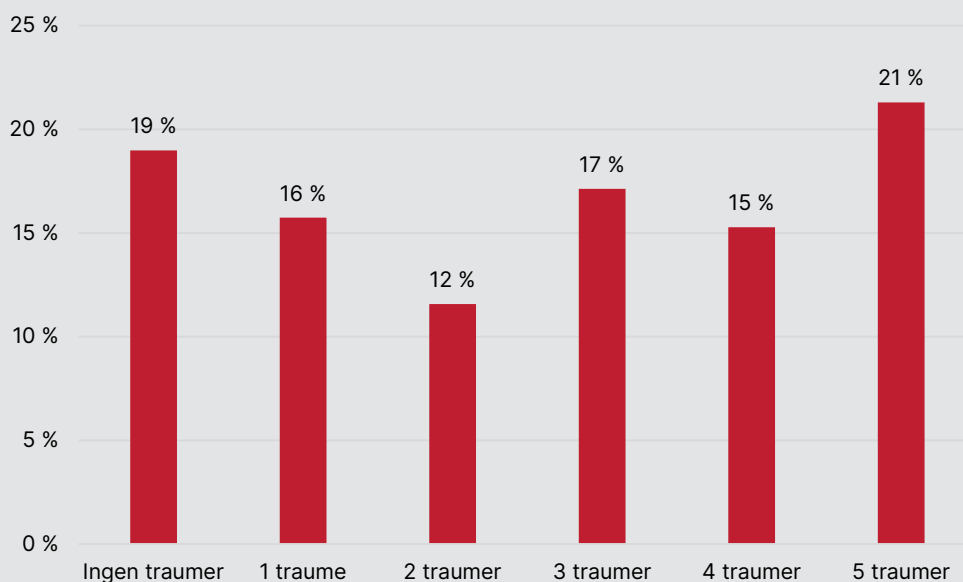
Anm.: N = 216.

Kilde: MTB traumespørgeskema.

I Figur 11.11 har vi summeret antallet af typer traumer for at give et indtryk af, hvor mange af de gravide som har oplevet flere typer af traumer i løbet af deres barndom. Hvis en gravid har angivet at have oplevet en bestemt type traume i enten lav, moderat eller svær grad, tælles det som et traume. Hvis den gravide har angivet minimal eller ingen grad, betragtes det som, at den type traume ikke er oplevet. Derefter summer vi, hvor mange af de fem typer af traumer, hver kvinde har oplevet.

Langt hovedparten af de gravide i projektet har oplevet en eller flere traumatiske typer oplevelser i deres barndom (81 %). Det er således kun hver femte deltager, som ikke har angivet at opleve nogen af de fem typer traumer i deres barndom. I alt 21 % af de gravide angiver at have været udsat for alle de fem typer traumer, som spørgeskemaet berører.

Figur 11.11 Antal traumatiske oplevelser i barndommen



Anm.: N = 216.

Kilde: MTB traumespørgeskema.

I mange andre undersøgelser anvender man en ACE-score til at vurdere det samlede antal traumer på en skala fra 0-10. Her finder man, at man er i højere risiko for at udvikle mentale helbredsproblemer, hvis man har en ACE-score på 4 eller derover (Briggs et al., 2021). Vi har anvendt et andet måleredskab i

dette projekt og kan derfor ikke umiddelbart sammenligne den samlede belastning. Men det er tydeligt, at barndommen har været præget af forskellige traumer for en væsentlig del af de gravide i projektet.

Det er her vigtigt at være opmærksom på, at nogle typer af traumer er væsentligt mere alvorlige end andre. Forskning viser således, 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, som hver tredje i projektet angiver at have oplevet. Derudover er fysiske overgreb og omsorgssvigt også knyttet til en højere risiko i forbindelse med et eller flere andre traumer.

Personer, der har oplevet traumer i barndommen, har større risiko for senere at udvikle PTSD (McLaughlin et al., 2017). Det gælder særligt, hvis man har været udsat for fysiske overgreb, seksuelle overgreb, omsorgssvigt og psykisk sygdom hos forældrene.

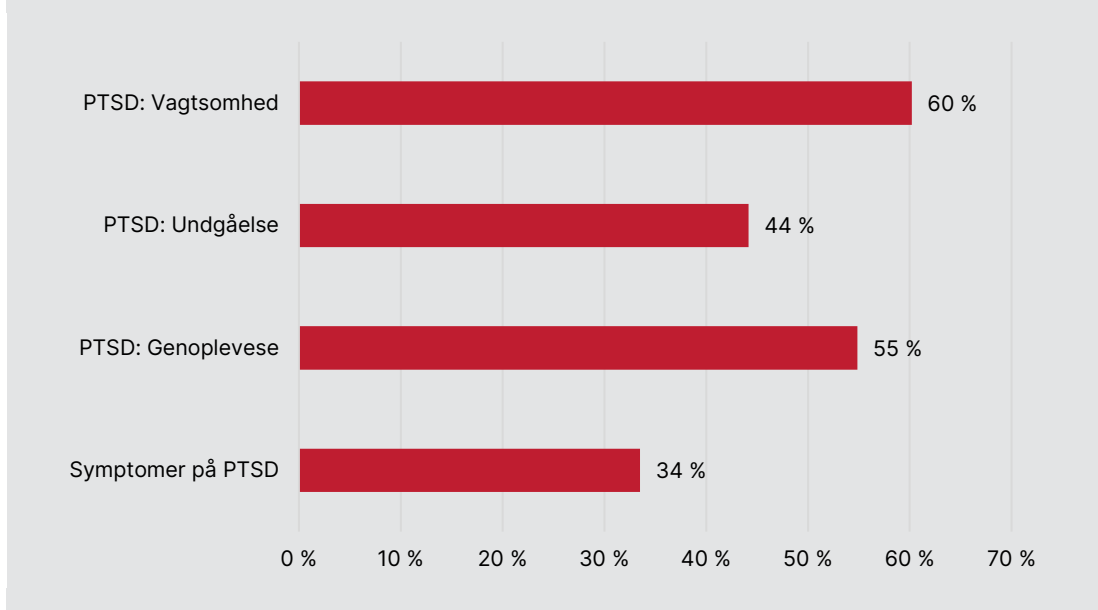
De otte spørgsmål, de gravide er blevet stillet i forhold til PTSD-symptomer, afspejler symptomer, som man kan have efter en traumatisk begivenhed – såsom krig, vold eller seksuelle overgreb. De gravide er blevet bedt svare i forhold til, hvor meget det pågældende symptom har generet dem efter begivenheden eller begivenhederne. Hvis de ikke har oplevet en sådan begivenhed, bedes de svare 'slet ikke'.

Den totale score på PTSD-symptomer går fra 8 til 32, hvor en lav score indikerer lavere grad af PTSD. Den gennemsnitlige score blandt de 206 gravide, som har besvaret spørgsmålene om PTSD, er 16,5.

Figur 11.12 viser andelen af gravide, der har svaret noget af tiden eller for det meste for mindst et item på de tre subskalaer: genoplevelse, undgåelse og vagtsomhed. Nederst vises den andel, der oplever symptomer på alle tre subskalaer.

En stor del af de gravide oplever PTSD-symptomer. 6 ud af 10 har symptomer på vagtsomhed, næsten halvdelen har symptomer på undgåelse, og mere end halvdelen har symptomer på genoplevelse af traumer.

Figur 11.12 Symptomer på PTSD



Anm.: N = 206. For vagtsomhed, undgåelse og genoplevelse vises andelen af gravide, der svarer 'noget af tiden' eller 'for det meste' for mindst et item i subskalaen. Symptomer på PTSD er andelen af gravide, der oplever alle 3 subskalaer.

Kilde: MTB traumespørgeskema.

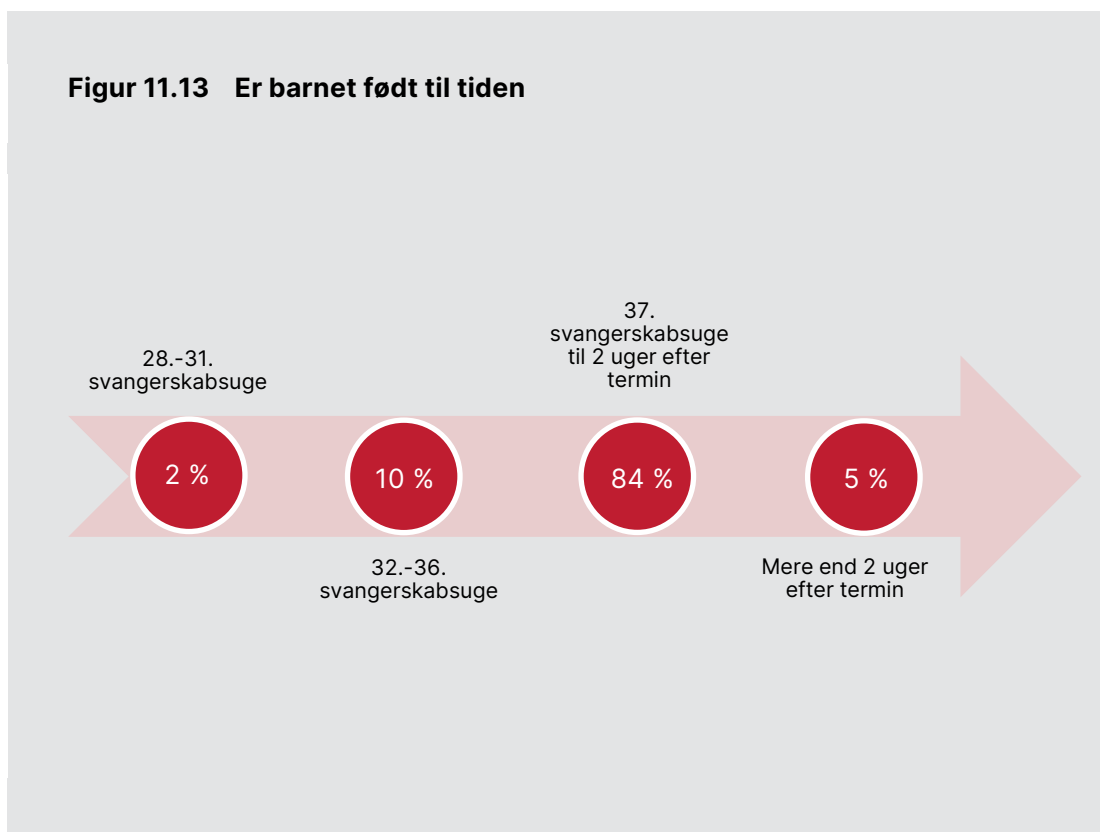
Samlet set oplever mere end hver tredje (34 %) af de gravide at have symptomer på både vagtsomhed, undgåelse og genoplevelse. Dette kan tyde på, at de opfylder kriterierne for at have en PTSD-diagnose. Hvis vi ser på prævalenser på PTSD i den generelle befolkning, ligger den på omkring 2,5-3,3 % for lande som Italien, Spanien (Atwoli et al., 2015) og Tyskland (Hauffa et al., 2011), mens den ligger på 25,6 % for nordiske kvinder, der har oplevet traumer som fx naturkatastrofer, vold eller alvorlig sygdom (Ditlevsen & Elklit, 2012). De gravide i projektet ser således ud til at have en relativt høj forekomst af PTSD-symptomer.

I forhold til traumer og PTSD er de gravide i projektet således karakteriseret ved, at en stor del af dem har været udsat for flere traumer i barndommen, ligesom mange viser relativt alvorlige symptomer på PTSD. Vi kan dermed konstatere, at de er i målgruppen for at modtage en traumeinformeret intervention om MTB.

11.1.6 Barnets fødsel

Når barnet er 3 måneder gammelt, spørges mødre til fødslen. I alt 84 % svarer, at barnet er født til tiden (fra 37. svangerskabsuge indtil 2 uger efter termin). I 2020 fødte 92 % af alle gravide til tiden (Sundhedsdatastyrelsen, 2023), hvilket er markant flere end deltagerne i projektet. I 2020 blev 1 % af levendefødte børn født meget eller ekstremt tidlig (før svangerskabsuge 37), og 5 % blev født moderat for tidligt (svangerskabsuge 32-36). Blandt mødrenes besvarelser ses en dobbelt så stor andel for begge grupper (hhv. 2 % og 10 %). At være i en sårbar position er forbundet med tidlig fødsel (Cole-Lewis et al., 2014; Ding et al., 2014). Særligt tobaksrygning er blevet forbundet med for tidlige fødsler (Veisani et al., 2019), og som det ses i Figur 11.21 er forekomsten af rygning under graviditet højere blandt de deltagende kvinder sammenlignet med landsgennemsnittet.

Andelen af kvinder, der føder sent (fra svangerskabsuge 42), er ligeledes mere end dobbelt så stor hos deltagerne i projektet (5 %) end hos landsgennemsnittet i 2020, hvor det gjaldt for 2 % (Sundhedsdatastyrelsen, 2023).



Anm.: N = 220.

Kilde: MTB 3 måneders-spørgeskema.

Børnene fordeler sig ligeligt på tværs af køn, hvor 51 % er piger, og 49 % er drenge.

Mødrene er, når barnet er 3 måneder gammelt, blevet spurgt om, hvordan de oplever barnets temperament. Langt størstedelen af mødrene i begge grupper mener, at deres barn har et gennemsnitligt temperament (73 %). 19 % mener, at deres barn ikke har særlig meget temperament, og 8 % mener, at deres barn har meget temperament.

11.1.7 Amning

Der er mange holdninger til amning afhængig af værdier, traditioner og normer, men stort set alle danske kvinder ønsker at amme deres barn efter fødslen (Sundhedsstyrelsen, 2021a). De gravide i projektet er blevet spurgt ind til, hvilke tanker de gør sig om at skulle amme det barn, de venter. I overensstemmelse med danske kvinder generelt ønsker stort set alle de gravide (98 %) at amme deres barn.

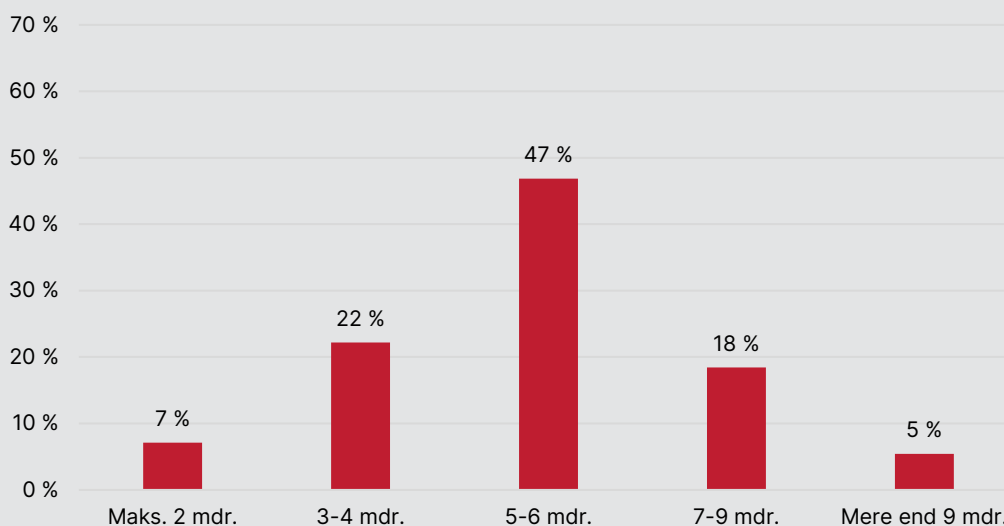
Vi har ligeledes spurgt ind til, hvornår de gravide forventer at introducere anden mad, og hvor længe de forventer at amme fuldt. Dette gør vi for ved opfølgningerne at kunne undersøge, om de forventninger, de havde til amning, bliver opfyldt.

Både WHO og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at babyer ammes fuldt de første 6 måneder. Yderligere anbefales, at overgangskost ikke introduceres, før barnet er 4 måneder og ikke meget efter, barnet er 6 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2021a).

De gravide er blevet spurgt om, hvornår de forventer at give deres barn modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk første gang. Figur 11.14 viser, at knap halvdelen (47 %) angiver, at de vil give deres barn modermælkserstatning eller anden mad end brystmælk første gang, når barnet er imellem 5 og 6 måneder. 29 % af de gravide forventer at introducere deres barn til anden mad, når barnet er 4 måneder eller yngre, mens 24 % forventer at gøre dette, når barnet er 7 måneder eller ældre.

Figur 11.14 Barnets alder første gang han/hun får andet end brystmælk

Hvor gammel tror du, at dit barn vil være, når du giver ham/hende modermælksersætning eller anden mad end brystmælk første gang?



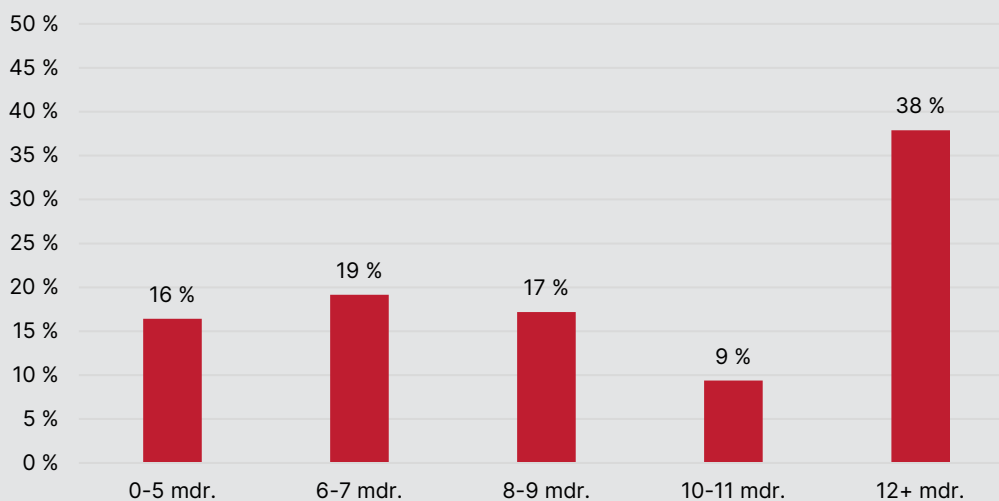
Anm.: N = 239.

Kilde: MTB Baseline-spørgeskema.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man ammer delvist frem til, barnet er mindst 12 måneder (Sundhedsstyrelsen, 2021a). Når de gravide er blev spurgt til, hvor længe de forventer at amme deres barn, er gennemsnittet 9,3 måneder. Knap halvdelen forventer at amme 10 måneder eller længere, hver tredje forventer at amme, indtil barnet er 6-9 måneder, og 16 % forventer at stoppe, inden barnet fylder 6 måneder (Figur 11.15).

Figur 11.15 Forventet alder ved ammestop

Hvor gammel tror du, dit barn vil være, når du fuldstændig stopper med amning?



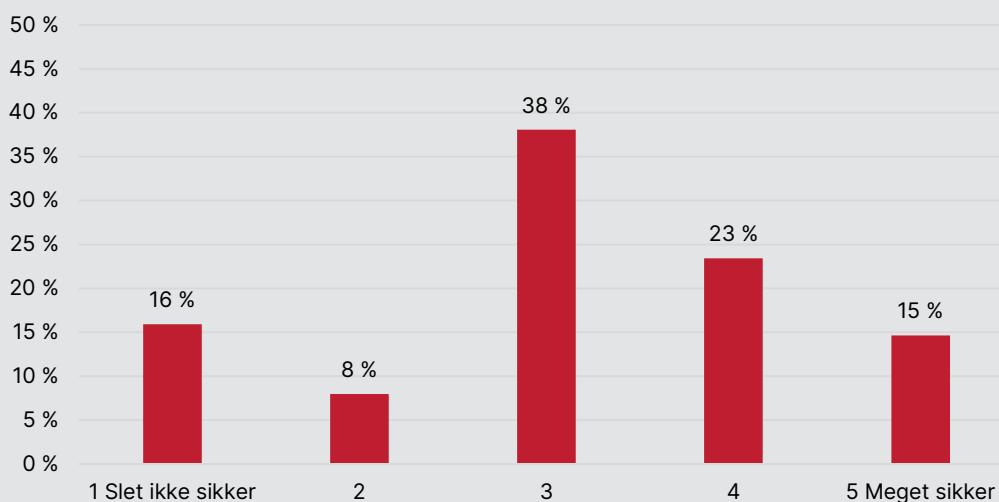
Anm.: N = 256.

Kilde: MTB Baseline-spørgeskema.

Figur 11.16 viser, hvor sikre de gravide kvinder er på, at de vil kunne amme, indtil barnet er så gammel, som de vurderede i ovenstående spørgsmål. Hver tredje deltager er relativt sikker på at lykkes med de forventninger og ønsker, de har til amningen, mens hver fjerde ikke er sikker på, at det lykkes.

Figur 11.16 Hvor sikre de gravide er på, at det lykkes med amningen

Hvor sikker er du på, at du vil kunne amme, indtil dit barn er så gammel, som du vurderede i det sidste spørgsmål?



Anm.: N = 256.

