

Minding the Baby

Udvikling, trivsel, samspil og anbringelser, når børnene er 2 år gamle



Maiken Pontoppidan, Jonas Cuzulan Hirani, Mette Friis Hansen,
Amalie Bøg Rasmussen og Amalie Weiss Risbjerg

VIVE

Minding the Baby – Udvikling, trivsel, samspil og anbringelser, når børnene er 2 år gamle

© VIVE og forfatterne, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-405-2

Arkivfoto: Mathilde Bech

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

Minding the Baby (MTB) er en tværfaglig indsats rettet mod sårbare gravide, der er blevet afprøvet i 10 danske kommuner. Evalueringen undersøger effekten af MTB tilbudt til gravide. I denne rapport er der fokus på data indsamlet, når barnet er 2 år gammelt, og MTB-forløbene afsluttes.

Projektleder er seniorforsker Maiken Pontoppidan. Videnskabelig assistent Amalie Weiss Risbjerg, studentermedhjælper Amalie Bøg Rasmussen og projektmanager Mette Friis Hansen har bidraget til dataindsamling og interviews, og seniorforsker Jonas Cuzulan Hirani har gennemført de kvantitative analyser.

Det samlede projekt er finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond (herunder evalueringen). Evalueringen er gennemført i samarbejde med Metodecentret, de deltagende kommuner samt MTB National Office ved Yale University i USA.

Rapporten har været læst i udkast af to eksterne reviewere, som vi takker for værdifulde kommentarer. Vi retter desuden en særlig tak til forældrene og fagpersonerne, der har bidraget til evalueringen.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

Hovedresultater	6
-----------------	---

Afrapportering	14
----------------	----

1	Indledning	15
1.1	Baggrund for evalueringen	15
1.2	Metode og design	16
1.3	Læsevejledning	18

2	Om evalueringen af Minding the Baby-interventionen	20
2.1	Om MTB-interventionen	20
2.2	Hvem er deltagerne i evalueringen?	20
2.3	MTB-forløb i evalueringen	23
2.4	Anden indsats tilbudt til familierne	32

3	Effekter af MTB, når barnet er 2 år gammelt	38
3.1	Udfaldsmål	38
3.2	Datakvalitet og statistiske analyser	39
3.3	Resultater baseret på spørgeskemadata	42
3.4	Resultater for forældre-barn-samspil	51
3.5	Resultater i forhold til anbringelser	56
3.6	Supplerende analyser af effekten af MTB	58

4	Oplevelser med MTB-forløb	67
4.1	Klinikernes erfaringer med MTB	67
4.2	Fædres oplevelse af MTB	77
4.3	Opmærksomhedspunkter	84

Dokumentation	86
---------------	----

5	Metode	87
5.1	Om evalueringen	87
5.2	Om MTB-indsatsen	89

5.3	Dataindsamling	93
5.4	Statistiske analyser	97
5.5	Interviews	106
<hr/>		
6	Data	109
6.1	Beskrivelse af MTB-gruppen, når barnet er 2 år gammelt	109
<hr/>		
	Litteratur	116
<hr/>		
	Bilag 1 Interviewguide: MTB-klinikere	122
<hr/>		
	Bilag 2 Interviewguide: Fædre	124
<hr/>		
	Bilag 3 Skema med oplysninger om anden indsats	126
<hr/>		
	Bilag 4 Beskrivende statistik, når barnet er 24 måneder	127
<hr/>		
	Bilag 5 Effektmåling	129
<hr/>		
	Bilag 6 Moderatoranalyse	131
<hr/>		
	Bilag 7 Robusthedsanalyser	137
<hr/>		
	Bilag 8 Intern reliabilitet-måleredskaber	139
<hr/>		
	Bilag 9 Udvikling over tid for MTB-gruppen	142

Hovedresultater

Graviditeten og den første tid som nybagte forældre er en periode fyldt med både fantastiske og udfordrende oplevelser, særligt hvis man er i en sårbar position. Tidlige erfaringer med omsorgssvigt eller misbrug kan have alvorlige, langsigtede konsekvenser for barnet, da dets hjerne er særligt modtagelig for både positive og negative påvirkninger i de første leveår.