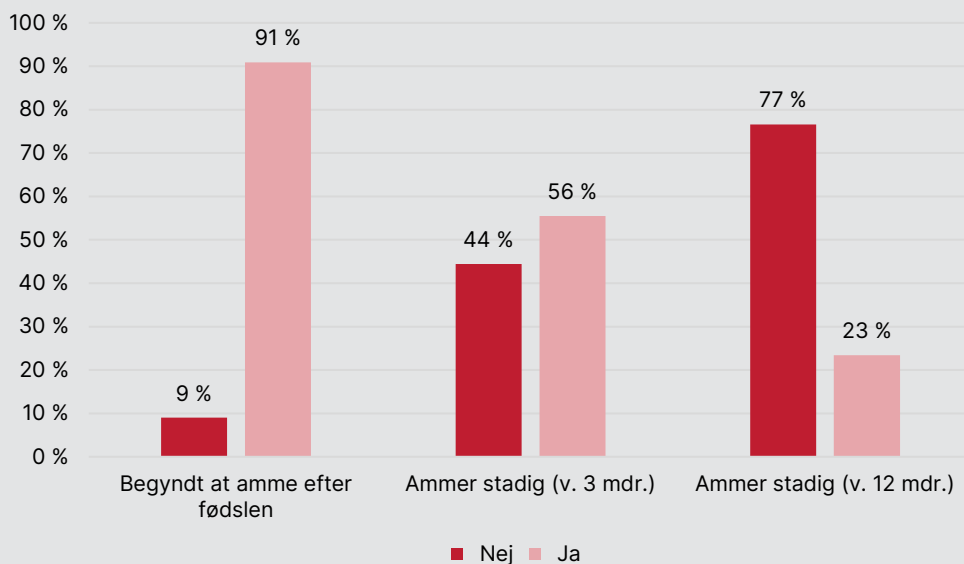
Kilde: MTB Baseline-spørgeskema.

Efter barnet er født, har vi, både når barnet er 3 og 12 måneder gammelt, spurgt til amning. Samlet set angiver 91 % af mødrene, at de har ammet barnet. I baseline-skemaet angav 98 %, at de gerne ville amme barnet. Der er således en mindre gruppe af deltagere, hvor det ikke er lykkedes at amme som ønsket.

Når barnet er 3 måneder gammelt, ammer lidt mere end halvdelen (56 %) af de mødre, som påbegyndte amning efter fødslen, stadig barnet. I Figur 11.15 viste vi, at 84 % af de gravide havde en forventning om først at stoppe med amning, når barnet var ældre end 5 måneder. Her ses det ligeledes, at en del af mødrene er stoppet med amning tidligere end forventet.

Når barnet er 12 måneder gammelt, svarer 77 %, at de ikke ammer mere. Dette billede stemmer i nogen grad overens med Figur 11.15, hvor 62 % af mødrene forventede at stoppe amningen inden de første 12 måneder. Dog er der 15 % af mødrene, som er stoppet tidligere, end de forventede.

Figur 11.17 Andel, som begyndte at amme efter fødslen og stadig ammer efter 3 måneder og 12 måneder



Anm.: N = 227 (3 mdr.), N = 208 (12 mdr.).

Kilde: MTB 3 måneders-spørgeskema, MTB 12 måneders-spørgeskema.

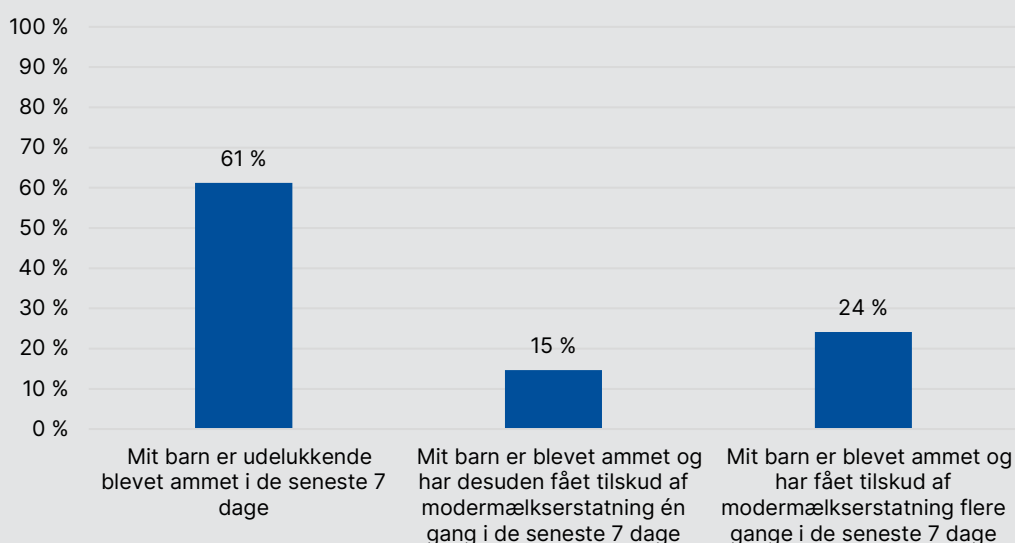
Blandt de 116 mødre, som har angivet, at de fortsat ammer deres barn, er de blevet spurgt om, hvad barnet har fået af mad de seneste 7 dage.

To ud af tre mødre (61 %) angiver, at de udelukkende har ammet deres barn de sidste 7 dage. Hver tredje mor (39 %) har givet modermælkserstatning en eller flere gange de seneste 7 dage.

Ifølge data fra Sundhedsdatastyrelsen er den gennemsnitlige længde på fuld amning for danske mødre i 2021 knap 4 måneder (Sundhedsdatastyrelsen, 2023). Når børnene er 2 måneder gamle, ammer 69 % fuldt, og når børnene er 4 måneder gamle, ammer 60 % fuldt. Andelen af mødre i projektet, der ammer fuldt, når barnet er omkring 3 måneder gammelt, svarer således nogenlunde til andelen af danske mødre.

Årsagerne til, at mødre har givet deres barn modermælkserstatning, er bl.a., at de havde for lidt mælk, barnet tog for lidt på i vægt, barnet ville ikke tage bryst, og at barnet ville sutte hele tiden.

Figur 11.18 Barnets mad de sidste 7 dage



Anm.: N = 116.

Kilde: MTB 3 måneders-spørgeskema.

11.1.8 Alkohol, rygning og stoffer

I baseline-skemaet, samt i 3 mdr.- og 12 mdr.-spørgeskemaerne, er de gravide blevet spurgt ind til deres forbrug af alkohol, rygning og stoffer. Ved spørgsmålene omkring alkohol ved baseline bliver der spurgt til forbruget både før og under graviditeten. De gravide i projektet angiver, at de drak 1,75 genstande om ugen før graviditeten. Hovedparten af de gravide (97 %) angiver slet ikke at have drukket alkohol under graviditeten, og 2,4 % angiver at drikke under én genstand ugentligt.

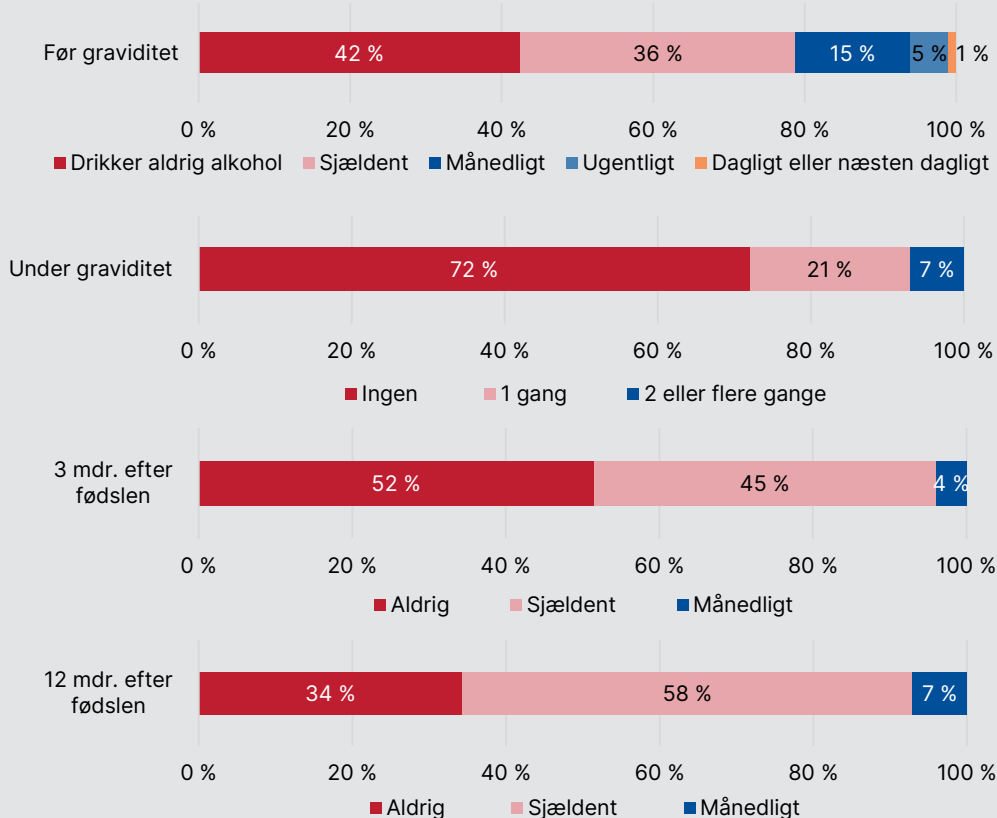
Indtagelse af fem eller flere alkoholiske drikke ved samme lejlighed kaldes for *binge drinking* eller rusdrikning. Figur 11.19 viser frekvensen af binge drinking blandt de gravide før og under graviditeten. 3 ud af 4 gravide angiver aldrig eller sjældent at binge drikke, før de blev gravide. For 6 % skete det ugentligt, næsten dagligt eller dagligt, før de blev gravide.

Selvom de gravide angiver at have et meget lavt ugentligt forbrug af alkohol, så har 1 ud af 4 angivet at have mindst én binge drikke-episode under graviditeten. For 21 % er det sket en enkelt gang, mens det er sket to gange eller mere for 7 % af deltagerne. 3 ud af 4 gravide har ikke haft nogen binge drikke-episoder under graviditeten.

Ved 3 mdr.- og 12 mdr.-spørgeskemaerne falder andelen af kvinder, som aldrig drikker mere end 5 genstande ved en enkelt lejlighed, hvor andelen af kvinder, som sjældent har binge drinking-episoder, stiger. Efter 3 måneder har halvdelen af mødrene ikke haft nogen binge drikke-episoder efter fødslen. For 45 % er det sket sjældent, og for 4 % er det sket månedligt. Efter 12 måneder har ca. en tredjedel af mødrene ikke haft nogen binge drikke-episoder, for 58 % er det sket sjældent, og for 7 % er det sket månedligt.

Vi gør opmærksom på, at Sundhedsstyrelsen fra 2022 definerer binge drinking som fire eller flere genstande på samme dag (Sundhedsstyrelsen, 2022). Da dette projekt er startet før denne ændring, anvender vi den gamle definition.

Figur 11.19 Antal binge drinking-episoder* før, under og efter graviditeten



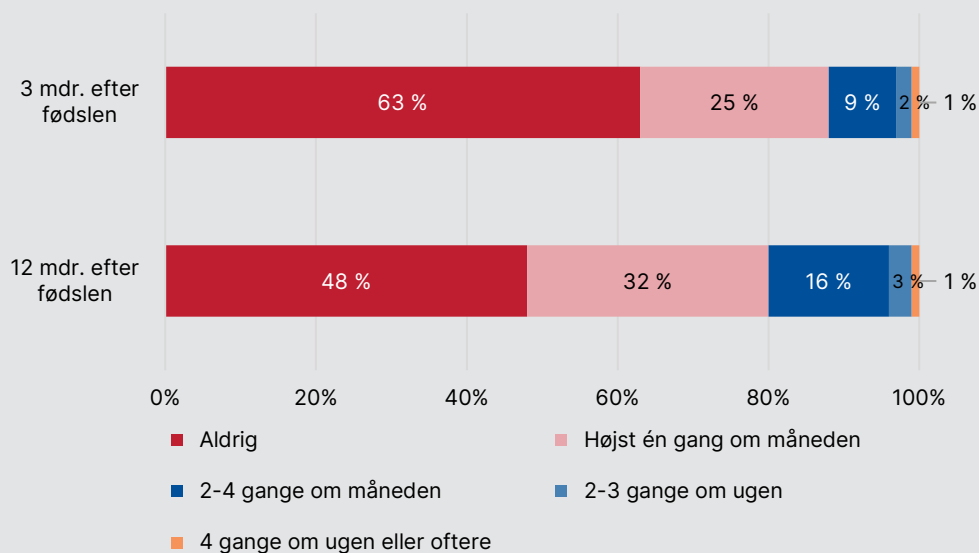
Anm.: N = 255 (baseline), N = 227 (3 mdr.), N = 208 (12 mdr.). Tallene i hver bjælke giver sammenlagt 100 %, men afvigelser skyldes afrunding.

Note: * Binge drinking-episoder: Hvor ofte man har drukket 5 genstande eller flere ved samme lejlighed.

Kilde: MTB Baseline-spørgeskema, MTB 3 måneders-spørgeskema, MTB 12 måneders-spørgeskema.

Mødrene er blevet spurgt ind til deres indtagelse af alkoholiske drikke efter fødslen. Figur 11.20 viser alkoholfrekvensen efter 3 måneder, hvor knap 2 ud af 3 (63 %) angiver, at de aldrig drikker. 25 % af mødrene angiver at drikke alkohol højst én gang om måneden, 9 % drikker alkohol 2-4 gange om måneden, mens ca. 3 % af mødrene angiver at drikke alkohol flere gange ugentligt eller oftere. Efter 12 måneder viser alkoholfrekvensen, at ca. halvdelen (48 %) angiver, at de aldrig drikker. 32 % af mødrene angiver at drikke alkohol højst én gang om måneden, 16 % drikker alkohol 2-4 gange om måneden, mens cirka 4 % af mødrene angiver at drikke alkohol flere gange ugentligt eller oftere.

Figur 11.20 Alkoholfrekvensen efter fødslen



Anm.: N = 227 (3 mdr.), N = 208 (12 mdr.).

Kilde: MTB 3 måneders-spørgeskema, MTB 12 måneders-spørgeskema.

Vedrørende deres eget forbrug af rygning svarer 27 %, at de ryger dagligt, og 8 % svarer, at de ryger af og til. Det svarer til, at omkring en tredjedel af de gravide angiver at ryge, hvormed 65 % af de gravide har angivet, at de ikke ryger. Forekomsten af rygning blandt de deltagende gravide er højere end, hvad undersøgelser generelt har fundet blandt gravide. Information fra det danske fødselsregister i 2017 viste, at 9 % af gravide angiver at have røget under graviditeten, mens en undersøgelse fra Sjællands Universitetshospital viste, at 6 % af de gravide røg i 20. graviditetsuge (de Wolff et al., 2019).

Ud over deres eget forbrug bliver de gravide desuden spurgt til, hvor ofte der bliver røget i hjemmet. Det kunne fx være deres partner, andre samlevende, andre familiemedlemmer eller gæster, som ryger i hjemmet. Svarene fra dette spørgsmål viser, at rygning i hjemmet er mindre udbredt end rygning blandt de gravide. 12 % svarer, at der dagligt bliver røget i hjemmet, 5 % svarer, at der ryges af og til, mens 83 % svarer nej til, at der ryges i hjemmet.

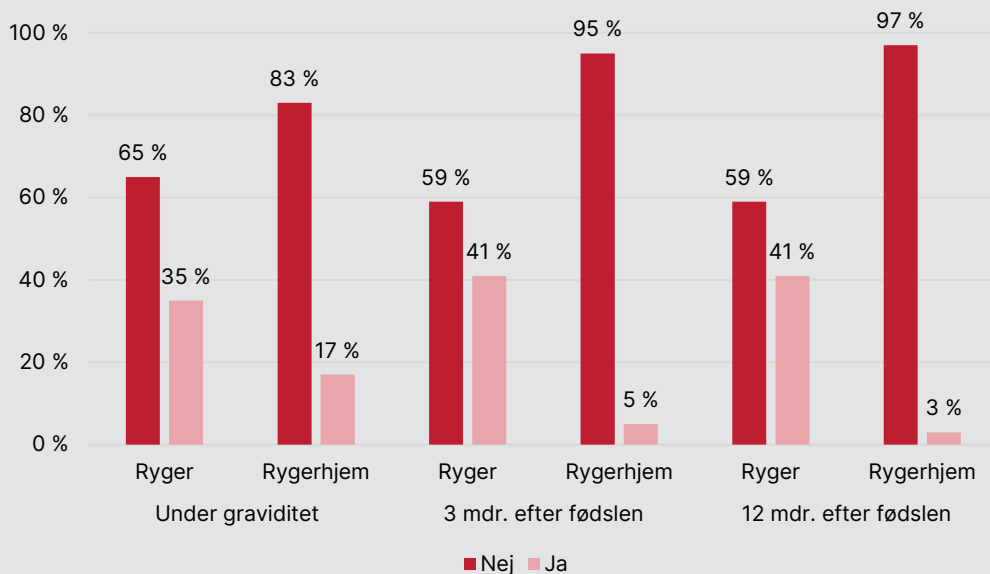
De gravide er desuden blevet spurgt, om de enten tidligere har haft et forbrug eller aktuelt har et forbrug af hash eller andre stoffer (såsom amfetamin, ecstasy, kokain eller LSD). I alt 15 % angiver at have haft et forbrug af hash, og 1

% angiver at have et forbrug af hash indimellem. 8 % angiver at have haft et forbrug af andre stoffer, men ingen af de gravide angiver at have et nuværende forbrug. Cirka halvdelen af de gravide, som angiver at have haft et forbrug af hash tidligere, angiver desuden også at have haft et tidligere forbrug af andre stoffer. Disse gravide udgør cirka 7 % af alle de deltagende.

Når man ser på de 15 %, som angiver, at de har eller tidligere har haft et hash-forbrug, er der desuden en tendens til, at det er de samme, som har haft binge drinking-episoder inden fødslen. Blandt de gravide med et nuværende eller tidligere forbrug af hash er der en statistisk signifikant højere forekomst af binge drinking-episoder før graviditeten. 77 % af de gravide med et (tidligere) forbrug af hash har haft binge drinking-episoder før graviditeten, mens dette gælder for 54 % af de gravide, som aldrig har haft et hash-forbrug.

Under graviditeten angav 35 % af de gravide, at de røg. Når barnet er 3 måneder gammelt, er andelen af mødre, der ryger, steget til 41 %. Det tyder på, at nogle mødre holdt pause med at ryge under graviditeten. Der er dog kun 5 %, som angiver, at der bliver røget i hjemmet. Det er en væsentlig reduktion i forhold til under graviditeten, hvor 17 % angav, at der blev røget af og til eller dagligt i deres hjem. Efter 12 måneder ses den samme fordeling af mødre, der ryger, som ved 3 måneder efter fødslen. Selv om mødrene i højere grad selv ryger efter endt graviditet, kunne det dog tyde på, at mødrene er opmærksomme på ikke at udsætte barnet for passiv rygning. Ifølge data fra 2022 bliver 3,3 % af danske børn udsat for tobaksrøg i hjemmet (Sundhedsdatastyrelsen, 2023). Tallet kan dog være lidt højere, da det er uvist, om der ryges i hjemmet hos 9 %. Det stemmer således nogenlunde overens med, hvor meget der ryges i hjemmet hos deltagerne i projektet.

Figur 11.21 Andel, der ryger



Anm.: N = 255 (baseline), N = 227 (3 mdr.), N = 208 (12 mdr.).

Kilde: MTB Baseline-spørgeskema, MTB 3 måneders-spørgeskema, MTB 12 måneders-spørgeskema.

11.2 MTB-gruppens udvikling og trivsel over tid

I dette afsnit undersøger vi, hvordan trivsel udvikler sig for deltagere i MTB-gruppen fra baseline, til barnet er 3 og 12 måneder gammelt. Eftersom effekt-målingen er en analyse af gennemsnitlige forskelle mellem MTB- og kontrolgruppen, kan disse analyser overse forskelligartet udvikling, hvis denne udlig-ner sig i gennemsnit. Vi ser her på udviklingen i trivsel med henblik på at un-dersøge, om udviklingen i MTB-gruppen er systematisk eller forskelligartet.

På tværs af alle tre målinger, kan vi kun undersøge udviklingen i mors trivsel, da det er den eneste skala, der går igen i de tre målinger. Vi undersøger desu- den udvikling i fødselsdepression, fra barnet er 3 til 12 måneder gammelt.

Tabel 11.1 viser test for, om der er forskel i gennemsnit og fordeling over tid i MTB-gruppens trivsel og udvikling.

Tabel 11.1 Test for forskel over tid i gennemsnit og fordeling i MTB-gruppens udvikling i trivsel

	Første måling	Anden måling	Test for forskel i gennemsnit		Test for forskel i fordeling	
	Gnm./sd	Gnm./sd	Teststørrelse	p-værdi	Teststørrelse	p-værdi
WEMWBS: Trivsel baseline til 3 mdr.	23,49(0,27)	23,94(0,32)	-1,050	0,295	0,102	0,352
WEMWBS: Trivsel 3 til 12 mdr.	23,94(0,32)	24,29(0,33)	-0,7576	0,449	0,083	0,699
EPDS: fødselsdepression 3 til 12 mdr.	8,37(0,47)	9,00(0,48)	-0,942	0,347	0,074	0,823
ASQ:SE2: totalscore med bekymring inddelt efter amerikanske normer	1,55(0,08)	1,19(0,07)	3,376	0,001	37,833	0,000

Anm.: N = 167 i første række og N = 144 i resten af tabellen.

Testen for forskel i gennemsnit er en t-test. Testen for forskel i fordelingen er en Kolmogorov-Smirnov for de tre første test og en chi2 test for den sidste test. 'Gnm./sd' er en forkortelse for 'gennemsnit og standardafvigelse'.

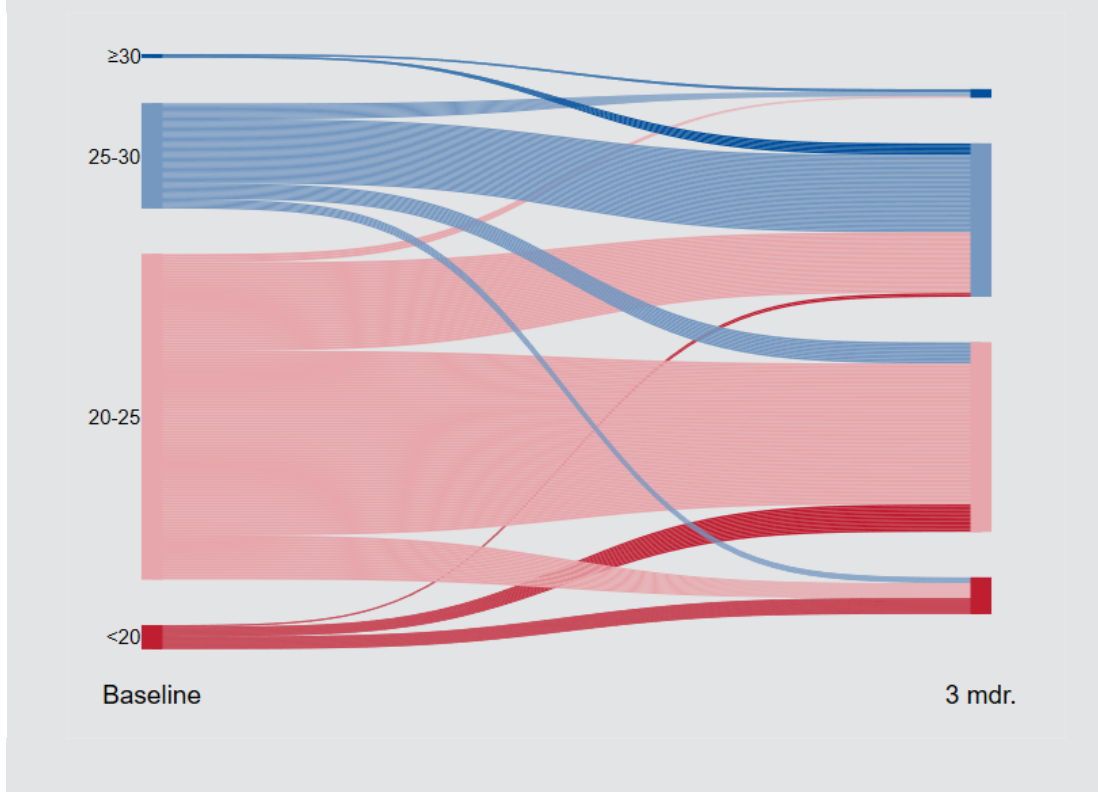
Kilde: MTB-spørgeskema.

11.2.1 MTB mødres trivsel over tid

For mødrene ser vi ingen forskel over tid i trivsel (Tabel 11.1). Det gælder både fra baseline, til barnet er 3 måneder gammelt og herfra, til barnet er 12 måneder gammelt.

I Figur 11.22 dykker vi ned i mødrenes besvarelser og viser, hvordan mødrenes trivsel har udviklet sig fra baseline til 3 måneders-opfølgningen med udgangspunkt i baseline-trivselsniveauet. Venstresiden af figuren viser fordelingen af mødrene i fire niveauer af trivsel; under 20, 20-25, 25-30 og over 30. Jo højere scoren er, jo bedre trivsel. Jo større feltet er, jo flere kvinder er placeret i intervallet. Eksempelvis ses det, at ca. 3 ud af 4 kvinder på baseline har et trivselsniveau i intervallet 20-25. Ved 3 måneder kan vi se, at størstedelen af disse kvinder har et tilsvarende trivselsniveau, men det ses også, at der er en del, hvor trivslen har ændret sig, selvom den gennemsnitlige trivsel ikke er ændret.

Figur 11.22 Trivsel mor – udvikling i MTB-gruppen



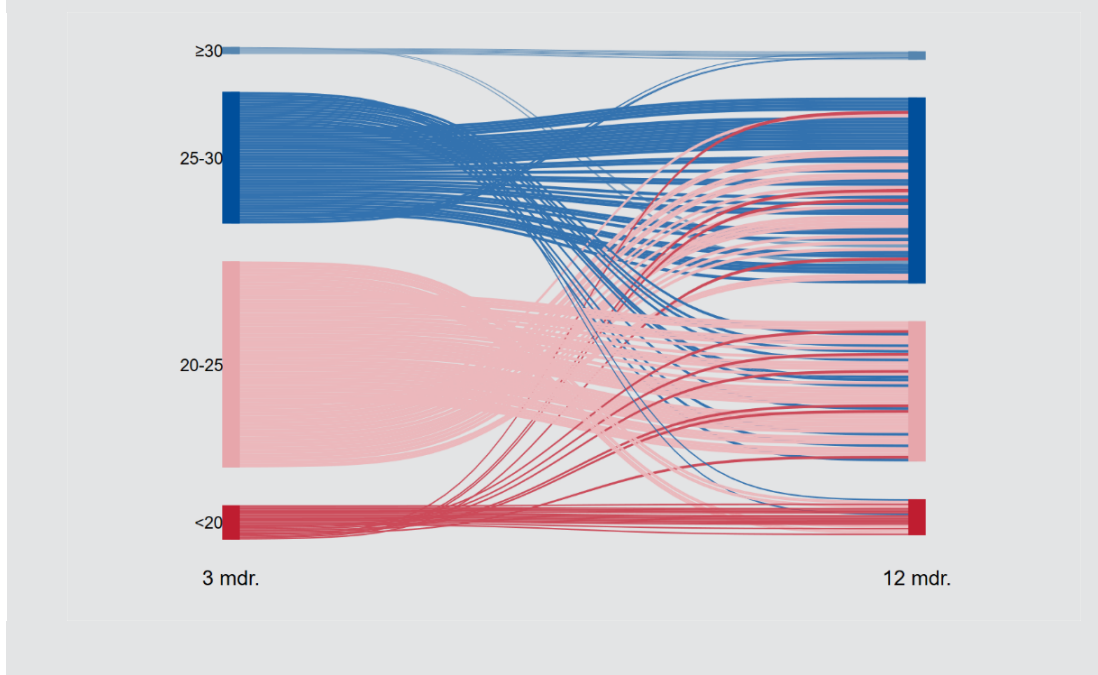
Anm.: N = 167.

Fordeling på baseline: " < 20 " = 13,9 %, "20-25" = 51,3 %, "25-30" = 29,1 %, " ≥ 30 " = 5,7 %. Fordeling ved 3 mdr.: " < 20 " = 17,4 %, "20-25" = 39,1 %, "25-30" = 35,2 %, " ≥ 30 " = 8,3 %.

Kilde: MTB-spørgeskema.

På samme måde dykker vi i Figur 11.23 ned i udviklingen af mødrenes trivsel, fra barnet er 3 til 12 måneder gammelt, i MTB-gruppen for dem, som har besvaret begge spørgeskemaer. I forhold til udviklingen fra graviditet, til barnet er 3 måneder gammelt, sker der overordnet set flere ændringer i perioden, fra barnet er 3-12 måneder, selvom der heller ikke her er nogen forskel i den gennemsnitlige trivsel på de to tidspunkter.

Figur 11.23 Trivsel mor – udvikling i MTB-gruppen



Anm.: N = 144.

Fordeling ved 3 mdr.: "<math>< 20</math>" = 17,4 %, "20-25" = 41,7 %, "25-30" = 33,3 %, "≥ 30" = 7,6 %. Fordeling ved 12 mdr.: "<math>< 20</math>" = 17,4 %, "20-25" = 34,7 %, "25-30" = 39,6 %, "≥ 30" = 8,3 %.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Det ses tydeligt af de to figurer, at selvom den gennemsnitlige trivsel ikke ændres over tid, så er der variation i, hvordan trivselsniveauet er over tid for de enkelte kvinder. Mange oplever ikke nogen ændringer, mens nogle mødre oplever forbedringer, og andre oplever forværringer. Disse forskelle udligner sig i gennemsnit, og det samlede billede er derfor, at trivslen er uændret over tid i MTB-gruppen.

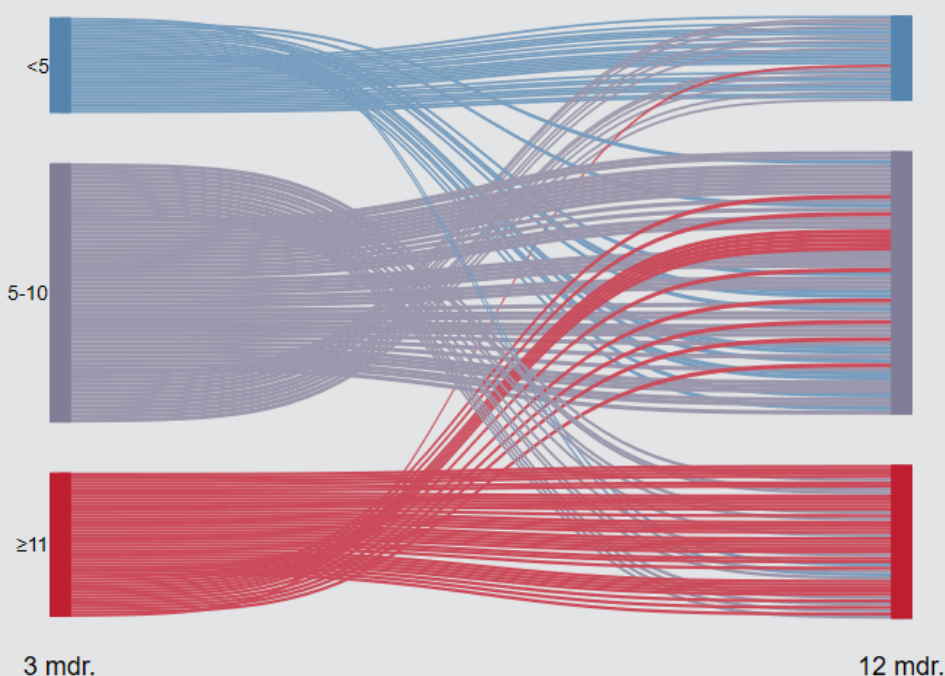
11.2.2 Symptomer på fødselsdepression i MTB-gruppen

Når vi ser på udviklingen i depressionssymptomer hos MTB-mødrene, fra barnet er 3 til 12 måneder gammelt, ser vi ikke nogen forskel på de to tidspunkter (Tabel 11.1).

I Figur 11.24 viser vi udviklingen i de enkelte mødres depressionssymptomer målt med EPDS, fra barnet er 3 til 12 måneder gammelt. Vi deler mødrene op i tre grupper baseret på deres totalscore. Den røde gruppe er mødre, der

scorer 11 eller derover, og som derfor er i risiko for at have en fødselsdepression. Andelen af mødre, som scorer 11 eller derover, er 32-33 % på begge måletidspunkter. Samlet set gælder det som ved trivsel, at de fleste er stabile over tid, men at nogle mødre oplever færre depressionssymptomer over tid, mens andre oplever flere depressionssymptomer over tid.

Figur 11.24 Fødselsdepression EPDS – udvikling MTB-gruppe



Anm.: N = 144.

Jo lavere score, des bedre mentalt helbred. Fordeling ved 3 mdr.: <5 = 25,7 %, 5-10 = 42,4 %, >10 = 31,9 %. Fordeling ved 12 mdr.: <5 = 24,3 %, 5-10 = 43,1 %, >10 = 32,6 %.

Kilde: MTB-spørgeskema.

11.3 MTB-børnenes udvikling over tid

Når børnene er 3 og 12 måneder gamle, spørger vi til fødslen og til barnets udvikling og trivsel. En oversigt med gennemsnit for karakteristika ved barnet ses i Bilag 2.

For MTB-gruppen er 85 % af børnene født til tiden, mens 11 % er født for tidligt og 4 % senere end 2 uger efter termin.

Når børnene er 3 og 12 måneder gamle, har mor vurderet barnets socio-emotionelle udvikling. For børnenes udvikling over tid gennemfører vi to forskellige analyser. Vi sammenligner den gennemsnitlige totalscore, og vi sammenligner fordelingen i forhold til de amerikanske normer. Resultaterne ses i Tabel 11.1.

De to målingers totalscore kan ikke sammenlignes direkte, da der er et forskelligt antal spørgsmål i de to skemaer. I stedet for at summere til en totalscore beregner vi et gennemsnit for alle items, da dette kan sammenlignes for de to målinger.

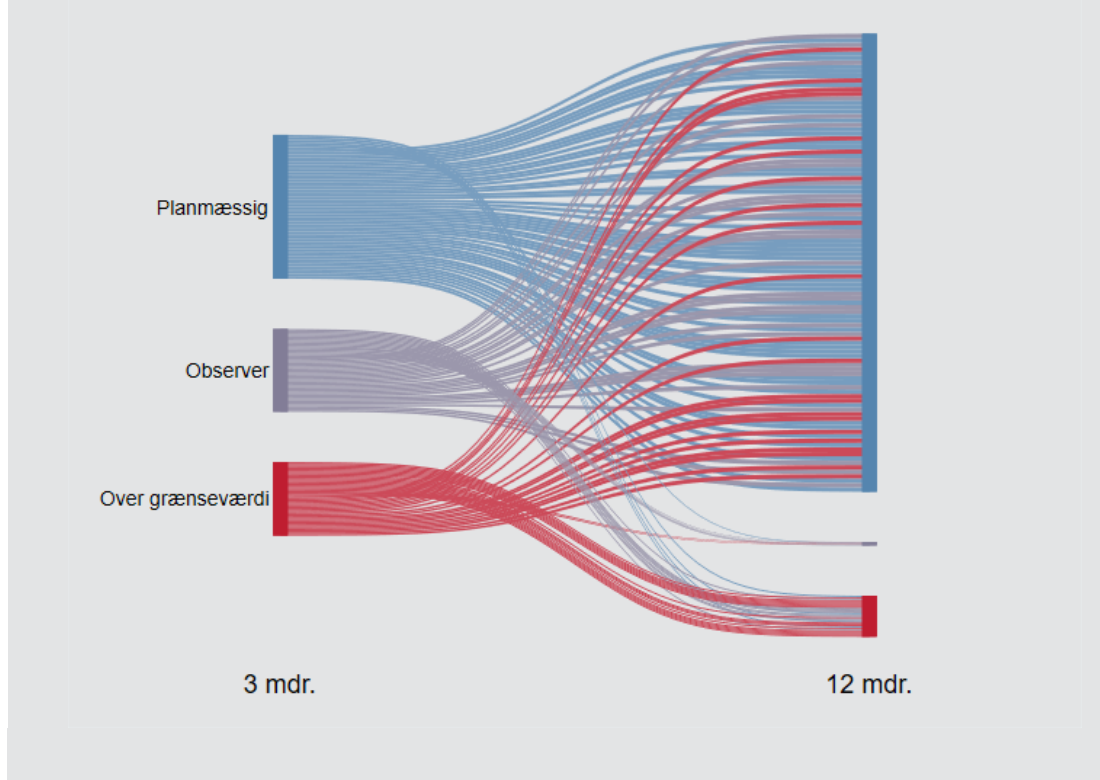
Når vi sammenligner udviklingen i den gennemsnitlige totalscore over tid, finder vi, at MTB-børnenes udvikling er signifikant bedre, når børnene er 12 måneder gamle (Tabel 11.1). Totalscoren går fra 1,55 ved 3 måneder til 1,19 ved 12 måneder på en skala fra 0-15, hvor en lav score er udtryk for god udvikling og få problemer.

I Figur 11.25 viser vi barnets udvikling ved de to tidspunkter, hvor vi på baggrund af ASQ:SE2 totalscore inddeler børnene i grupper i forhold til de amerikanske normer. De tre grupper er 'planmæssig udvikling', 'observer' (der er en bekymring) og 'over grænseværdi' (hvor der er tegn på, at barnet mistrives). Der findes desværre ikke danske normer for ASQ:SE2.

I denne analyse ser vi, at andelen af børn i MTB-gruppen, der er i planmæssig udvikling, er signifikant større, når børnene er 12 måneder gamle i forhold til, når de er 3 måneder gamle (stigning fra 40 % til 72 %). Tilsvarende falder andelen af børn i de to andre grupper.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at det kan være problematisk at bruge amerikanske normer på danske data. Kulturelle forskelle betyder, at skandinaviske og amerikanske normer kan være forskellige, fx i forhold til at danske (og skandinaviske) børn udviser typisk færre problemer end amerikanske børn. Forskelle i normer ses fx ved måleredskabet Eyberg (Weeland et al., 2018).

Figur 11.25 Barnets udvikling ASQ-SE total med bekymring – udvikling i MTB-gruppe



Anm.: N = 144.

Fordeling ved 3 mdr.: Planmæssig = 40,2 %, Observer udvikling = 30,6 %, Over grænseværdi = 29,2 %. Fordeling ved 12 mdr.: Planmæssig = 72,2 %, Observer udvikling = 6,3 %, Over grænseværdi = 21,5 %.

Kilde: MTB-spørgeskema.

12 Deltagelse i forskningsdelen

I de 15 exit-interviews, der blev gennemført med forældre sidst i MTB-forløbet, blev forældrene blev spurgt til, hvordan de har oplevet at være med i forskningsdelen.

Størstedelen af forældrene fortæller, at det har været fint at deltage i forskningsdelen, og flere af dem beretter, at det ikke har fyldt meget for dem. En mor fortæller:

Det har været så fint, for der har jo ikke været særligt meget. Jeg må ærligt indrømme, at jeg troede, at der ville være flere. (Mor 10)

Yderligere udtrykker flere af forældrene, at de er glade for, at der bliver forsket på området, og at de kan bidrage til at hjælpe fremtidige sårbare familier.

Selvom størstedelen af forældrene ikke giver udtryk for, at forskningsdelen har fyldt meget i det samlede forløb, så fortæller flere dem, at de fandt det tidskrævende og besværligt. Nogle forældre fortæller, hvordan det er svært for dem at finde tid til at få optaget video, og at det er besværligt, hvis de er alene. En mor udtrykker:

Jeg synes, med videoerne har det været lidt besværligt, også fordi når jeg jo er enlig – jamen jeg har hele tiden skulle ud og finde en 'Og har du tid til at hjælpe med at optage det her?'. (Mor 6)

Nogle af forældrene oplevede det som grænseoverskridende at skulle filme sig selv og besvare personlige spørgsmål i spørgeskemaet. Andre fandt spørgeskemaerne lange og nogle af spørgsmålene overraskende:

Det, det var noget med 'Mit barn skaber sig, når vi er ude og handle, for at gøre mig pinlig berørt' eller for at gøre mig flov, hvor jeg var sådan helt 'Nej, det kan man da ikke sige'. (Mor 3)

Derudover giver flere af forældrene udtryk for, at de manglede mulighed for at uddybe spørgsmål ved at have et åbent tekstfelt, eller at de manglede mellemkategorier til nogle af spørgsmålene.

Overordnet oplevede forældrene ikke, at forskningsdelen fyldte meget for det samlede forløb, men at det kunne være grænseoverskridende og tidskrævende i perioderne for dataindsamling.

12.1 Validitet af effektmåling

12.1.1 Balancetest

Et væsentligt udgangspunkt for en effektmåling er, at indsats- og kontrolgruppen er tilnærmelsesvis ens ved baseline. Derfor har vi sammenlignet besvarelser fra gravide i MTB- og kontrolgruppen ved baseline og for hver af de to runder af spørgeskemaer. I dette afsnit opsummeres resultaterne af balancetesten grafisk, mens analyserne er præsenteret i detaljeret grad i Bilag 1.

Når vi sammenligner besvarelserne på baseline imellem de to, finder vi, at der er statistisk signifikant forskel på 7 ud af de 42 test (med et konservativt signifikansniveau på 10 %), vi har udført. Figur 12.1 viser resultaterne grafisk. Figuren viser tilsvarende balancetest for de individer, som besvarer hhv. 3 og 12 måneders-spørgeskemaet samt deltager i videoerne.

Vi finder følgende forskelle på MTB- og kontrolgruppen ved baseline:

- Flere kontrol-gravide bor alene
- Kontrol-gravide har flere børn
- Arbejdsmarkedsstatus:
 - MTB-gruppen er mere under uddannelse
 - Kontrolgruppen er i højere grad hjemmegående og på orlov
 - Kontrolgruppen er oftere sygemeldt
- MTB-gruppen har lavere alkoholforbrug før graviditeten
- MTB-gravide har mere undgående tilknytningstil.