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

VIVE har evalueret effekten af Minding the Baby (MTB) i 10 danske kommuner. Analysen gennemført, da børnene var 3 og 12 måneder gamle, blev præsenteret i en tidligere rapport (Pontoppidan et al., 2023). Denne anden rapport undersøger effekterne af MTB, når barnet er 2 år, og MTB-forløbet er afsluttet. Formålet med evalueringen er at undersøge, om MTB-forløbet fører til bedre trivsel og udvikling i familierne sammenlignet med sædvanlige indsatser.

Deltagerne i evalueringen

Evalueringen omfatter 256 gravide kvinder, hvoraf 183 deltager i MTB-forløbet, mens 73 udgør kontrolgruppen. Mange af de gravide oplever symptomer på PTSD, og en stor andel (81 %) har været udsat for traumatiske oplevelser i barndommen. Det gælder særligt følelsesmæssige og seksuelle overgreb.

Om Minding the Baby (MTB)

MTB er en mentaliseringsbaseret og traumeorienteret, tværfaglig indsats for gravide og forældre i en sårbar position. Forløbet 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 67 besøg, når barnet fylder 2 år. 71 % af familierne har deltaget i MTB-forløbet, frem til barnet fylder 2 år, og 79 % har modtaget det, der karakteriseres som et forløb med standard eller høj deltagelse.

Om den sædvanlige indsats

Kontrolfamilierne har modtaget den sædvanlige indsats, som deres kommune tilbyder. Denne indsats varierer meget, men er som regel mere intensiv over en kortere periode end MTB-forløbet.

Der er stor variation i forhold til, hvad kontrolgruppen har modtaget af sædvanlig indsats. Omkring halvdelen (47 %) af kontrolfamilierne har ifølge kommunernes registrering ikke modtaget specifikke indsatser, frem til barnet er 2 år gammelt. Hvis der er givet en indsats, startede den for de fleste (89 %) først efter barnets fødsel. Indsatserne omfatter fx aflastning og forskellige typer af individuelle eller gruppebaserede forløb målrettet nybagte forældre.

Positive samspil imellem forældre og børn

På tværs af både MTB- og kontrolgruppen viser samspilsoptagelserne generelt forældre, der udstråler varme og engagement over for deres 2-årige barn, og en stor del af optagelserne viser positive samvær. Nogle forældre har dog en tendens til kontrollere legen, hvilket kan gøre barnet mere passivt i legen. Samlet set er det vores oplevelse, at rigtig mange formår at være sensitive forældre over for deres 2-årige barn på trods af de sårbarheder og udfordringer, som, vi ved, karakteriserer familierne.

Forbedring over tid i forældre-barn-samspillet hos MTB-gruppen, men samme udvikling i kontrolgruppen

Ser vi alene på MTB-gruppens udvikling, fra barnet er 12 til 24 måneder, viser analysen en forbedring i forældres sensitivitet og grænsesætning, barnets deltagelse i samspillet og den overordnede synkroni. Vi ser ingen ændring i forældres tilbagetrækning og påtrængenhed eller negative tilstande mellem forælder og barn.

Men sammenligner vi forældrenes sensitivitet eller kvaliteten af samspillet imellem MTB-gruppen og kontrolgruppen, når barnet er 2 år gammelt, finder vi ikke signifikante forskelle. Analysen af forældre-barn-samspillet bygger på samspilsvideoer fra 57 % af MTB-deltagerne og fra 27 % af kontrolfamilierne. Dette betyder, at resultaterne skal tolkes varsomt, og at vi ikke kan afvise, at resultaterne havde set anderledes ud, hvis vi havde haft data fra alle familier.

Flere MTB-mødre i uddannelse, men flere rapporterer dårligere helbred

Når barnet er 2 år gammelt, finder vi ingen forskel i andelen af MTB-mødre og mødre i kontrolgruppen, der er i arbejde. Men for mødre, der ikke er i arbejde, finder vi tegn på, at flere MTB-mødre er i gang med en uddannelse sammenlignet med kontrolgruppen.

Samtidigt ser vi dog tegn på, at MTB-mødrene rapporterer dårligere helbred og oplever en dårligere relation til partneren end mødre i kontrolgruppen.

Når vi spørger familierne om deres oplevelse af den støtte, de har fået, finder vi tegn på, at flere mødre i kontrolgruppen end MTB-mødre har oplevet for få kontakter med fagprofessionelle.

MTB fremmer børnenes sociale og følelsesmæssige udvikling

Når vi ser på børnenes udvikling, finder vi, at MTB-børnene klarer sig signifikant bedre end børnene i kontrolgruppen i forhold til social kommunikation og indvilligelse. De er således bedre til at udveksle information og kommunikere hensigtsmæssigt med andre, og de har bedre samarbejdsevner i samspil med voksne og jævnaldrende.

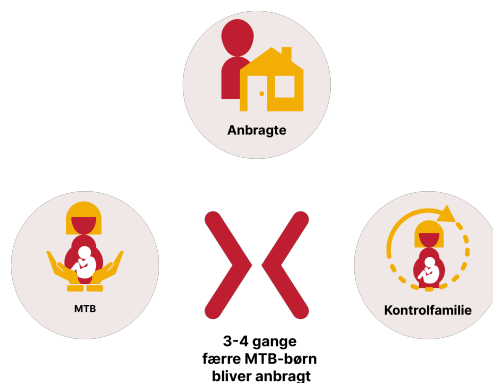
Derudover finder vi tegn på, at MTB-børnene har bedre tilpasningsevne, bedre affekt, færre problemer med jævnaldrende og generelt bedre socio-emotionel udvikling end kontrolbørnene. Det tyder på, at de har lettere ved at tilpasse sig til skiftende situationer, at udtrykke deres følelser og følelsesmæssige reaktioner samt ved at etablere og vedligeholde relationer.

Der er dog tegn på, at MTB-børnene har dårligere autonomi end kontrolbørnene, men det er muligt, at dette resultat skyldes mere tekniske udfordringer med netop denne subskala.

Analysen peger på, at effekterne hovedsageligt er drevet af de MTB-familier, der har modtaget mindst 45 besøg.

Potentiel reduktion i anbringelser

Børn fra kontrolgruppen har 3-4 gange større risiko for at blive anbragt uden for hjemmet end børn i MTB-familier. Forskellen er tilnærmelsesvis signifikant og skal derfor tolkes med forsigtighed, da små ændringer i antallet kan påvirke resultatet. Vi vil få sikre data om anbringelser, når registerdata tilføres senere.



MTB-klinikerne oplever, at familierne får positivt udbytte

MTB-klinikere fra de deltagende kommuner peger på, at familier, der er motiverede for at deltage og kan relatere sig til indsatsen, generelt viser positiv udvikling gennem de 27 måneder. Klinikerne bemærker, at forældrene ofte bliver bedre til at mentalisere deres børn og forstå, hvordan deres egen trivsel påvirker børnenes. Klinikerne ønsker at fortsætte med MTB og fremhæver især det tværfaglige samarbejde og den længere tidsramme som afgørende forskelle til deres sædvanlige indsatser.

Fædres oplevelse af MTB-forløbet

Fædrene har både forventninger og håb til deres rolle som far, men ser moren som den primære omsorgsperson under graviditeten og i den første tid efter fødslen. Deres oplevelse af MTB-forløbet varierer; nogle oplever stort udbytte, mens andre primært føler tryk ved, at barnets udvikling bliver fulgt af fagpersoner.

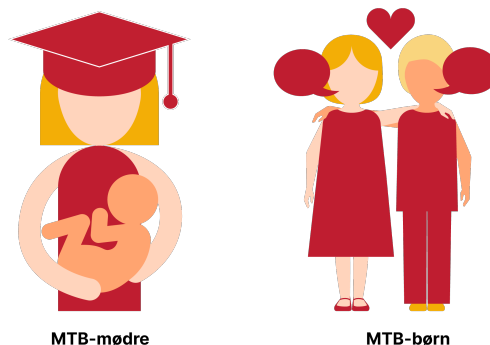
Opsamling

Samlet set viser evalueringen tegn på følgende effekter af MTB-forløbet, når barnet er 2 år gammelt:

- MTB-mødre er mere i uddannelse
- MTB-mødre har dårligere helbred
- MTB-mødre har en dårligere relation til partneren
- Flere mødre i kontrolgruppen oplever for få kontakter med fagprofessionelle
- MTB-børn har bedre social kommunikation
- MTB-børn har bedre indvilligelse
- MTB-børn har bedre tilpasningsevne
- MTB-børn har bedre affekt
- MTB-børn har færre problemer med jævnaldrende
- MTB-børn har bedre socio-emotionel udvikling
- MTB-børn har dårligere autonomi
- Færre børn i MTB-gruppen bliver anbragt uden for hjemmet.