Vi finder følgende forskelle på MTB- og kontrolgruppen ved 3 måneders-spørgeskemaet:

- Flere kontrol-gravide bor alene
- Kontrol-gravide har flere børn
- Arbejdsmarkedsstatus:
 - MTB-gravide er mere under uddannelse
 - Kontrolgruppen er i højere grad hjemmegående og på orlov
- MTB-gravide har mere undgående tilknytningstil

- Kontrol-børn er ældre på tidspunktet for besvarelsen af 3 mdr.-opfølgningen.

Vi finder følgende forskelle på MTB- og kontrolgruppen ved 12 måneders-spørgeskemaet:

- Flere kontrol-gravide bor alene
- Kontrol-gravide har flere børn
- Arbejdsmarkedsstatus:
 - MTB-gravide er mere under uddannelse
 - Kontrolgruppen er i højere grad hjemmegående og på orlov
- MTB-gruppen har lavere alkoholforbrug før graviditeten
- Flere i MTB-gruppen har fornægtelse af barndomsoplevelser.

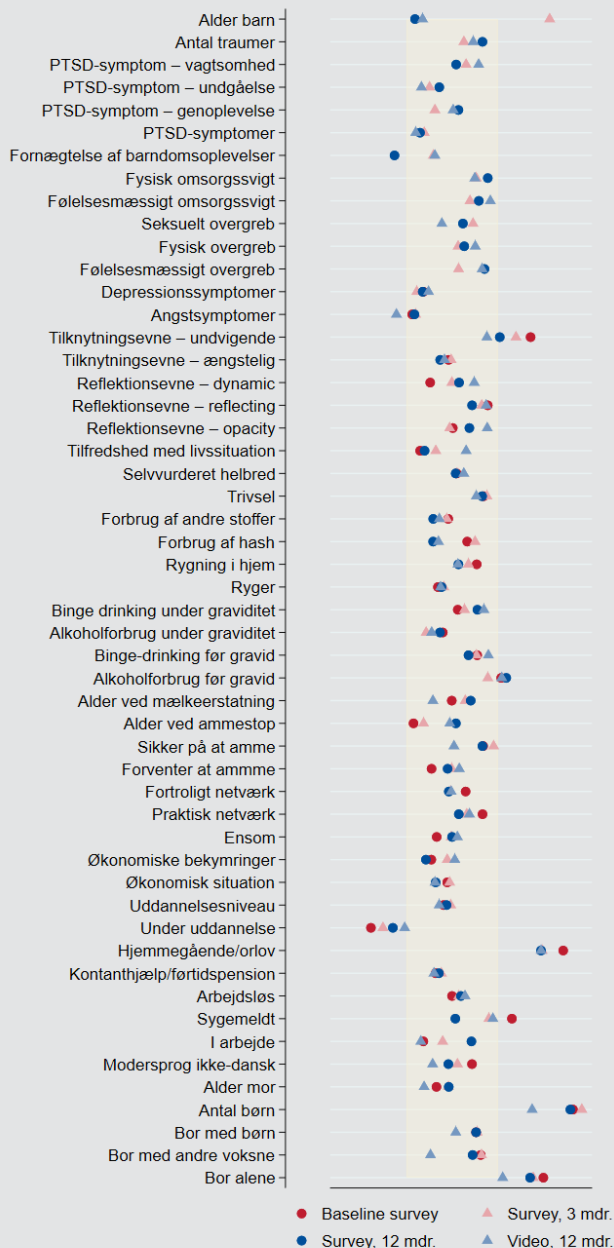
Vi finder følgende forskelle på MTB- og kontrolgruppen ved 12 måneders-videoerne:

- Flere kontrol-gravide bor alene
- Kontrol-gravide har flere børn
- Arbejdsmarkedsstatus:
 - MTB-gravide er mere under uddannelse
 - Kontrolgruppen er i højere grad hjemmegående og på orlov
- MTB-gruppen har lavere alkoholforbrug før graviditeten
- Flere i MTB-gruppen har angstsymptomer.

I effektmålingen forsøger vi at justere for denne ubalance ved at medtage de variable med tegn på ubalance mellem MTB- og kontrolgruppen som kontrolvariable i analyserne. Det bør dog noteres, at der kan være uobserverbare forskelle mellem kontrol- og MTB-gruppen, hvilket betyder, at selvom vi kontrollerer for ubalancerne, så kan der stadig være uobserverbare forskelle mellem kontrol- og MTB-gruppen, som vi ikke korrigerer for.

Figur 12.1 Balancetest

Den standardiserede forskel mellem MTB-gruppen og kontrolgruppen samt t-test. Den røde prik er forskellen mellem grupper, og det gule område er 90-%s konfidensinterval. Hvis priken ligger uden for det gule område, er der signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 256.

t-test af variabler mellem treatment og kontrolgruppe. KI = 90 %.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne og videodata indsamlet af VIVE.

12.1.2 Frafaldsanalyse

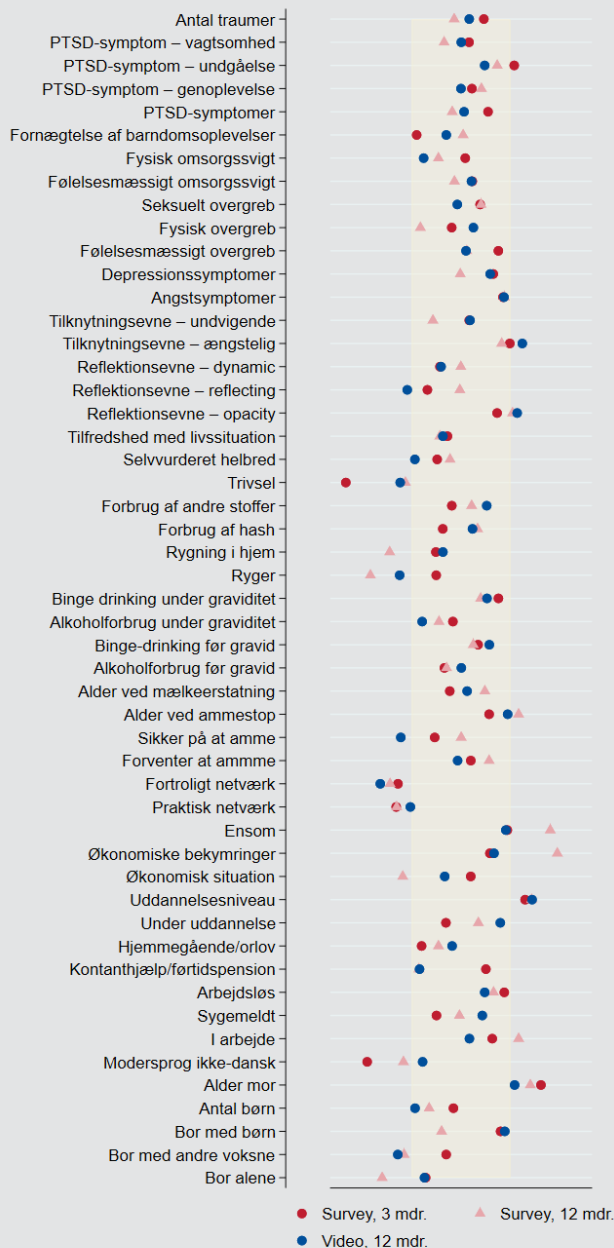
Der er i alt 256 kvinder som besvarede baseline spørgeskemaet, og disse danner grundlaget for vores undersøgelsespopulation. Ved 3-måneders opfølgningen besvarede 231 (heraf 5 delvist) af disse kvinder det opfølgende skema. Ved 12-måneders opfølgningen besvarede 209 (heraf 19 delvist) af disse kvinder det opfølgende skema. Ved 12-måneders videoopfølgningen deltog 139 kvinder.

For at undersøge, om der er systematiske forskelle mellem de mødre som besvarede begge spørgeskemaer, og de mødre som er faldet fra, har vi foretaget en frafaldsanalyse. Frafaldsanalysen foretages ved at sammenligne karakteristika på baseline mellem deltagere ved 3-måneders opfølgningen, 12-måneders opfølgningen samt videoerne og de som er frafaldet og tester for forskelle. Den statistiske sammenligning afslører hvorvidt der er særlige karakteristika ved de frafaldne sammenholdt med de fortsat deltagende.

Resultaterne af frafaldsanalysen er afbilledet grafisk i Figur 12.2, hvor teststatistikken fra test af forskel mellem frafaldet og fortsat deltagende mødre er vist. Den røde prik angiver størrelsen på teststatikken og hvis den er placeret uden for det gule område indikerer dette en statistisk signifikant forskel i det angivne baggrundskarakteristika Bilag 5 viser resultaterne af frafaldsanalysen ved at rapportere hvordan deltagerne ved de to opfølgninger fordeler sig på en lang række baggrundskarakteristika målt ved baseline sammenholdt med de mødre, som er udgået af undersøgelsen. Forskelle i baggrundskarakteristika testes med enten et t-test eller χ^2 -test, hvor teststatistikken og p-værdierne er angivet i tabellen. Vi anvender et konservativt skøn og betragter P-værdier under 0,1 som statistisk signifikante forskelle, som indikerer systematisk frafald for det givne baggrundskarakteristika.

Figur 12.2 Frafaldsanalyse

Den standardiserede forskel mellem dem, som frafalder, og dem, som deltager, samt t-test. Den røde prik er forskellen mellem grupper, og det gule område er 90-%'s konfidensinterval. Hvis prikken ligger uden for det gule område, er der signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 256.

t-test af variabler mellem dem, som frafalder, og dem, som deltager. KI = 90 %.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Vi finder, at de deltagere, der er frafaldet ved 3 måneders-opfølgningen, adskiller sig fra deltagere, der ikke er frafaldet i forhold til følgende variable:

- Markant større frafald i kontrolgruppen (21 %) sammenholdt med MTB-gruppen (9 %)
- Større frafald blandt yngre mødre
- Større frafald blandt mødre med et andet modersprog end dansk
- Større frafald blandt mødre med ingen uddannelse
- Større frafald blandt mødre med et større praktisk hjælpende netværk
- Større frafald blandt mødre med et større fortroligt netværk
- Større frafald blandt mødre med et højere trivselsniveau
- Større frafald blandt mødre uden PTSD-undgåelse.

Vi finder, at de deltagere, der er frafaldet ved 12 måneders-opfølgningen, adskiller sig fra deltagere, der ikke er frafaldet i forhold til følgende variable:

- Markant større frafald i kontrolgruppen (45 %) sammenholdt med MTB-gruppen (19 %)
- Større frafald blandt enlige mødre og blandt mødre, som bor med andre voksne, som ikke er en partner
- Større frafald blandt mødre med et andet modersprog end dansk
- Større frafald blandt yngre mødre
- Større frafald blandt mødre med ingen uddannelse
- Større frafald blandt mødre med god økonomisk situation
- Større frafald blandt mødre uden økonomiske bekymringer
- Større frafald blandt mødre, som føler sig ensomme
- Større frafald blandt mødre med et større praktisk hjælpende netværk
- Større frafald blandt mødre med et større fortroligt netværk
- Større frafald blandt mødre, som planlægger tidligere ammestop
- Større frafald blandt mødre, som ryger, og hvor der er rygning i hjemmet
- Større frafald blandt mødre med lavere refleksionsevne (opacity)
- Større frafald blandt mødre med et højere trivselsniveau.

Vi finder, at de deltagere, der er frafaldet ved 12 måneders-videoopfølgningen, adskiller sig fra deltagere, der ikke er frafaldet i forhold til følgende variable:

- Markant større frafald i kontrolgruppen (68 %) sammenholdt med MTB-gruppen (39 %)

- Større frafald blandt enlige mødre og blandt mødre, som bor med andre voksne, som ikke er en partner
- Større frafald blandt mødre med ingen uddannelse
- Større frafald blandt mødre med et større fortroligt netværk
- Større frafald blandt mødre, som er sikre på at amme
- Større frafald blandt mødre, som planlægger tidligere ammestop
- Større frafald blandt mødre, som ryger
- Større frafald blandt mødre med lavere refleksionsevne (opacity)
- Større frafald blandt mødre med et højere trivselsniveau.

Da frafaldet ikke er tilfældigt fordelt på tværs af MTB- og kontrolgruppen, har vi desuden undersøgt, hvordan frafaldet fordeler sig på mødrenes karakteristika i hver af disse grupper. I MTB-gruppen ses det, at flergangsfødende mødre har et væsentlig højere frafald sammenlignet med førstegangsfødende. Vi finder ikke samme tendens i kontrolgruppen, hvilket forstærker den forskel, vi observerede i balancetesten, for hvorledes førstegangsmødre er overrepræsenteret i MTB-gruppen sammenholdt med kontrolgruppen.

Derudover ser vi, at i MTB-gruppen er det i overvejende mødre uden uddannelse, som frafalder undersøgelsen, hvorimod det i kontrolgruppen er særligt mødre, der ikke primært taler dansk i hjemmet og mødre med et højere alkoholforbrug under graviditeten.

Vi har foretaget balancetest. Resultaterne fra disse test viser de samme ubalancer som allerede nævnt i afsnit 12.1.1. Selvom frafaldsanalysen påpeger signifikante forskelle mellem de familier, som udgår af undersøgelsen, og de, som fortsat deltager, giver det ikke anledning til yderligere ubalancer målt statistisk set. Det skal dog holdes in mente, at kontrolgruppen er forholdsvis lille, hvilket gør det vanskeligere at måle forskelle statistisk set, hvis disse er små.

I imputeringsmodellen, som anvendes i effektmålingen til at håndtere de manglende besvarelser, inkluderer vi de variable fra frafaldsanalysen, som viser statistisk signifikante skævheder i frafaldet.

Hvis der derudover er særlige uobserverbare karakteristika ved de familier fra kontrolgruppen, som er udgået, sammenholdt med de udgåede fra MTB-gruppen, vil sammenligneligheden af de tilbageværende i hhv. kontrol- og MTB-gruppen være udfordret og kan give biased effektestimater. Dette vil i særlig grad være en udfordring, hvis der er forhold omkring barnets udvikling, som er betydende for, at familier udgår af undersøgelsen. Da vi ingen mulighed har for at vurdere, om årsagen til, at familier udgår af undersøgelsen, skyldes barnets udvikling, og hvorvidt det er skævt fordelt på MTB- og kontrolgruppen, bør vi være forsigtige i konklusionerne vedrørende effekten på barnets udvikling.

12.1.3 Robusthedsanalyser

I dette afsnit gennemfører vi en række robusthedsanalyser af resultaterne.

Robusthedsanalysen undersøger sensitiviteten af hovedresultaterne i forhold til valg af metode. Indledningsvis vises resultaterne af effektmålingen uden imputering af data. Denne analyse er dermed udelukkende baseret på de mødre, som havde besvaret både baseline-målingen og 3 måneders-opfølgningen. Resultaterne er præsenteret i afsnit 12.1.3.1.

I afsnit 12.1.3.2 anvendes Inverse Probability of Attrition Weigthing (IPAW) som en alternativ metode til at håndtere frafaldet. Princippet bag IPAW er at tildele de observationer, som minder mest om de frafaldne, en højere vægt.

12.1.3.1 Complete-case-analyse

Ud af de 256 besvarelser ved baseline-målingen er det 231 (heraf 5 delvist), som også har besvaret opfølgningen 3 måneder efter fødslen. I hovedanalysen i Kapitel 5 anvendes en imputeringsmodel i et forsøg på at håndtere frafaldet. Analysen på baggrund af imputeringsmodel er dog kun valid, hvis årsagen til frafaldet ikke skyldes noget uobserverbart – såsom barnets trivsel eller helbred. Hvis der er særlige karakteristika ved de mødre, der udgår af undersøgelsen, som ikke er relateret til de informationer, mødrene har angivet ved baseline-målingen, vil imputeringsmodellen ikke i tilstrækkelig grad håndtere de manglende besvarelser. For at undersøge, hvordan imputeringsmodellen påvirker resultaterne, har vi foretaget en såkaldt complete-case-analyse, hvor vi foretager effektmålingen udelukkende på de mødre, hvor vi har besvarelser fra både baseline-målingen samt 3 måneders-opfølgningen.

Tabel 12.1 Complete-case-analyse – 3 mdr.-spørgeskema

	Effekt- estimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
SWEMWBS: Trivsel	-0,40	[-1,88; 1,07]	0,59	-0,10
BaM-13: Forældreskab#	0,88	[-1,26; 3,03]	0,42	0,15
Selvurderet eget helbred	-0,48	[-1,20; 0,25]	0,20	-0,24
Tilfredshed med livssituation	-0,42	[-1,15; 0,31]	0,26	-0,22
Ensomhed#	0,12	[-0,23; 0,47]	0,51	0,12
Praktisk netværk	0,09	[-0,33; 0,51]	0,67	0,08
Fortroligt netværk	0,06	[-0,25; 0,38]	0,70	0,08
EPDS: Fødselsdepression#	0,75	[-1,26; 2,77]	0,46	0,14
Ryger#	-0,08	[-0,26; 0,10]	0,40	-0,16
Rygning i hjemmet#	0,04	[-0,05; 0,12]	0,38	0,17
Barnets helbred	-0,15	[-0,47; 0,17]	0,35	-0,15
Født til tiden	0,05	[-0,09; 0,19]	0,49	0,13
Født for tidligt#	-0,03	[-0,15; 0,09]	0,62	-0,09
Barnets fødselsvægt	1,69	[-224,87; 228,24]	0,99	0,00
Startet amning efter fødsel	-0,04	[-0,14; 0,07]	0,47	-0,14
Ammer stadig (3 mdr.)	0,00	[-0,18; 0,18]	0,98	0,00
ASQ3: Kommunikation	-3,53	[-6,11; -0,95]	0,01	-0,37
ASQ3: Grovmotorik	-0,82	[-4,28; 2,65]	0,64	-0,09
ASQ3: Finmotorik	-4,07	[-8,74; 0,59]	0,09	-0,29
ASQ3: Problemløsning	-1,73	[-5,78; 2,33]	0,40	-0,14
ASQ3: Personligt og socialt	-3,11	[-6,71; 0,49]	0,09	-0,28
ASQ:SE2: Selvregulering#	-0,12	[-2,98; 2,74]	0,93	-0,02
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd#	0,61	[-1,87; 3,09]	0,63	0,08
ASQ:SE2: Affekt#	-0,86	[-2,05; 0,33]	0,16	-0,25
ASQ:SE2: Social kommunikation#	0,43	[-1,74; 2,59]	0,70	0,06
ASQ:SE2: Interaktion med andre#	0,79	[-0,64; 2,23]	0,28	0,20
ASQ:SE2: Totalscore#	0,35	[-5,78; 6,47]	0,91	0,02
ASQ:SE2: Totalscore med bekymring#	-0,66	[-8,25; 6,94]	0,86	-0,03

Anm.: N = 225.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og kontrol for besvarelestidspunkt af baseline. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Resultaterne af complete-data-analysen er rapporteret i Tabel 12.1. Som forventet afviger resultaterne fra denne analyse fra hovedresultaterne i Kapitel 5, hvor imputeringmodellen korrigerer for frafaldet. I Tabel 12.1 vises signifikante eller tilnærmelsesvis signifikante effekter på barnets udvikling i forhold til 'kommunikation', 'finmotorik' og 'personligt og socialt'. Effekterne indikerer dog, at kontrolgruppen klarer sig bedre end MTB-gruppen, når barnet er 3 måneder gammelt. Dette svarer til den beskrivende sammenligning præsenteret i Bilag 2, men i effektmålingen i afsnit 8.2.4 fandt vi ingen signifikante negative effekter på barnets udvikling. Det tyder derfor på, at det skæve frafald og ubalancen mellem MTB- og kontrolgruppen medfører et bias i effektestimatene, når der ikke tages højde for dette.

Ved 12 måneders-opfølgningen er frafaldet endnu større. Tabel 12.2 viser complete-case-resultaterne for udfaldsmålene baseret på 12 måneders-spørgeskemaet. Vi finder at 3 ud af 33 test er signifikante. De 3 signifikante resultater peger på, at MTB-gruppen klarer sig dårligere i forhold til 'adgang til praktisk netværk' og 'fødselsdepression', men bedre i forhold til 'vished om tanker og følelser' i relationen til barnet. Complete-case-analysen viser altså små, få og ikke systematiske effekter af MTB.

Tabel 12.2 Complete-case-analyse – 12 mdr.-spørgeskema

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
SWEMWBS: Trivsel	-0,58	[-2,14; 0,98]	0,46	-0,15
Selvvurderet eget helbred	-0,53	[-1,34; 0,29]	0,20	-0,25
Tilfredshed med livssituation	-0,70	[-1,59; 0,18]	0,12	-0,34
Ensomhed#	0,32	[-0,06; 0,71]	0,10	0,35
Praktisk netværk	-0,34	[-0,78; 0,10]	0,13	-0,32
Fortroligt netværk	-0,04	[-0,32; 0,23]	0,77	-0,06
EPDS: Fødselsdepression#	2,50	[0,38; 4,62]	0,02	0,44
Selvvurderet helbred for barn	-0,37	[-0,85; 0,10]	0,12	-0,27
Ryger#	-0,12	[-0,39; 0,15]	0,39	-0,18
Rygning i hjemmet#	-0,08	[-0,27; 0,11]	0,42	-0,21
ASQ:SE2: Selvregulering#	-0,25	[-3,26; 2,75]	0,87	-0,03
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd#	-0,42	[-2,73; 1,88]	0,72	-0,08
ASQ:SE2: Affekt#	-0,78	[-1,96; 0,41]	0,20	-0,26
ASQ:SE2: Social kommunikation#	-2,46	[-5,83; 0,91]	0,15	-0,29

	Effekttesti- mat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
ASQ:SE2: Interaktion med andre#	0,31	[-1,42; 2,03]	0,72	0,07
ASQ:SE2: Totalscore#	-2,39	[-9,76; 4,98]	0,52	-0,13
ASQ:SE2: Totalscore med bekymring#	-3,11	[-11,17; 4,49]	0,45	-0,15
Aktiviteter med barn	0,09	[-0,25; 0,42]	0,61	0,11
Forældrestress#	3,52	[-0,20; 7,24]	0,06	0,40
Mangel på forældretilfredshed#	1,52	[-0,20; 3,23]	0,08	0,38
Forvrænget mentalisering#	-0,68	[-2,40; 1,05]	0,44	-0,16
Vished om tanker og følelser	0,20	[-2,22; 2,61]	0,21	0,25
Nysgerrighed og interesse	1,04	[-1,00; 3,08]	0,31	0,20
Forældre-barn interaktion	0,66	[-1,12; 2,45]	0,47	0,15
Alkoholforbrug	0,09	[-0,24; 0,42]	0,60	0,10
I beskæftigelse	0,14	[-0,32; 0,60]	0,56	0,10
Mobilforbrug	0,05	[-0,92; 1,01]	0,93	0,02
Ammer stadig (12 mdr.)	0,12	[-0,03; 0,27]	0,11	0,29
For få kontakter med fagprofessionelle	0,01	[-0,08; 0,10]	0,89	0,03

Anm.: N = 188.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Ved 12 måneders-samspilsvideo er frafaldet størst, og næsten halvdelen af deltagerne er frafaldet. Tabel 12.3 viser complete-case-resultaterne for udfaldsmålene baseret på videoerne. Vi finder, alle test er insignifikante.

Tabel 12.3 Complete-case-analyse – 12 mdr.-video (CIB)

	Effekttesti- mat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Sensitivitet (forælder)	-0,11	[-0,34; 0,11]	0,32	-0,25
Påtrængenhed (forælder)#	-0,06	[-0,23; 0,11]	0,48	-0,20
Grænsesætning (forælder)	-0,17	[-0,46; 0,13]	0,26	-0,27
Involvering (barn)	-0,13	[-0,35; 0,09]	0,25	-0,31
Tilbagetrækning (barn)#	-0,10	[-0,28; 0,08]	0,26	-0,28
Efterlevelse (barn)	-0,04	[-0,26; 0,19]	0,74	-0,07
Gensidighed (dyade)	-0,10	[-0,42; 0,22]	0,52	-0,16
Negative tilstande (dyade)#	0,07	[-0,19; 0,34]	0,59	0,13
Total	-0,08	[-0,28; 0,13]	0,47	-0,17

Anm.: N = 139.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-videomateriale.

12.1.3.2 Inverse probability of attrition weighting

IPAW håndterer frafald ved at vægte respondenterne efter deres inverse sandsynlighed for at deltage. Første step i denne metode er at beregne vægte for respondenterne, hvilket gøres ved at opsætte en model for den estimerede sandsynlighed for deltagelse i 3 måneders-opfølgningen. Denne metode baserer sig udelukkende på baggrund af data fra baseline-målingen, og derfor er denne metode kun valid, hvis frafaldet er baseret på observerbare karakteristika. For hhv. kontrol- og MTB-gruppen har vi undersøgt hvilke karakteristika målt på baseline, som er statistisk signifikante korreleret med frafald. Variable fra denne øvelse inkluderes i en Elastic Net Regularization-model af frafald til at udvælge de bedste prediktorer af frafald. På baggrund af de prediktorer udvalgt af Elastic Net-modellen opstilles en Logit-model for frafald. Resultaterne fra Logit-modellen anvendes til at estimere sandsynligheden for at deltage for hver mor, og den inverse værdi af sandsynligheden udgør vægten.

Herefter gennemføres effektmålingen med den samme regressionsmodel, som anvendt i Kapitel 5, på det vægtede datasæt. Resultaterne fra disse regressio-
ner er præsenteret i Tabel 12.4 for 3 måneders-spørgeskemaet og i Tabel 12.5 for 12 måneders-spørgeskemaet.

Tabel 12.4 IPAW-model – 3 mdr.-spørgeskema

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi
SWEMWBS: Trivsel	0,13	[-1,63;1,90]	0,88
BaM-13: Forældreskab#	0,21	[-2,23;2,65]	0,86
Selv vurderet eget helbred	-0,05	[-0,91;0,81]	0,91
Tilfredshed med livssituation	-0,20	[-1,07;0,67]	0,65
Ensomhed#	0,04	[-0,35;0,43]	0,85
Praktisk netværk	-0,00	[-0,41;0,41]	0,98
Fortroligt netværk	0,09	[-0,25;0,43]	0,59
EPDS: Fødselsdepression#	-0,23	[-2,51;2,05]	0,84
Ryger#	-0,07	[-0,27;0,13]	0,49
Rygning i hjemmet#	0,00	[-0,11;0,11]	0,97
Barnets helbred	0,06	[-0,36;0,48]	0,78
Født til tiden	0,05	[-0,13;0,22]	0,58
Født for tidligt#	-0,05	[-0,19;0,10]	0,53
Barnets fødselsvægt	16,68	[-266,73;300,08]	0,91
Startet amning efter fødsel	-0,08	[-0,20;0,05]	0,22
Ammer stadig (3 mdr.)	-0,05	[-0,26;0,17]	0,67
ASQ3: Kommunikation	-2,40	[-6,16;1,37]	0,21
ASQ3: Grovmotorik	-0,53	[-4,46;3,40]	0,79
ASQ3: Finmotorik	-3,13	[-9,27;3,01]	0,32
ASQ3: Problemløsning	-0,76	[-5,48;3,97]	0,75
ASQ3: Personligt og socialt	-1,20	[-5,52;3,11]	0,58
ASQ:SE2: Selvregulering#	-0,85	[-3,87;2,17]	0,58
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd#	0,56	[-2,36;3,49]	0,71
ASQ:SE2: Affekt#	-1,00	[-2,40;0,41]	0,16
ASQ:SE2: Social kommunikation#	0,29	[-2,25;2,82]	0,82
ASQ:SE2: Interaktion med andre#	-0,01	[-1,58;1,55]	0,99
ASQ:SE2: Totalscore#	-1,45	[-8,13;5,23]	0,67
ASQ:SE2: Totalscore med bekymring#	-3,19	[-11,87;5,48]	0,47

Anm.: N = 225.

Kontrolvariabler: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Tabel 12.5 IPAW-model – 12 mdr.-spørgeskema

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi
SWEMWBS: Trivsel	-0,12	[-1,76;1,53]	0,89
Selv vurderet eget helbred	-0,68	[-1,44;0,05]	0,07
Tilfredshed med livssituation	-0,54	[-1,51;0,43]	0,27
Ensomhed#	0,52	[0,02;1,01]	0,04
Praktisk netværk	-0,27	[-0,79;0,25]	0,30
Fortroligt netværk	0,04	[-0,26;0,34]	0,78
EPDS: Fødselsdepression#	2,05	[0,05;4,10]	0,05
Selv vurderet helbred for barn	-0,39	[-0,94;0,16]	0,16
Ryger#	-0,09	[-0,36;0,17]	0,48
Rygning i hjemmet#	-0,10	[-0,25;0,05]	0,20
ASQ:SE2: Selvregulering#	-0,29	[-3,01;2,43]	0,83
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd#	0,37	[-1,76;2,51]	0,73
ASQ:SE2: Affekt#	-0,21	[-1,43;1,02]	0,74
ASQ:SE2: Social kommunikation#	-1,81	[-5,81;2,19]	0,37
ASQ:SE2: Interaktion med andre#	1,04	[-0,80;2,87]	0,27
ASQ:SE2: Totalscore#	0,74	[-7,11;8,59]	0,85
ASQ:SE2: Totalscore med bekymring#	-0,70	[-9,38;7,99]	0,87
Aktiviteter med barn	0,35	[-0,01;0,72]	0,06
Forældrestress#	3,52	[-0,15;7,19]	0,06
Mangel på forældretilfredshed	1,70	[-0,02;3,42]	0,05
Forvrænget mentalisering#	0,06	[-1,85;1,98]	0,95
Vished om tanker og følelser	0,54	[-1,86;2,93]	0,66
Nysgerrighed og interesse	1,04	[-1,19;3,27]	0,36
Forældre-barn interaktion	0,11	[-1,69;1,91]	0,90
Alkoholforbrug	-0,03	[-0,35;0,29]	0,87
Tager medicin	-0,13	[-0,32;0,06]	0,18
Vurdering af jobparathed	-1,16	[-4,75;2,43]	0,52
I beskæftigelse	0,48	[-0,21;1,16]	0,17
Mobilforbrug	0,37	[-0,56;1,30]	0,43
Ammer stadig (12 mdr.)	0,13	[-0,02;0,27]	0,10

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi
Flere børn	0,02	[-0,20;0,23]	0,89
Prævention	0,14	[-0,09;0,38]	0,22
Barnet i dagtilbud	-0,04	[-0,15;0,07]	0,47
Har en partner	0,03	[-0,10;0,16]	0,63
For få kontakter med fagprofessionelle	-0,01	[-0,09;0,07]	0,78

Anm.: N = 188.

Kontrolvariabler: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Resultaterne er generelt meget lig resultaterne af effektmålingen på baggrund af imputeringsmodellen.

Tilsvarende effektmålingen på baggrund af imputeringsmodellen finder vi derudover ikke nogen statistisk signifikante effekter af MTB på hverken mors trivsel, helbred eller netværk og heller ikke barnets udvikling. Det eneste udfaldsmål med tilnærmelsesvis indikationer på en effekt er barnets socio-emotionelle udvikling af affekt. Vi fandt tilsvarende indikationer i resultaterne på baggrund af imputeringsmodellen, hvorfor det ikke kan tilskrives en tilfældighed grundet valg af metode. Effekten er dog stadig kun 1 ud af 30 test, og den er heller ikke statistisk signifikant, hvorfor det kun kan betragtes som en indikation. For udfaldsmålene efter 12 måneder er to variable signifikante på 5-%s signifikansniveau – det er ensomhed, hvor MTB-gruppen estimeres at være mere ensomme, og EPDS, hvor MTB-gruppen har højere niveau af fødselsdepression.

Tabel 12.6 IPAW-model – 12 mdr.-video

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Sensitivitet (forælder)	-0,18	[-0,38;0,03]	0,09	-0,37
Påtrængenhed (forælder)#	-0,01	[-0,18;0,17]	0,95	-0,02
Grænsesætning (forælder)	-0,33	[-0,60;-0,07]	0,01	-0,53
Involvering (barn)	-0,17	[-0,37;0,03]	0,10	-0,40
Tilbagetrækning (barn)#	-0,09	[-0,26;0,08]	0,29	-0,25
Efterlevelse (barn)	0,03	[-0,22;0,27]	0,83	0,05

	Effekttestimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Gensidighed (dyade)	-0,20	[-0,47;0,07]	0,15	-0,30
Negative tilstande (dyade)#	0,12	[-0,14;0,39]	0,36	0,21
Total	-0,14	[-0,32;0,04]	0,13	-0,35

Anm.: N = 139.

Kontrolvariabler: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R). Resultaterne er baseret på en regressionsmodel. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-videomateriale.

Tabel 12.6 viser IPAW-resultaterne fra CIB-udfaldsmålene baseret på video-data. Eneste signifikante estimat er morens evne til at sætte grænser, hvor vi finder, at mødre i kontrolgruppen er bedre end i MTB-gruppen. Denne effekt så vi ikke, når vi imputerede – og ej heller i complete-case-estimeringerne. Resultatet er altså ikke robust og bør ikke fortolkes kausalt.

12.2 Moderatoranalyse

I effektmålingen i afsnit 8.2 fandt vi ingen signifikante resultater af MTB for mødre eller deres børn. Som vi viser i afsnit 11.1, betyder det ikke, at der ingen udvikling sker fra baseline til 3 måneder eller fra 3-12 måneder, men derimod at den gennemsnitlige udvikling i MTB-gruppen ikke statistisk set er anderledes end i kontrolgruppen.

De gravide er alle visiteret til en kommunal indsats på baggrund af fx bekymringer om barnets trivsel eller sociale udfordringer. Selvom de samlet set kan betragtes som værende i en sårbar situation, er der væsentlige forskelle mellem familierne – særligt socioøkonomisk. Det er muligt, at der er forskel på, hvordan forskellige mødre oplever at have deltaget i MTB. Vi har derfor lavet en supplerende analyse, hvor vi ser på, om der er noget, der tyder på, at der er forskellige effekter afhængigt af baggrundskaraktistika.

I Boks 12.1 ses en oversigt over, hvilke subgrupper vi undersøger for heterogene effekter. Disse blev fastlagt i protokolartiklen, inden vi påbegyndte analyserne. Kontrolgruppen bliver reduceret væsentligt ved 3- og 12 måneders-dataindsamlingen, hvilket udfordrer moderatoranalyserne.

Boks 12.1 Subgrupper for moderatoranalyser

- **Alder:** Yngre mødre op til 25 år sammenlignes med ældre mødre fra 26 år.
- **Paritet:** Førstegangsfødende sammenlignes med mødre, der har børn i forvejen.
- **Uddannelsesniveau:** Mødre med grundskoleuddannelse sammenlignes med mødre, der har mere end en grundskoleuddannelse.
- **Tilknytning i nær relation:** Mødre, der rapporterer lavere kvalitet i tilknytning til partner (ECR-S score under 36), sammenlignes med mødre, der rapporterer højere kvalitet i tilknytning (ECR-S score på 36 eller højere).
- **Parforholdsstatus:** Mødre, der angiver at bo alene, sammenlignes med mødre, der bor sammen med en partner.
- **Traumer:** Mødre, der har oplevet moderat eller svær grad af følelsesmæssige, fysiske eller seksuelle overgreb, sammenlignes med mødre, der ikke har.
- **PTSD:** Mødre, der opfylder kriterier for en PTSD-diagnose, sammenlignes med mødre, der ikke gør.
- **Refleksiv funktion:** Mødre med højere niveau af forælderrelateret refleksionsevne sammenlignes med mødre med et lavere niveau (mødre, der scorer hhv. over eller under medianen i fordelingen af P-PRFQ).
- **Symptomer for angst:** Mødre med symptomer på angst (HADS \geq 8) sammenlignes med mødre med færre symptomer (HADS \leq 7).
- **Symptomer for depression:** Mødre med symptomer på depression (HADS \geq 8) sammenlignes med mødre med færre symptomer (HADS \leq 7).
- **Økonomisk situation:** Mødre, der angiver at have en dårlig økonomisk situation, eller som angiver, at de ofte eller meget ofte bekymrer sig over deres økonomi, sammenlignes med resten.

12.2.1 Resultater i forhold til, hvor mange MTB-sessioner deltagerne har modtaget

Der er stor variation i forhold til, hvor mange sessioner MTB-deltagerne har modtaget. Vi har derfor undersøgt, om der er nogen sammenhæng imellem effekten af MTB og antallet af sessioner, mødrene har fået (dose-respons-analyse).

Der kan være mange årsager til, at antallet af sessioner varierer mellem familierne, og det er muligt, at de familier, der modtager mange sessioner, er anderledes end dem, der modtager færre. Derfor kan analysen ikke tolkes som kausale sammenhænge.

Vi finder kun enkelte signifikante sammenhænge mellem antallet af deltagelsesgange og udfaldsmålene, og der ses en tendens til, at der er et negativt fortegn på sammenhængene – det vil sige, at det ser ud som om, at det er dårligt at få mange besøg. Vi forventer, at disse sammenhænge er tegn på, at de dårligst stillede mødre, som har større behov, også er dem, der får flest besøg.

12.2.2 Effekter af MTB for de gravides alder

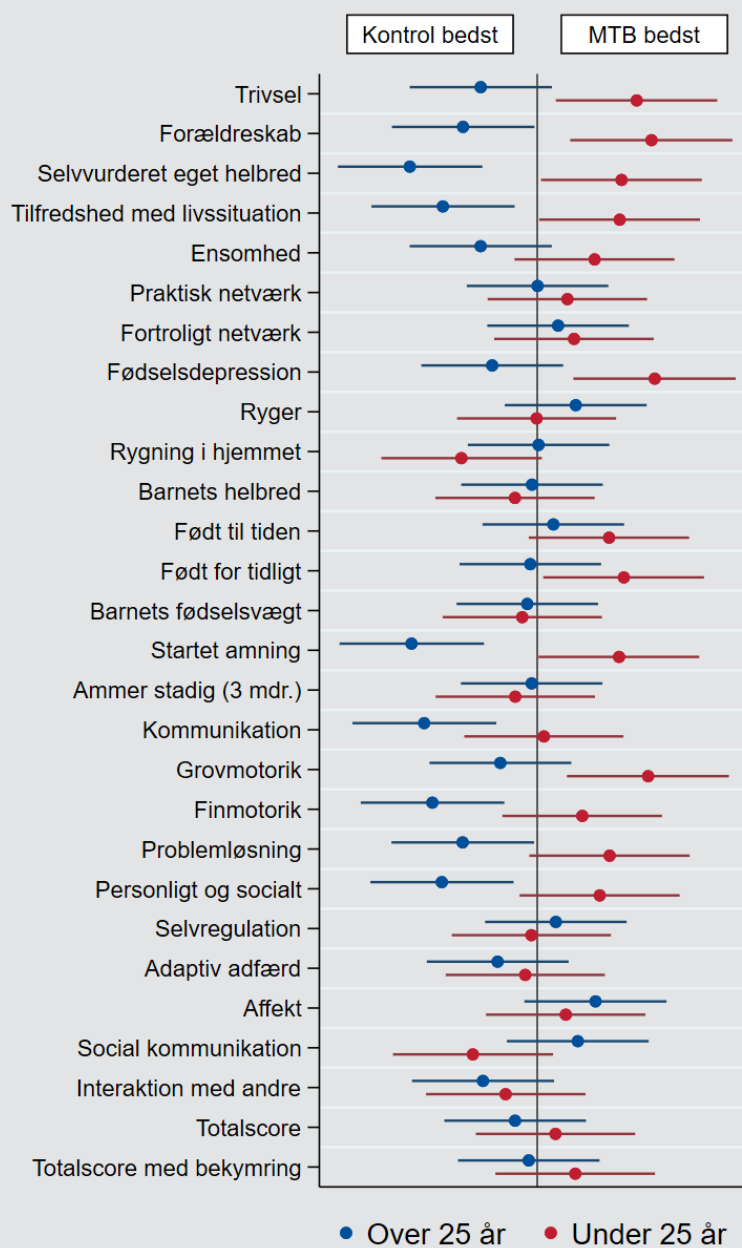
På tværs af alle moderatoranalyserne finder vi kun systematiske forskelle i MTB-effekten på baggrund af mødrenes alder, når barnet er 3 måneder gammelt. MTB-mødre i aldersgruppen 17-25 år klarer sig ved de fleste udfaldsmål bedre end kontrolgruppen. Det modsatte billede ser vi for gruppen af mødre i aldersgruppen 26+ år, hvor MTB-mødre for de fleste udfald klarer sig dårligere end kontrolgruppen. Et tilsvarende mønster ses desuden for, hvorvidt mødrene er førstegangsfødende eller flergangsfødende.

Resultaterne er opsummeret grafisk i Figur 12.3. Her vises Cohen's d for effektestimaterne fra hver af subgrupperne. De røde cirkler viser effektstørrelsen (streger angiver konfidensintervallet) for effekten af MTB for mødre på 25 år eller yngre, mens de blå cirkler angiver effektstørrelser for den ældre gruppe af mødre.

Resultatet genfindes dog ikke i moderatoranalyserne, når barnet er 12 måneder gammelt, og skal derfor tolkes varsomt.

Figur 12.3 Effekter af MTB opdelt efter alder, 3 mdr.

Figuren viser effektstørrelser af effektestimaterne for MTB opdelt efter mødrenes alder (hhv. over og under 25 år).



Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Kontrolvariabler: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande for graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Litteratur

- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., & Stayton, D.F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: M.P.M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world*, (99–135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, *34*(10), 932–937.
- 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.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S.R., & Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*(3), 174–186.
- Arnfred, J., Svendsen, K., Rask, C., Jeppesen, P., Fensbo, L., Houmann, T., Obel, C., Niclasen, J., & Bilenberg, N. (2019). Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Danish Medical Journal*, *66*(6), 1–8.
- Atwoli, L., Stein, D.J., Koenen, K.C., & McLaughlin, K.A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: Prevalence, correlates and consequences. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(4), 307–311.
- Bech, P. (2004). Measuring the Dimension of Psychological General Well-Being by the WHO-5. *Quality of Life Newsletter*, *32*, 15–16.
- Berger, S.P., Hopkins, J., Bae, H., Hella, B., & Strickland, J. (2010). Infant Assessment. In: J.G. Bremner & T.D. Wachs (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of infant development*, (226–256). New Jersey, USA: Blackwell Publishing Ltd.

- 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.
- Bowlby, J. (1958). The Nature of The Child's Tie to his Mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, *39*, 350–373.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment, separation and loss*. New York City, USA: Basic Books.
- 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.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R.E., & Walsh, B.T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(2), 98–111.
- Cassidy, J. (2018). The nature of the child's ties. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, research, and clinical applications*, (3–24). New York City, USA: Guilford Press.
- 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.
- 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.
- Danmarks Statistik. (2015). *Livskvalitet*. [Retrieved: d.19.10.23]. <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/sociale-forhold/levevilkaar/livskvalitet>.
- Davidson, R.J., & McEwen, B.S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 689–696.

- Davis, K.F., Parker, K.P., & Montgomery, G.L. (2004). Sleep in infants and young children: Part two: Common sleep problems. *Journal of Pediatric Health Care, 18*(3), 130–137.
- de Wolff, M.G., Backhausen, M.G., Iversen, M.L., Bendix, J.M., Rom, A.L., & Heegaard, H.K. (2019). Prevalence and predictors of maternal smoking prior to and during pregnancy in a regional Danish population: A cross-sectional study. *Reproductive Health, 16*(82), 1-9.
- 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.
- Ditlevsen, D.N., & Elklit, A. (2012). Gender, trauma type, and PTSD prevalence: A re-analysis of 18 Nordic convenience samples. *Annals of General Psychiatry, 11*(26), 1-6.
- Doyle, O. (2020). The first 2,000 days and child skills. *Journal of Political Economy, 128*(6), 2067–2122.
- Doyle, O., Harmon, C., Heckman, J.J., Logue, C., & Hyeok, S. (2017). Early skill formation and the efficiency of parental investment: A randomized controlled trial of home visiting. *Labour Economics, 45*, 40–58.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A.-M., & Roisman, G.I. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development, 81*(2), 435–456.
- 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*, (535–567). Cambridge: 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 & 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.
- Funk, J.L., & Rogge, R.D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology, 21*(4), 572–583.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M., Donnelly, M., & Susan, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Campbell Systematic Reviews, 8*(1), 1–239.
- Godoy, L., Davis, A., Heberle, A., Briggs-Gowan, M.J., & Carter, A.S. (2018). Caregiver Report Measures of Early Childhood Social Emotional Functioning. In: C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*, (4th ed.), (259–278). New York City, USA: Guilford Publications.
- Granqvist, P., Sroufe, L.A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development, 19*(6), 534–558.
- Groh, A.M., Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Steele, R.D., & Roisman, G.I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment and Human Development, 16*(2), 103–136.
- Groh, A.M., Roisman, G.I., van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Fearon, R.P. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. In *Child Development, 83*(2), 591–610.

- 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*(1), 101–108.
- Hauffa, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A., Mewes, R., & Glaesmer, H. (2011). Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: Results of a representative population survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(12), 934–939.
- Heckman, J.J. (2008). The case for investing in disadvantaged young children. In: First Focus (Ed.), *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future*, (49–58). Washington D.C.: First Focus.
- Holstein, B.E., Henriksen, T.B., Rayce, S.B., Ringsmose, C., Skovgaard, A.M., Teilmann, G.K., & Væver, M.S. (2021). *Mental sundhed og psykisk sygdom hos 0-9 årige børn*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- 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.
- 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.
- Jensen, H.A.R., Davidsen, M., Møller, S.R., Román, J.E.I., Kragelund, K., & Christensen, A.I. (2022). *Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Kadesjö, B., Janols, L.-O., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A., Lambek, R., Øgrim, G., Bredesen, A.M., & Gillberg, C. (2017). *Manual 5-15R (Five-To-Fifteen-Revised)*. [Retrieved: d. 20.10.23]. www.5-15.org.

- Kefeli, M.C., Turow, R.G., Yildirim, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research, 260*, 391–399.
- Kolb, B., & Gibb, R. (2011). Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 20*(4), 265–276.
- Kongerslev, M.T., Bach, B., Rossi, G., Trauelsen, A.M., Ladegaard, N., Løkkegaard, S. S., & Bo, S. (2019). Psychometric validation of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) in a Danish clinical sample. *Child Abuse and Neglect, 94*(104026), 1-10.
- 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.
- Kristensen, I.H., Simonsen, M., Trillingsgaard, T., & Kronborg, H. (2017). Video feedback promotes relations between infants and vulnerable first-time mothers: A quasi-experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(379), 1-11.
- 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, 17*(486), 1-16.
- Luyten, P., Mayes, L.C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE, 12*(5), e0176218.
- MacBeth, A., Law, J., McGowan, I., Norrie, J., Thompson, L., & Wilson, P. (2015). Mellow Parenting: Systematic review and meta-analysis of an intervention to promote sensitive parenting. *Developmental Medicine & Child Neurology, 57*(12), 1119–1128.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology, 49*(4), 672–689.

- 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.
- Marchesseault, C., Close, N., Sadler, L.S., Simpson, T., Slade, A., & Webb, D. (2018). *Minding the Baby® (MTB) Danmark. Håndbog i planlægning og implementering. Implementeringsvejledning for MTB i Danmark*. Aarhus: Metodecentret.
- Matthey, S. (2011). Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders*, *128*(1–2), 142–152.
- McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Bromet, E.J., Karam, E.G., Liu, H., Petukhova, M., Ruscio, A.M., Sampson, N.A., Stein, D.J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., Demyttenaere, K., Dinolova, R.V., Ferry, F., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Kawakami, N., ... Kessler, R.C. (2017). Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: Evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, *211*(5), 280–288.
- Metodecentret. (2020). *Hvad er Minding the Baby?* Aarhus: Metodecentret – Center for Innovation & Metodeudvikling.
- 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.
- Mountain, G., Cahill, J., & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, *46*, 14–32.
- Murray, L. (2014). *The Psychology of Babies: How relationships support development from birth to two*. London, UK: Robinson Publishing Ltd.
- Newman-Morris, V., Gray, K.M., Simpson, K., & Newman, L.K. (2020). Development and initial reliability and validity of a new measure of distorted maternal representations: The Mother–Infant Relationship Scale. *Infant Mental Health Journal*, *41*(1), 40–55.
- Niclasen, J., Teasdale, T.W., Andersen, A.-M.N., Skovgaard, A.M., Elberling, H., & Obel, C. (2012). Psychometric Properties of the Danish Strength and Difficulties Questionnaire: The SDQ Assessed for More than 70,000 Raters in Four Different Cohorts. *PLoS ONE*, *7*(2), e32025.

- Nyström, K., & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, *46*(3), 319–330.
- 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.
- Ordway, M.R., Sadler, L.S., Holland, M.L., Slade, A., Close, N., & Mayes, L.C. (2018). A Home Visiting Parenting Program and Child Obesity: A Randomized Trial. *Pediatrics*, *141*(2).
- Paavonen, E.J., Saarenpää-Heikkilä, O., Morales-Munoz, I., Virta, M., Häkälä, N., Pölkki, P., Kylliäinen, A., Karlsson, H., Paunio, T., & Karlsson, L. (2020). Normal sleep development in infants: Findings from two large birth cohorts. *Sleep Medicine*, *69*, 145–154.
- 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.
- Plauborg, R., & Jacobsen, A.L. (2020). *COS-P - Circle of Security Parenting*. Social- og Boligstyrelsen. [Retrieved: d. 19.10.23]. <https://vidensportal.dk/boern-og-unge/omsorgssvigt/indsatser/circle-of-security-2013-parenting-cos-p>.
- 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), e0205662.
- Pontoppidan, M., Niss, N.K., Pejtersen, J.H., Julian, M.M., & Væver, M.S. (2017). Parent report measures of infant and toddler social-emotional development: A systematic review. *Family Practice*, *34*(2), 127–137.
- Pontoppidan, M., Smith-Nielsen, J., & Nøhr, K. (2022). *Indsatser i forhold til fødselsdepression: En litteraturgennemgang af eksisterende viden*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Pontoppidan, M., Thorsager, M., Friis-Hansen, M., Slade, A., & Sadler, L.S. (2022). Minding the Baby versus usual care: Study protocol for a quasi-

cluster-randomized controlled study in Denmark of an early interdisciplinary home-visiting intervention for families at increased risk for adversity. *Trials*, 23(529), 1-18.

Puckering, C., Allely, C.S., Doolin, O., Purves, D., McConnachie, A., Johnson, P. C.D., Marwick, H., Heron, J., Golding, J., Gillberg, C., & Wilson, P. (2014). Association between parent-infant interactions in infancy and disruptive behaviour disorders at age seven: A nested, case-control ALSPAC study. *BMC Pediatrics*, 14(223), 1-8.

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), e015707.

Reuter, A., Silfverdal, S.A., Lindblom, K., & Hjern, A. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 109(9), 1717-1732.

Rod, N.H., Bengtsson, J., Elsenburg, L.K., Taylor-Robinson, D., & Rieckmann, A. (2021). Hospitalisation patterns among children exposed to childhood adversity: A population-based cohort study of half a million children. *The Lancet Public Health*, 6(11), e826-e835.

Rosholm, M., Sørensen, K., & Skipper, L. (2017). *BIP Indikatorer og jobsandsynlighed. Hovedpointer*. København: 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.

Shonkoff, J.P., Slopen, N., & Williams, D.R. (2020). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Impacts of Racism on the Foundations of Health. *Annual Review of Public Health*, 42, 115-134.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281.

Slade, A., Holland, M.L., Ordway, M.R., Carlson, E.A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L.C., & Sadler, L.S. (2020). 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., Sadler, L.S., Webb, D., Simpson, T., & Close, N. (2018a). *Minding the Baby@ Home Visitation Program. Treatment manual*. Yale, USA: Yale University Press.
- Slade, A., Sadler, L. S., Webb, D., Simpson, T., & Close, N. (2018b). *MTB Danmark. Forkortet behandlingsmanual. Dansk indsats- og undervisningsvejledning*. Aarhus: Metodecentret.
- 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*, (151-173). New York City, USA: 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(393), 1-12.
- Squires, J., Bricker, D., Waddell, M., Funk, K., Clifford, J., & Hoselton, R. (2017). *SEAM™ - Social-Emotional Assessment: Evaluation Measure. Dansk udgave med bidrag af Nina Madsen-Sjø og Svend Kreiner*. Virum: Hogrefe Psykologisk Forlag A/S.
- Squires, J.K., Bricker, D.D., & Twombly, E. (2015). *ASQ®:SE-2: User's Guide*. Baltimore, USA: 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*, (147–175). Baltimore, USA: Brookes Publishing.
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009b). *ASQ-3 User's Guide*. Baltimore, USA: Brookes Publishing.
- Stenstrup, C., & Højland, A.-K. (2017). *Tilknytning, prænatal tilknytning og familiedannelse: En relationel proces*. Jordemoderforeningen. [Retrieved: d. 19.10.23]. <https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/tilknytning-pranatal-tilknytning-og-familiedannelse-en-relationel-proces/>.
- 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(15) 1–8.

- Sundhedsdatastyrelsen. (2023). *Nyfødte og fødsler (1997-)*. [Retrieved: d. 19.10.23]. <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Nyfoedte-og-foedsler-1997->.
- Sundhedsdatastyrelsen. (2023). *Amning og udsættelse for tobaksrøg i første leveår*. [Retrieved: d.19.10.23]. <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Amning-og-udsættelse-for-tobaksroeg-i-foerste-levaar>.
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021a). *Amning - en håndbog for sundhedspersonale*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021b). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2022). Sundhedsstyrelsens udmeldinger om indtag af alkohol. København: *Sundhedsstyrelsen*.
- Tobon, A.L., Condon, E., Sadler, L.S., Holland, M.L., Mayes, L.C., & Slade, A. (2022). School age effects of Minding the Baby - An attachment-based home-visiting intervention: On parenting and child behaviors. *Development and Psychopathology*, 34(1), 55–67.
- Tomfohr-Madsen, L.M., Racine, N., Giesbrecht, G.F., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300(113912), 1-3.
- Veisani, Y., Jenabi, E., Delpisheh, A., & Khazaei, S. (2019). Effect of prenatal smoking cessation interventions on birth weight: Meta-analysis. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 32(2), 332–338.
- Weeland, J., van Aar, J., & Overbeek, G. (2018). Dutch Norms for the Eyberg Child Behavior Inventory: Comparisons with other Western Countries. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 40(2), 224–234.
- 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.
- Whitcomb, S.A., & Merrell, K.W. (2012). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents*. Oxfordshire, UK: Routledge, Taylor Francis Group.

- Wilson, P., Bradshaw, P., Tipping, S., Henderson, M., Der, G., & Minnis, H. (2013). What predicts persistent early conduct problems? Evidence from the Growing Up in Scotland cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health, 67*(1), 76–80.
- Zeanah, C.H. (2018). *Handbook of infant mental health*. New York City, USA: Guilford Publications.
- Zeegers, M.A.J., Colonesi, C., Stams, G.-J.J.M., & Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant–parent attachment. *Psychological Bulletin, 143*(12), 1245–1272.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370.

Bilag 1 Beskrivende statistik ved baseline

Bilagstabel 1.1 Baseline-måling af MTB- og kontrolgruppe – baggrundsdata

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-test	P-værdi	Gns./pct.	SD
Alder mor	26,37	(4,32)	26,89	(5,17)	-0,75	0,45	26,74	(4,94)
Bor alene					9,74	0,00		
Nej	63,01 %		81,42 %				76,17 %	
Ja	36,99 %		18,58 %				23,83 %	
Bor med partner/ægtefælle					11,76	0,00		
Nej	43,84 %		22,40 %				28,52 %	
Ja	56,16 %		77,60 %				71,48 %	
Bor med andre, fx forældre					1,07	0,30		
Nej	93,15 %		96,17 %				95,31 %	
Ja	6,85 %		3,83 %				4,69 %	
Bor med egne eller partners børn						0,76	0,38	
Nej	87,67 %		91,26 %				90,23 %	
Ja	12,33 %		8,74 %				9,77 %	
Antal børn	0,59	(0,88)	0,22	(0,46)	4,35	0,00	0,33	(0,63)
Arbejdsstatus					29,87	0,00		
I arbejde	12,33 %		17,58 %				16,08 %	
Sygemeldt fra arbejde/Sygedagpenge	21,92 %		11,54 %				14,51 %	
Arbejdsløs med understøttelse	5,48 %		5,49 %				5,49 %	
Førtidspensionist/kontanthjælp	32,88 %		36,81 %				35,69 %	
Hjemmegående/orlov	24,66 %		7,14 %				12,16 %	
Under uddannelse	0,00 %		10,44 %				7,45 %	
Andet	2,74 %		10,99 %				8,63 %	
Uddannelsesniveau					1,44	0,70		
Grundskole eller lavere	50,00 %		46,58 %				47,53 %	

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-test	P-værdi	Gns./pct.	SD
Gymnasium	9,68 %		14,29 %				13,00 %	
Kort eller erhvervsfaglig uddannelse	29,03 %		24,84 %				26,01 %	
Mellemlang/lang uddannelse	11,29 %		14,29 %				13,45 %	
Økonomisk situation					1,41	0,70		
Dårlig	4,11 %		5,49 %				5,10 %	
Nogenlunde	41,10 %		40,66 %				40,78 %	
God	47,95 %		42,86 %				44,31 %	
Særdeles god	6,85 %		10,99 %				9,80 %	
Økonomiske bekymringer					1,18	0,88		
Aldrig	8,33 %		8,89 %				8,73 %	
Sjældent	23,61 %		18,33 %				19,84 %	
Nogen gange	38,89 %		38,33 %				38,49 %	
Ofte	18,06 %		21,11 %				20,24 %	
Meget ofte	11,11 %		13,33 %				12,70 %	
Taler andet sprog end dansk i hjemmet					0,51	0,48		
Nej	87,67 %		90,66 %				89,80 %	
Ja	12,33 %		9,34 %				10,20 %	
Antal	73		183				256	

Anm.: N = 256.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 1.2 Baseline-måling af MTB- og kontrolgruppe – amning

	Kontrol	MTB	Test af forskel		Total
	Pct.	Pct.	Chi-2	P-værdi	Pct.
Forventer at amme			1,91	0,17	
Nej, eller ved ikke	9,59 %	4,95 %			6,27 %
Ja	90,41 %	95,05 %			93,73 %
Sikker på amning			2,83	0,59	
1 Slet ikke sikker	12,12 %	17,34 %			15,90 %
2	4,55 %	9,25 %			7,95 %
3	42,42 %	36,42 %			38,08 %
4	25,76 %	22,54 %			23,43 %
5 Meget sikker	15,15 %	14,45 %			14,64 %
Alder ved ammestop			9,82	0,04	
0-5 mdr.	27,40 %	12,02 %			16,41 %
6-7 mdr.	13,70 %	21,31 %			19,14 %
8-9 mdr.	16,44 %	17,49 %			17,19 %
10-11 mdr.	9,59 %	9,29 %			9,38 %
12+ mdr.	32,88 %	39,89 %			37,89 %
Alder ved moder-mælkserstatning			10,78	0,03	
Maks. 2 mdr.	7,58 %	6,94 %			7,11 %
3-4 mdr.	30,30 %	19,08 %			22,18 %
5-6 mdr.	33,33 %	52,02 %			46,86 %
7-9 mdr.	18,18 %	18,50 %			18,41 %
Mere end 9 mdr.	10,61 %	3,47 %			5,44 %
Antal	73	183			256

Anm.: N = 256.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 1.3 Baseline-måling af MTB- og kontrolgruppe – forbrug af alkohol, rygning og stoffer

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-test	P-værdi	Gns./pct.	SD
Ugentlige genstande før graviditet	2,22	(3,41)	1,55	(2,41)	1,75	0,08	1,75	(2,75)
Ugentlige genstande under graviditet	0,04	(0,20)	0,05	(0,33)	-0,34	0,74	0,05	(0,30)
Binge-drinking før graviditet					2,84	0,58		
Drikker aldrig alkohol	42,47 %		42,31 %				42,35 %	
Sjældent	31,51 %		38,46 %				36,47 %	
Månedligt	16,44 %		14,29 %				14,90 %	
Ugentligt	8,22 %		3,85 %				5,10 %	
Dagligt eller næsten dagligt	1,37 %		1,10 %				1,18 %	
Ryger					0,26	0,61		
Nej	67,12 %		63,74 %				64,71 %	
Ja	32,88 %		36,26 %				35,29 %	
Rygning i hjemmet					0,78	0,38		
Nej	79,45 %		84,07 %				82,75 %	
Ja	20,55 %		15,93 %				17,25 %	
Forbrug af hash					0,81	0,67		
Ja, indimellem eller har tidligere haft	13,70 %		15,93 %				15,29 %	
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	86,30 %		84,07 %				84,71 %	
Forbrug af stoffer					0,02	0,89		
Ja, jeg har haft et forbrug	8,22 %		7,69 %				7,84 %	
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	91,78 %		92,31 %				92,16 %	
Antal	73		183				256	

Anm.: N = 256.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 1.4 Baseline-måling af MTB- og kontrolgruppe – trivsel, helbred, netværk, refleksionsevne og tilknytning

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
Trivsel	24,38	(3,33)	23,80	(3,72)	1,16	0,25	23,97	(3,62)
Helbred	6,92	(2,06)	6,89	(1,98)	0,12	0,91	6,89	(2,00)
Tilfredshed med livet	7,33	(2,46)	7,68	(2,01)	-1,17	0,24	7,58	(2,15)
P-PRFQ totalscore	68,84	(9,80)	68,47	(10,52)	0,26	0,80	68,57	(10,30)
P-PRFQ – Gennem-sigtighed	4,49	(1,23)	4,48	(1,42)	0,06	0,95	4,48	(1,37)
P-PRFQ – Tænker på fosteret/barnet	5,43	(1,05)	5,25	(1,03)	1,28	0,20	5,30	(1,04)
P-PRFQ – Fleksibilitet	4,74	(1,03)	4,86	(1,12)	-0,79	0,43	4,83	(1,10)
ECR totalscore	37,08	(11,67)	34,53	(10,26)	1,72	0,09	35,26	(10,72)
ECR – Ængstelse	20,47	(7,81)	20,59	(6,75)	-0,13	0,90	20,56	(7,05)
ECR – Undgåelse	16,62	(7,75)	13,94	(6,51)	2,81	0,01	14,71	(6,98)
HADS angst	6,51	(4,17)	7,33	(3,94)	10,80	0,90	7,10	(4,01)
HADS depression	3,92	(2,82)	4,35	(3,15)	6,19	0,98	4,23	(3,06)
Ensom					0,64	0,89		
Nej	12,33 %		9,89 %				10,59 %	
Sjældent	27,40 %		28,57 %				28,24 %	
En gang imellem	45,21 %		43,41 %				43,92 %	
Ja, ofte	15,07 %		18,13 %				17,25 %	
Praktisk netværk					4,23	0,38		
Aldrig	2,74 %		1,10 %				1,57 %	
Sjældent	1,37 %		6,04 %				4,71 %	
Af og til	13,70 %		17,58 %				16,47 %	
Ofte	27,40 %		26,92 %				27,06 %	
Altid	54,79 %		48,35 %				50,20 %	
Fortroligt netværk					3,55	0,47		
Aldrig	4,11 %		2,75 %				3,14 %	
Sjældent	2,74 %		1,65 %				1,96 %	
Af og til	5,48 %		10,44 %				9,02 %	
Ofte	9,59 %		14,84 %				13,33 %	
Altid	78,08 %		70,33 %				72,55 %	
Antal	73		183				256	

Anm.: N = 256.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 1.5 Baseline-måling af MTB- og kontrolgruppe – traumer og PTSD

	Kontrol	MTB	Total	Test af forskel	
	Pct.	Pct.	Pct.	Chi-2	p-værdi
Antal traumer					
1	29,41 %	26,62 %	27,32 %	4,39	0,36
2	9,80 %	16,23 %	14,63 %		
3	15,69 %	24,68 %	22,44 %		
4	21,57 %	14,29 %	16,10 %		
5	23,53 %	18,18 %	19,51 %		
Følelsesmæssige overgreb					
Minimal/ingen	34,62 %	33,97 %	34,13 %	1,29	0,73
Lavt	9,62 %	15,38 %	13,94 %		
Moderat	13,46 %	14,10 %	13,94 %		
I svær grad	42,31 %	36,54 %	37,98 %		
Fysiske overgreb					
Minimal/ingen	57,69 %	63,87 %	62,32 %	1,29	0,52
Moderat	13,46 %	8,39 %	9,66 %		
I svær grad	28,85 %	27,74 %	28,02 %		
Seksuelle overgreb					
Minimal/ingen	66,67 %	70,78 %	69,76 %	2,24	0,33
Moderat	1,96 %	5,84 %	4,88 %		
I svær grad	31,37 %	23,38 %	25,37 %		
Følelsesmæssigt omsorgssvigt					
Minimal/ingen	44,23 %	50,32 %	48,79 %	1,85	0,60
Lavt	9,62 %	13,55 %	12,56 %		
Moderat	9,62 %	8,39 %	8,70 %		
I svær grad	36,54 %	27,74 %	29,95 %		
Fysisk omsorgssvigt					
Minimal/ingen	30,77 %	38,46 %	36,54 %	1,77	0,62
Lavt	7,69 %	10,26 %	9,62 %		
Moderat	11,54 %	8,33 %	9,13 %		
I svær grad	50,00 %	42,95 %	44,71 %		
Benægtelse					
0	73,08 %	66,05 %	67,76 %	0,89	0,35
1	26,92 %	33,95 %	32,24 %		
PTSD-diagnose					
Nej	71,15 %	66,67 %	67,76 %	0,36	0,55
Ja	28,85 %	33,33 %	32,24 %		
PTSD: Genoplevelse					

	Kontrol	MTB	Total	Test af forskel	
	Pct.	Pct.	Pct.	Chi-2	p-værdi
Nej	47,06 %	44,81 %	45,37 %	0,08	0,78
Ja	52,94 %	55,19 %	54,63 %		
PTSD: Undgåelse					
Nej	58,82 %	55,19 %	56,10 %	0,20	0,65
Ja	41,18 %	44,81 %	43,90 %		
PTSD: Vagtsomhed					
Nej	35,29 %	40,91 %	39,51 %	0,51	0,48
Ja	64,71 %	59,09 %	60,49 %		
Antal	73	183	256		

Anm.: N = 214.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilag 2 Beskrivende statistik ved 3 måneders-opfølgning

Bilagstabel 2.1 3 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – barnet

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
Barnets alder (dage)	119,22	(49,27)	101,09	(27,00)	3,49	0,00	105,76	(34,94)
Barnets fødselsvægt (gram)	3.516,22	(595,11)	3.430,14	(651,19)	0,87	0,39	3451,95	(637,20)
Barnets køn					0,57	0,45		
Dreng	44,83 %		50,58 %				49,13 %	
Pige	55,17 %		49,42 %				50,87 %	
Er barnet født til tiden?					3,62	0,31		
Ja, fra 37. svangerskabsuge til 2 uger efter termin	79,31 %		81,55 %				80,97 %	
Nej, i 32. til og med 36. fulde svangerskabsuge	13,79 %		7,74 %				9,29 %	
Nej, før 31. fulde svangerskabsuge	0,00 %		2,39 %				1,77 %	
Nej, mere end 2 uger efter termin*	6,90 %		8,34 %				7,97 %	
Barnets helbred	9,40		9,26		0,90	0,37	9,30	1,00
Nemt barn	8,91	(1,32)	8,78	(8,81)	0,58	0,56	8,81	(1,51)
Temperamentsfuldt barn					0,24	0,89		
Har meget temperament	8,62 %		7,14 %				7,52 %	
Har et gennemsnitligt temperament	70,69 %		73,81 %				73,01 %	

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
Har ikke særligt meget temperament	20,69 %		19,05 %				19,47 %	
Antal	58		172				230	

Anm.: N = 230.

Note: */Husker ikke/ved ikke.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 2.2 3 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – amning

	Kontrol	MTB	Test af forskel		Total
	Pct.	Pct.	Chi-2	P-værdi	
Begyndt at amme efter fødsel			0,37	0,54	
Nej	6,90 %	9,52 %			8,85 %
Ja	93,10 %	90,48 %			91,15 %
Ammer stadig (3 mdr.)			0,02	0,90	
Nej	44,44 %	43,42 %			43,69 %
Ja	55,56 %	56,58 %			56,31 %
Barnets mad seneste 24 timer			0,93	0,63	
Udelukkende blevet ammet	76,67 %	68,60 %			70,69 %
Blevet ammet og fået tilskud af modermælkserstatning	23,33 %	30,23 %			28,45 %
Udelukkende fået modermælkserstatning	0,00 %	1,16 %			0,86 %
Barnets mad seneste 7 dage			0,53	0,77	
Udelukkende blevet ammet	66,67 %	59,30 %			61,21 %
Blevet ammet og fået tilskud af modermælkserstatning én gang	13,33 %	15,12 %			14,66 %
Blevet ammet og fået tilskud af modermælkserstatning flere gange	20,00 %	25,58 %			24,14 %
Udelukkende fået modermælkserstatning	0,00 %	0,00 %			
Antal	58	172			230

Anm.: N = 230.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 2.3 3 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – barnets motoriske, sociale og socio-emotionelle udvikling

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns.	SD	Gns.	SD	t-stat	P-værdi	Gns.	SD
ASQ:3 kommunikation	48,79	(8,18)	45,03	(9,90)	2,60	0,01	45,99	(9,62)
ASQ:3 grovmotorik	51,72	(8,41)	50,30	(9,22)	1,04	0,30	50,66	(9,02)
ASQ:3 finmotorik	42,33	(13,09)	37,69	(14,60)	2,14	0,03	38,88	(14,34)
ASQ:3 problemløsning	48,62	(10,29)	44,46	(12,81)	2,23	0,03	45,53	(12,33)
ASQ:3 person og socialt	48,28	(9,44)	43,13	(11,62)	3,05	0,00	44,45	(11,31)
ASQ:SE2: selvregulering#	9,74	(7,86)	11,16	(8,04)	-1,17	0,25	10,80	(8,00)
ASQ:SE2: adaption#	10,34	(7,00)	11,40	(7,60)	-0,93	0,35	11,13	(7,45)
ASQ:SE2: affekt#	2,93	(3,75)	2,20	(3,31)	1,39	0,16	2,39	(3,44)
ASQ:SE2: social kommunikation#	4,57	(5,48)	5,33	(7,12)	-0,74	0,46	5,13	(6,73)
ASQ:SE2: interaktion#	2,41	(4,11)	3,01	(3,95)	-0,97	0,33	2,85	(3,99)
ASQ:SE2: totalscore#	30,86	(16,14)	33,27	(19,37)	-0,85	0,40	32,65	(18,59)
ASQ:SE2: totalscore med bekymringer#	34,66	(22,14)	35,98	(23,86)	-0,37	0,71	35,64	(23,39)
Antal	58		172				230	

Anm.: N = 230.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 2.4 3 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – forbrug af alkohol og rygning

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
Antal genstande efter fødslen	1,74	(1,94)	1,93	(1,78)	-0,43	0,67	1,88	(1,82)
Alkoholfrekvens efter fødslen					2,02	0,73		
Aldrig	60,34 %		64,29 %				63,27 %	
Højest én gang om måneden	27,59 %		23,81 %				24,78 %	

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
2-4 gange om måneden	10,34 %		8,33 %				8,85 %	
2-3 gange om ugen	0,00 %		2,38 %				1,77 %	
4 gange om ugen eller oftere	1,72 %		1,19 %				1,33 %	
Binge-episoder efter fødslen					1,30	0,52		
Aldrig	56,52 %		50,00 %				51,81 %	
Sjældent	43,48 %		45,00 %				44,58 %	
Månedligt	0,00 %		5,00 %				3,61 %	
Ryger								
Nej	51,72 %		60,71 %		1,43	0,23		
Ja	48,28 %		39,29 %				58,41 %	
Ryging i hjemmet							41,59 %	
Nej	93,10 %		95,24 %		0,39	0,53		
Ja	6,90 %		4,76 %				94,69 %	
Antal	58		172				230	

Anm.: N = 230.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 2.5 3 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – trivsel, helbred, forældreskab, netværk og fødselsdepression

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
Trivsel	24,39	(3,90)	24,03	(3,96)	0,62	0,54	24,12	3,94
Forældreskab	10,57	(5,30)	11,44	(6,15)	-0,96	0,34	11,22	5,95
Helbred	7,76	(1,92)	7,32	(2,05)	1,43	0,15	7,43	2,02
Tilfredshed med livet	8,10	(2,02)	8,05	(1,92)	0,17	0,87	8,07	1,94
Fødselsdepression	7,66	(5,22)	8,36	(5,61)	-0,84	0,40	8,18	5,51
Ensom					0,50	0,92		
Nej	18,97 %		15,48 %				16,37 %	
Sjældent	18,97 %		17,86 %				18,14 %	
En gang imellem	44,83 %		47,62 %				46,90 %	
Ja, ofte	17,24 %		19,05 %				18,58 %	
Praktisk netværk					0,84	0,93		
Aldrig	1,72 %		2,98 %				2,65 %	
Sjældent	10,34 %		9,52 %				9,73 %	
Af og til	20,69 %		19,05 %				19,47 %	
Ofte	27,59 %		23,81 %				24,78 %	
Altid	39,66 %		44,64 %				43,36 %	
Fortroligt netværk					3,55	0,47		
Aldrig	1,72 %		0,00 %				0,44 %	
Sjældent	1,72 %		2,38 %				2,21 %	
Af og til	12,07 %		6,55 %				7,96 %	
Ofte	12,07 %		17,86 %				16,37 %	
Altid	72,41 %		73,21 %				73,01 %	
Økonomisk situation					6,05	0,11		
Dårlig	0,00 %		7,74 %				5,75 %	
Nogenlunde	51,72 %		41,07 %				43,81 %	
God	37,93 %		42,86 %				41,59 %	
Særdeles god	10,34 %		8,33 %				8,85 %	
Økonomiske bekymringer					5,01	0,29		
Aldrig	6,90 %		11,11 %				10,00 %	
Sjældent	31,03 %		23,46 %				25,45 %	

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct.	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct.	SD
Nogen gange	37,93 %		38,27 %				38,18 %	
Ofte	20,69 %		16,05 %				17,27 %	
Meget ofte	3,45 %		11,11 %				9,09 %	
Antal	73		183				230	

Anm.: N = 230.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilag 3 Beskrivende statistik, når barnet er 12 måneder

Bilagstabel 3.1 12 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – adfærd

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct	SD
Morens alder	28,05	(3,96)	28,34	(4,80)	-0,34	0,73	28,24	(4,65)
Barnets alder	368,40	(27,82)	376,40	(34,49)	-1,35	0,18	379,58	(60,33)
Beskæftigelse					1,35	0,72		
Ja	32,50 %		26,39 %				28,19 %	
Ja, men på barsel/forældreorlov	5,00 %		4,17 %				4,26 %	
Ja, men sygemeldt	5,00 %		2,78 %				3,19 %	
Nej	57,50 %		66,67 %				64,36 %	
Tænker på mobiltelefonen	1,95	(1,04)	1,76	(0,92)	1,11	0,27	1,80	(0,95)
Ammer stadig					0,33	0,57		
Ja	20,00 %		24,32 %				23,40 %	
Nej	80,00 %		75,68 %				76,60 %	
Planer om flere børn								
Ja	12,50 %		20,95 %				19,15 %	
Nej	87,50 %		79,05 %				80,85 %	
Brug af prævention								
Ja	60,00 %		69,59 %				67,55 %	
Nej	40,00 %		30,41 %				32,45 %	
Alkoholfrekvens					1,22	0,87		
Aldrig	45,95 %		48,65 %				48,11 %	
Højst én gang om måneden	32,43 %		31,76 %				31,89 %	
2-4 gange om måneden	16,22 %		15,54 %				15,68 %	
2-3 gange om ugen	5,41 %		2,70 %				3,24 %	
4 gange om ugen eller oftere	0,00 %		1,35 %				1,08 %	
Binge-episoder					1,42	0,49		

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns./pct	SD	Gns./pct.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns./pct	SD
Aldrig	25,00 %		36,84 %				34,38 %	
Sjældent	70,00 %		55,26 %				58,33 %	
Månedligt	5,00 %		7,89 %				7,29 %	
Ryger					1,31	0,52		
Nej	51,35 %		61,49 %				59,46 %	
Ja, dagligt	37,84 %		29,05 %				30,81 %	
Ja, af og til	10,81 %		9,46 %				9,73 %	
Rygerhjem					4,86	0,18		
Ja, dagligt	0,00 %		1,35 %				1,08 %	
Ja, én eller flere gange om ugen	0,00 %		0,68 %				0,54 %	
Ja, månedligt eller sjældnere	5,41 %		0,68 %				1,62 %	
Nej, aldrig	94,59 %		97,30 %				96,76 %	
Medicinforbrug						0,46		
Ja	40,54 %		47,30 %				45,95 %	
Nej	59,46 %		52,70 %				54,05 %	
Barnets alder ved pasning	9,30	(3,16)	9,50	(2,60)	-0,41	0,68	(2,60)	9,46
Antal	48		155				208	

Anm.: N = 208.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 3.2 12 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – trivsel, helbred, forældreskab, netværk og fødselsdepression

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns.	SD
Warwick trivsel	24,28	3,86	24,30	3,96	-1,43	0,15	24,29	3,93
EPDS depression	7,55	5,74	8,97	5,84	-0,03	0,98	8,65	5,83
Helbred	7,43	1,92	7,18	2,20	0,69	0,49	7,23	2,14
Tilfreds	8,05	2,24	7,72	2,09	0,88	0,38	7,80	2,12
Ensom	2,59	0,97	2,76	0,90	-1,06	0,29	2,72	0,92
Praktiskhjælp fra netværk	4,27	1,03	3,93	1,09	1,77	0,08	4,01	1,08

	Kontrol		MTB		Test af forskel		Total	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi	Gns.	SD
Fortrolig	4,56	0,84	4,61	0,72	-0,36	0,72	4,60	0,74
Barnets helbred	9,20	1,09	8,87	1,48	1,40	0,16	8,94	1,40
ASQ:SE2: Selvregulering	8,84	6,71	9,60	7,61	-0,59	0,55	9,43	7,41
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd	8,10	5,29	7,95	5,67	0,15	0,88	7,98	5,57
ASQ:SE2: Affekt	2,33	3,15	1,61	2,98	1,37	0,17	1,77	3,03
ASQ:SE2: Social kommunikation	9,29	8,59	7,58	8,55	1,14	0,26	7,96	8,57
ASQ:SE2: Interaktion med andre	3,95	4,70	3,62	4,15	0,45	0,66	3,70	4,27
ASQ:SE2: Total-score	32,21	18,75	30,74	18,96	0,45	0,65	31,07	18,88
ASQ:SE2: Total-score med bekymring	30,52	22,74	32,21	21,07	0,58	0,56	32,68	21,15
MABISC: forældre-barn relation	8,64	4,62	8,86	4,28	-1,36	0,17	8,81	4,35
PRFQ Forvrænget mentalisering#	11,36	4,72	10,08	3,96	-1,59	0,11	10,37	4,17
PRFQ Vished om tanker og følelser	27,00	5,24	28,58	5,92	-0,29	0,77	28,23	5,79
PRFQ Nysgerrighed og interesse	35,18	5,88	36,86	4,95	1,82	0,07	36,48	5,21
Antal	48		155				208	

Anm.: N = 208.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 3.3 12 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe – beskrivende statistik af CIB

	Kontrol		MTB		Total		Test af forskel	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Gns.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi
Sensitivitet (forælder)	3,25	0,50	3,16	0,46	3,18	0,46	0,81	0,42
Påtrængenhed (forælder)	2,07	0,37	1,98	0,28	2,00	0,30	1,28	0,20
Grænsesætning (forælder)	3,88	0,54	3,74	0,65	3,76	0,63	1,00	0,32
Involvering (barn)	3,61	0,42	3,56	0,42	3,56	0,42	0,55	0,58

	Kontrol		MTB		Total		Test af forskel	
	Gns.	SD	Gns.	SD	Gns.	SD	Chi-2/t-stat	P-værdi
Tilbagetrækning (barn)	1,40	0,36	1,35	0,37	1,36	0,37	0,65	0,52
Efterlevelse (barn)	3,91	0,44	3,89	0,57	3,89	0,55	0,21	0,84
Gensidighed (dyade)	3,69	0,64	3,66	0,63	3,66	0,63	0,20	0,84
Negative tilstande (dyade)	1,39	0,62	1,39	0,55	1,39	0,56	-0,02	0,99
CIB total	3,91	0,43	3,87	0,39	3,88	0,40	0,40	0,69
Antal	23		115		138			

Anm.: N = 138.

Kilde: MTB spørgeskema.

Bilag 4 Beskrivende statistik om MTB-forløbet

Bilagstabel 4.1 Længde af besøg før og efter fødslen

	Før fødslen	Efter fødslen	I alt
Gennemsnitligt længde af alle besøg	69 min.	66 min.	67 min.
Min-max	1-120 min.	3-120 min.	1-120 min.
Antal besøg	1.503	7.378	8.881
Besøgsformer			
Gennemsnitligt længde af telefonopkald	37 min.	30 min.	31 min.
Min-max	1-120 min.	5-120 min.	1-120 min.
Antal besøg	132	918	1.050
Gennemsnitligt længde af hjemmebesøg	72 min.	71 min.	72 min.
Min-max	10-120 min.	3-120 min.	3-120 min.
Antal besøg	1.357	6.436	7.793
Gennemsnitligt længde af virtuelle besøg	70 min.	50 min.	57 min.
Min-max	52-120 min.	20-68 min.	20-120 min.
Antal besøg	14	23	37

Anm.: Antallet af mødre = 179.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Bilagstabel 4.2 Besøgsformer, deltagere og mødested

	Før fødslen	Efter fødslen	I alt
Besøgsformer			
Telefonopkald	8,8 %	12,4 %	11,8 %
Hjemmebesøg	90,3 %	87,2 %	87,8 %
Virtuelt	0,9 %	0,3 %	0,4 %
Besøgssted			
I hjemmet	78,7 %	88,8 %	87,1 %
I gruppe	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Egen læge/jordemoder	2,3 %	0,6 %	0,9 %
Hospital	1,6 %	1,5 %	1,5 %
Familierådgivning	4,1 %	1,1 %	1,6 %
Kørsel	0,2 %	0,0 %	0,1 %
Andet	12,8 %	7,8 %	8,6 %
Antal besøg	1.503	7.378	8.881

Anm.: Antallet af mødre = 179.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB.

Bilag 5 Frafaldsanalyse

Bilagstabel 5.1 Sammenligning: baseline-karakteristika af frafaldne mødre med fortsat deltagende (3 mdr.)

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
Allokering			3,55	0,00
Kontrol	25,22 %	57,69 %		
MTB	74,78 %	42,31 %		
Alder (mor)	26,79	25,27	1,53	0,13
Antal børn	0,32	0,42	-0,81	0,42
Bor alene			-1,85	0,07
Nej	77,83 %	61,54 %		
Ja	22,17 %	38,46 %		
Bor med partner/ægtefælle			1,65	0,10
Nej	26,96 %	42,31 %		
Ja	73,04 %	57,69 %		
Bor med andre, fx forældre			0,21	0,83
Nej	95,22 %	96,15 %		
Ja	4,78 %	3,85 %		
Bor med egne eller partners børn				
Nej	89,57 %	96,15 %		
Ja	10,43 %	3,85 %		
Taler andet sprog end dansk i hjemmet			-2,31	0,02
Nej	91,27 %	76,92 %		
Ja	8,73 %	23,08 %		
Arbejdsmarkedsstatus			6,15	0,41
I arbejde	16,59 %	11,54 %		
Sygemeldt fra arbejde/Sygedagpenge	13,97 %	19,23 %		
Arbejdsløs med understøttelse	6,11 %	0,00 %		
Førtidspensionist/kontanthjælp	36,68 %	26,92 %		
Hjemmegående/orlov	10,92 %	23,08 %		
Under uddannelse	7,42 %	7,69 %		
Andet	8,30 %	11,54 %		
Uddannelsesniveau			2,04	0,04
Grundskole eller lavere	45,27 %	68,18 %		
Gymnasium	13,43 %	9,09 %		
Kort eller erhvervsfaglig uddannelse	26,87 %	18,18 %		
Mellemlang/lang uddannelse	14,43 %	4,55 %		

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
Økonomisk situation			0,36	0,72
Dårlig	4,80 %	7,69 %		
Nogenlunde	40,17 %	46,15 %		
God	45,85 %	30,77 %		
Særdeles god	9,17 %	15,38 %		
Økonomiske bekymringer			1,14	0,25
Aldrig	7,49 %	20,00 %		
Sjældent	20,70 %	12,00 %		
Nogen gange	38,33 %	40,00 %		
Ofte	20,26 %	20,00 %		
Meget ofte	13,22 %	8,00 %		
Binge-drinking før gravid			0,10	0,92
Drikker aldrig alkohol	41,48 %	50,00 %		
Sjældent	37,99 %	23,08 %		
Månedligt	13,97 %	23,08 %		
Ugentligt	5,68 %	0,00 %		
Dagligt eller næsten dagligt	0,87 %	3,85 %		
Binge-drinking under graviditet			0,61	0,54
Ingen	72,12 %	72,00 %		
1 gang	19,91 %	28,00 %		
2 eller flere gange	7,96 %	0,00 %		
Antal genstande om ugen før graviditet	1,68	2,35	-1,18	0,24
Antal genstande om ugen under graviditet	0,05	0,08	-0,47	0,64
Ryger			-0,36	0,72
Nej	65,07 %	61,54 %		
Ja	34,93 %	38,46 %		
Rygning i hjemmet			-0,83	0,41
Nej	83,41 %	76,92 %		
Ja	16,59 %	23,08 %		
Forbrug af hash			0,01	0,99
Ja, indimellem eller har tidligere haft	15,28 %	15,38 %		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	84,72 %	84,62 %		
Forbrug af andre stoffer			-0,03	0,98
Ja, jeg har haft et forbrug	7,86 %	7,69 %		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	92,14 %	92,31 %		
Ensom			0,85	0,39
Nej	10,04 %	15,38 %		
Sjældent	28,38 %	26,92 %		

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
En gang imellem	43,67 %	46,15 %		
Ja, ofte	17,90 %	11,54 %		
Praktisk netværk			-1,89	0,06
Aldrig	1,75 %	0,00 %		
Sjældent	5,24 %	0,00 %		
Af og til	17,03 %	11,54 %		
Ofte	27,51 %	23,08 %		
Altid	48,47 %	65,38 %		
Fortroligt netværk			-1,71	0,09
Aldrig	3,49 %	0,00 %		
Sjældent	2,18 %	0,00 %		
Af og til	9,17 %	7,69 %		
Ofte	14,41 %	3,85 %		
Altid	70,74 %	88,46 %		
Følelsesmæssige overgreb			-0,25	0,80
Minimal/ingen	34,00 %	33,33 %		
Lavt	14,00 %	11,11 %		
Moderat	14,50 %	11,11 %		
I svær grad	37,50 %	44,44 %		
Fysiske overgreb			-1,70	0,09
Minimal/ingen	63,82 %	33,33 %		
Moderat	9,05 %	22,22 %		
I svær grad	27,14 %	44,44 %		
Seksuelle overgreb			-0,34	0,74
Minimal/ingen	70,05 %	66,67 %		
Moderat	5,08 %	0,00 %		
I svær grad	24,87 %	33,33 %		
Følelsesmæssigt omsorgssvigt			-1,09	0,28
Minimal/ingen	49,25 %	33,33 %		
Lavt	13,07 %	11,11 %		
Moderat	8,54 %	11,11 %		
I svær grad	29,15 %	44,44 %		
Fysisk omsorgssvigt			-0,86	0,39
Minimal/ingen	36,50 %	33,33 %		
Lavt	10,50 %	0,00 %		
Moderat	9,50 %	0,00 %		
I svær grad	43,50 %	66,67 %		
Benægtelse			-0,08	0,94

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
Nej	67,96 %	66,67 %		
Ja	32,04 %	33,33 %		
PTSD-diagnose			-0,08	0,94
Nej	67,96 %	66,67 %		
Ja	32,04 %	33,33 %		
PTSD: Genoplevelse			-1,41	0,16
Nej	46,19 %	22,22 %		
Ja	53,81 %	77,78 %		
PTSD: Undgåelse			0,67	0,51
Nej	55,33 %	66,67 %		
Ja	44,67 %	33,33 %		
PTSD: Vagtsomhed			-1,10	0,27
Nej	40,61 %	22,22 %		
Ja	59,39 %	77,78 %		
Antal traumer			-0,99	0,32
1	27,41 %	22,22 %		
2	14,72 %	11,11 %		
3	23,86 %	0,00 %		
4	14,72 %	44,44 %		
5	19,29 %	22,22 %		
Trivsel	23,78	25,59	-2,44	0,02
Tilfredshed med livssituation	7,61	7,31	0,68	0,50
Selvvurderet helbred	6,90	6,85	0,13	0,90
P-PRFQ totalscore	68,54	68,85	-0,14	0,89
P-PRFQ – gennemsnitlighed	4,49	4,44	0,17	0,87
P-PRFQ – tænker på fosteret/barnet	5,29	5,44	-0,71	0,48
P-PRFQ – nysgerrighed og interesse	4,83	4,78	0,24	0,81
ECR totalscore	35,33	34,65	0,31	0,76
ECR – Ængstelse	20,73	19,04	1,16	0,25
ECR – Undgåelse	14,60	15,62	-0,70	0,48
HADS angst	7,17	6,50	0,80	0,42
HADS depression	4,26	3,96	0,47	0,64
Vil amme barn?			1,17	0,24
Nej, eller ved ikke	5,68 %	11,54 %		
Ja	94,32 %	88,46 %		
Barnets alder ved ammestop	3,36	3,12	0,76	0,45
Barnets alder ved mælkeerstatning	3,89	3,91	-0,09	0,93

Anm.: N = 256.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 5.2 Sammenligning: baseline-karakteristika af frafaldne mødre med fortsat deltagende (12 mdr.)

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
Allokering			3,94	0,00
Kontrol	21,74 %	45,83 %		
MTB	78,26 %	54,17 %		
Alder (mor)	27,09	25,50	2,39	0,018
Antal børn	0,30	0,39	-0,97	0,33
Bor alene			-2,58	0,01
Nej	80,43 %	65,28 %		
Ja	19,57 %	34,72 %		
Bor med partner/ægtefælle			3,28	0,00
Nej	22,83 %	43,06 %		
Ja	77,17 %	56,94 %		
Bor med andre, fx forældre			-1,73	0,08
Nej	96,74 %	91,67 %		
Ja	3,26 %	8,33 %		
Bor med egne eller partners børn			-0,92	0,36
Nej	91,30 %	87,50 %		
Ja	8,70 %	12,05 %		
Taler andet sprog end dansk i hjemmet			-2,63	0,01
Nej	92,90 %	81,94 %		
Ja	7,10 %	18,06 %		
Arbejdsmarkedsstatus			7,13	0,31
I arbejde	19,13 %	8,33 %		
Sygemeldt fra arbejde/Sygedagpenge	14,21 %	15,28 %		
Arbejdsløs med understøttelse	6,56 %	2,78 %		
Førtidspensionist/kontanthjælp	33,33 %	41,67 %		
Hjemmegående/orlov	11,48 %	13,89 %		
Under uddannelse	7,65 %	6,94 %		
Andet	7,65 %	11,11 %		
Uddannelsesniveau			7,70	0,05
Grundskole eller lavere	42,86 %	59,68 %		
Gymnasium	13,66 %	11,29 %		
Kort eller erhvervsfaglig uddannelse	26,71 %	24,19 %		
Mellemlang/lang uddannelse	16,77 %	4,84 %		
Økonomisk situation			4,53	0,21
Dårlig	5,46 %	4,17 %		

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
Nogenlunde	44,26 %	31,94 %		
God	42,08 %	50,00 %		
Særdeles god	8,20 %	13,89 %		
Økonomiske bekymringer			15,53	0,00
Aldrig	6,04 %	15,71 %		
Sjældent	15,93 %	30,00 %		
Nogen gange	40,66 %	32,86 %		
Ofte	23,63 %	11,43 %		
Meget ofte	13,74 %	10,00 %		
Binge-drinking før gravid			5,28	0,26
Drikker aldrig alkohol	39,34 %	50,00 %		
Sjældent	39,34 %	29,17 %		
Månedligt	15,30 %	13,89 %		
Ugentligt	5,46 %	4,17 %		
Dagligt eller næsten dagligt	0,55 %	2,78 %		
Binge-drinking under graviditet			4,04	0,67
Ingen	72,38 %	71,43 %		
1 gang	19,89 %	22,86 %		
2 eller flere gange	7,73 %	5,71 %		
Antal genstande om ugen før graviditet	1,72	1,81	-0,22	0,83
Antal genstande om ugen under graviditet	0,04	0,07	-0,62	0,53
Ryger			-2,82	0,01
Nej	69,95 %	51,39 %		
Ja	30,05 %	48,61 %		
Rygning i hjemmet			-2,44	0,02
Nej	86,34 %	73,61 %		
Ja	13,66 %	26,39 %		
Forbrug af hash			0,70	0,49
Ja, indimellem eller har tidligere haft	14,21 %	18,06 %		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	85,79 %	81,94 %		
Forbrug af andre stoffer			0,70	0,49
Ja, jeg har haft et forbrug	7,10 %	9,72 %		
Nej, jeg har ikke og har aldrig haft et forbrug	92,90 %	90,28		
Ensom			11,62	0,01
Nej	7,65 %	18,06 %		
Sjældent	25,14 %	36,11 %		
En gang imellem	47,54 %	34,72 %		
Ja, ofte	19,67 %	11,11 %		

Gns./pct. Test for forskelle				
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
Praktisk netværk			12,67	0,01
Aldrig	1,64 %	1,39 %		
Sjældent	3,83 %	6,94 %		
Af og til	19,67 %	8,33 %		
Ofte	30,60 %	18,06 %		
Altid	44,26 %	65,28 %		
Fortroligt netværk			-8,56	0,07
Aldrig	3,28 %	2,78 %		
Sjældent	2,73 %	0,00 %		
Af og til	10,93 %	4,17 %		
Ofte	15,30 %	8,33 %		
Altid	67,76 %	84,72 %		
Følelsesmæssige overgreb			1,88	0,60
Minimal/ingen	33,13 %	37,78 %		
Lavt	14,72 %	11,11 %		
Moderat	15,34 %	8,89 %		
I svær grad	36,81 %	42,22 %		
Fysiske overgreb			2,13	0,35
Minimal/ingen	64,81 %	53,33 %		
Moderat	8,64 %	13,33 %		
I svær grad	26,54 %	33,33 %		
Seksuelle overgreb			0,35	0,84
Minimal/ingen	68,75 %	73,33 %		
Moderat	5,00 %	4,44 %		
I svær grad	26,25 %	22,22 %		
Følelsesmæssigt omsorgssvigt			3,45	0,33
Minimal/ingen	50,00 %	44,44 %		
Lavt	12,96 %	11,11 %		
Moderat	6,79 %	15,56 %		
I svær grad	30,25 %	28,89 %		
Fysisk omsorgssvigt			4,25	0,24
Minimal/ingen	38,65 %	28,89 %		
Lavt	10,43 %	6,67 %		
Moderat	7,36 %	15,56 %		
I svær grad	43,56 %	48,89 %		
Benægtelse			-0,30	0,77
Nej	68,26 %	65,96 %		
Ja	31,74 %	34,04 %		

	Gns./pct.		Test for forskelle	
	Deltager	Frafaldet	Chi-2/t-test	P-værdi
PTSD-diagnose			-0,65	0,52
Nej	68,86 %	63,83 %		
Ja	31,14 %	36,17 %		
PTSD: Genoplevelse			0,54	0,59
Nej	44,38 %	48,89 %		
Ja	55,62 %	51,11 %		
PTSD: Undgåelse			0,93	0,35
Nej	54,38 %	62,22 %		
Ja	45,62 %	37,78 %		
PTSD: Vagtsomhed			-0,61	0,54
Nej	40,62 %	35,56 %		
Ja	59,38 %	64,44 %		
Antal traumer			-0,27	0,79
1	26,25 %	31,11 %		
2	15,62 %	11,11 %		
3	24,38 %	15,56 %		
4	15,00 %	20,00 %		
5	18,75 %	22,22 %		
Trivsel	23,66	24,74	-2,16	0,03
Tilfredshed med livssituation	7,56	7,63	-0,22	0,83
Selvvurderet helbred	6,89	6,92	-0,11	0,91
P-PRFQ – gennemsligtighed	4,58	4,23	1,87	0,06
P-PRFQ – tænker på fosteret/barnet	5,28	5,36	-0,55	0,59
P-PRFQ – nysgerrighed og interesse	4,83	4,81	0,11	0,91
ECR – Ængstelse	20,89	19,71	1,21	0,23
ECR – Undgåelse	14,59	15,00	-0,42	0,67
HADS angst	7,33	6,50	1,49	0,14
HADS depression	4,21	4,26	-0,12	0,90
Vil amme barn?			0,78	0,44
Nej, eller ved ikke	5,46 %	8,33 %		
Ja	94,54 %	91,67 %		
Barnets alder ved mælkeerstatning	3,90	3,89	0,01	0,99

Anm.: N = 256.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilag 6 Effektmåling

Bilagstabel 6.1 Effekt af MTB på morens trivsel og udvikling (3 mdr.)

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
SWEMWBS: Trivsel	0,00	[-1,44;1,45]	1,00	0,00
BaM-13: Forældreskab#	0,04	[-2,19;2,27]	0,97	0,01
Selvurderet eget helbred	-0,25	[-0,99;0,48]	0,50	-0,12
Tilfredshed med livssituation	-0,21	[-0,94;0,51]	0,56	-0,11
Ensomhed#	0,09	[-0,28;0,46]	0,62	0,10
Praktisk netværk	0,11	[-0,31;0,52]	0,62	0,09
Fortroligt netværk	0,11	[-0,22;0,43]	0,52	0,14
EPDS: Fødselsdepression#	-0,06	[-2,11;2,00]	0,95	-0,01
Ryger#	-0,06	[-0,23;0,12]	0,54	-0,11
Rygning i hjemmet#	0,01	[-0,09;0,10]	0,90	0,03

Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og indikator for covid-19. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 6.2 Effekt af MTB på barnets helbred (3 mdr.)

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Barnets helbred	-0,03	[-0,39;0,32]	0,86	-0,03
Født til tiden	0,09	[-0,07;0,24]	0,27	0,22
Født for tidligt#	-0,04	[-0,17; 0,08]	0,49	-0,13
Barnets fødselsvægt	-58,00	[-311,21;195,20]	0,65	-0,09
Startet amning efter fødsel	-0,01	[-0,13;0,12]	0,93	-0,02
Ammer stadig (3 mdr.)	0,06	[-0,14;0,25]	0,56	0,12

Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og indikator for covid-19. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 6.3 Effekt af MTB på barnets trivsel og udvikling (3 mdr.)

	Effektestimat	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
ASQ3: Kommunikation	-1,77	[-4,68;1,13]	0,23	-0,18
ASQ3: Grovmotorik	0,65	[-2,97;4,27]	0,72	0,07
ASQ3: Finmotorik	-2,30	[-7,32;2,72]	0,37	-0,16
ASQ3: Problemløsning	-0,43	[-4,42;3,57]	0,83	-0,03
ASQ3: Personligt og socialt	-1,05	[-4,83;2,73]	0,58	-0,09
ASQ:SE2: Selvregulering#	-1,10	[-4,01;1,81]	0,46	-0,13
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd#	0,37	[-2,38;3,11]	0,79	0,05
ASQ:SE2: Affekt#	-0,98	[-2,21;0,25]	0,12	-0,28
ASQ:SE2: Social kommunikation#	-0,22	[-2,41;1,97]	0,84	-0,03
ASQ:SE2: Interaktion med andre#	0,37	[-1,08;1,82]	0,61	0,09
ASQ:SE2: Totalscore#	-2,35	[-8,53;3,84]	0,46	-0,12
ASQ:SE2: Totalscore med bekymring#	-3,86	[-11,83;4,10]	0,34	-0,16

Anm.: N = 225 + 31 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og indikator for covid-19. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 6.4 Effekt af MTB på morens trivsel og udvikling (12 mdr.)

	Effektestimater	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
SWEMWBS: Trivsel	-0.35	[-1,79;0,63]	0.63	-0.09
Selvvrurderet eget helbred	-0.38	[-1,09;0,33]	0.29	-0.18
Tilfredshed med livssituation	-0.54	[-1,23;0,15]	0.13	-0.26
Ensomhed#	0.33	[-0,03;0,69]	0.07	0.35
Praktisk netværk	-0.37	[-0,75;-0,00]	0.06	-0.36
Fortroligt netværk	-0.07	[-0,37;0,22]	0.62	-0.10
EPDS: Fødselsdepression#	1.61	[-0,34;3,57]	0.10	0.28
Ryger#	-0.15	[-0,43;0,14]	0.30	-0.21
Rygning i hjemmet#	-0.01	[-0,15;0,13]	0.87	-0.03
PSS: Forældrestress#	2.69	[-0,67;6,04]	0.11	0.31
PSS: Mangel på forældretilfredshed#	1.15	[-0,43;2,73]	0.15	0.29
PRFQ: Forvrænget mentalisering#	-0.95	[-2,45;0,55]	0.21	-0.23
PRFQ: Vished om tanker og følelser	-0,07	[-2,10;1,97]	0.95	-0,01
PRFQ: Nysgerrighed og interesse	1.43	[-0,60;3,46]	0.16	0.27
MABISC: Forældre-barn-relation#	0.87	[-0,71;2,45]	0.28	0.20

Anm.: N = 188 + 68 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 6.5 Effekt af MTB på barnets trivsel og udvikling (12 mdr.)

	Effektestimater	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Selvurderet helbred for barn	-0.32	[-0,74;0,09]	0.12	-0.24
Ammer stadig (12 mdr.)	0.06	[-0,10;0,21]	0.46	0.14
ASQ:SE2: Selvregulering	-0.51	[-3,35;2,34]	0.72	-0.07
ASQ:SE2: Adaptiv adfærd	-0.08	[-2,09;1,93]	0.94	-0.01
ASQ:SE2: Affekt	-0.77	[-1,92;0,37]	0.18	-0.25
ASQ:SE2: Social kommunikation	-2.94	[-6,33;0,45]	0.09	-0.35
ASQ:SE2: Interaktion med andre	-0.06	[-1,59;1,46]	0.93	-0.01
ASQ:SE2: Totalscore	-3.93	[-10,69;2,82]	0.25	-0.21
ASQ:SE2: Totalscore med bekymring	-4.48	[-12,50;3,55]	0.27	-0.21

Anm.: N = 188 + 68 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 6.6 Effekt af MTB på morens adfærd (12 mdr.)

	Effektestimater	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Aktiviteter med barn	0.11	[-0,19;0,40]	0.48	0.13
Hvor tit alkohol#	0,02	[-0,32;0,36]	0.92	0,02
I beskæftigelse	-0.10	[-0,27;0,07]	0.24	-0.21
Mobilforbrug#	-0.29	[-1,24;0,66]	0.55	-0.13
Ammer stadig (12 mdr.)	0.07	[-0,07;0,20]	0.34	0.16
Oplevelse af for få kontakter med fag-prof.#	-0.02	[-0,12;0,08]	0.68	-0.09

Anm.: N = 188 + 68 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Bilagstabel 6.7 Effekt af MTB på forældre-barn-samspelet (CIB) (12 mdr.)

	Effektestimater	95 % KI	P-værdi	Cohen's d
Sensitivitet (forælder)	0,01	[-0,20;0,12]	0,96	0,01
Påtrængenhed (forælder)	-0,16	[-0,32;0,00]	0,05	-0,50
Grænsesætning (forælder)	0,15	[-0,18;0,48]	0,37	0,20
Involvering (barn)	0,06	[-0,16;0,29]	0,58	0,14
Tilbagetrækning (barn)	-0,30	[-0,51;-0,08]	0,01	-0,67
Efterlevelse (barn)	0,25	[-0,06;0,56]	0,11	0,40
Gensidighed (dyade)	0,09	[-0,21;0,39]	0,54	0,14
Negative tilstande (dyade)	-0,08	[-0,44;0,29]	0,67	-0,12
Total	0,08	[-0,14;0,30]	0,44	0,20

Anm.: N = 139 + 117 imputeret.

Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R) og tidspunkt for bevarelse. Resultaterne er baseret på en regressionsmodel, hvor der anvendes multipel imputering til at håndtere missing-værdier generelt. Anbragte børn har fået erstattet missing-værdier med ekstreme værdier i udfaldsmål. # lav score er godt. KI: Konfidensinterval.

Kilde: MTB-spørgeskema.

VIVÉ