MTB-forløbet viser særligt positive effekter på flere områder af børnenes trivsel og udvikling. Dette stemmer overens med klinikernes oplevelse af, at det netop er i forhold til børnenes udvikling, at de ser en positiv udvikling.

I samspilsvideoerne, der er optaget, når børnene er 1 og 2 år gamle, ser vi i en stor del af optagelserne positive samspil og forældre, der udstråler varme og engagement over for barnet. For MTB-familierne observerer vi en positiv udvikling over tid på forældrenes sensitivitet og grænsesætning, barnets involvering i samspillet og den overordnede synkroni. På det tidspunkt, videoerne blev optaget, havde MTB-forløbet allerede været i gang i mere end 1 år. Det er muligt, at det netop er MTB-forløbet, der har ført til de fine samspil. Vi har kun få samspilsoptagelser fra kontrolfamilier, hvilket udfordrer sammenligningen på tværs af grupperne.



Opmærksomhedspunkter

På baggrund af den samlede evaluering har VIVE identificeret følgende opmærksomhedspunkter, der fremstår som vigtige i forhold til det videre arbejde med MTB i kommunerne.

Opmærksomhedspunkter i forhold til MTB-mødre og mødre i kontrolgruppen:

- **Hold øje med depressionssymptomer:** Når børnene er 2 år gamle, scorer både MTB- og kontrolgruppemødre relativt højt på depressionssymptomer (8,7 i gennemsnit). Ifølge danske retningslinjer indikerer en score på 7 eller derover en mulig depression, hvilket kræver professionel opfølgning (Smith-Nielsen & Væver, 2019). Det er derfor vigtigt, at kommunerne er særligt opmærksomme på symptomer på fødselsdepression hos kvinderne i denne målgruppe, også når barnet er 2 år gammelt.
- **Behov for støtte, når barnet er ældre:** Da mange af mødrene har oplevet traumer i barndommen og viser PTSD-symptomer, er det vigtigt at være opmærksom på, at eftervirkninger fra traumer sjældent forsvinder helt. Disse effekter kan dukke op senere og påvirke nye aspekter af livet over tid. Det er således vigtigt, at kommunerne er opmærksomme på, at der senere kan opstå behov for yderligere støtte og hjælp.

Opmærksomhedspunkter i forhold til selve MTB-forløbet:

- **Motivation hos familien:** Det er væsentligt at sikre, at familien er motiveret for at deltage i MTB-forløbet. Hvis de ikke selv oplever indsatsen som relevant, bliver det vanskeligt at fastholde deres engagement over tid.
- **Fokus på træning og supervision:** Arbejdet med målgruppen for MTB kræver særlige kompetencer og følelsesmæssig robusthed fra klinikerne. Det er derfor afgørende at sikre høj kvalitet i indsatsen gennem tilstrækkelig træning og supervision. Især den løbende supervision fremhæves af klinikerne som afgørende for at levere MTB-indsatsen effektivt.
- **Fasthold interventionsperioden på 27 måneder:** De positive effekter på børnenes trivsel og udvikling har først vist sig tydelig, efter at børnene er fyldt 2 år. Vi vurderer derfor, at det er væsentligt, at MTB-forløbet gennemføres i sin fulde længde, frem til barnet er 2 år gammelt, frem for at forkorte det. De supplerende analyser viser, at effekterne primært er drevet af familier med standard eller høj indsats, hvilket tyder på, at kortere forløb nok ikke vil give de samme resultater. Klinikerne fremhæver netop den lange periode til at arbejde med familierne som væsentlig, for at de kan opbygge en stærk relation, der kan understøtte en positiv udvikling i familien.
- **Individuelt tilrettelagte og helhedsorienterede MTB-forløb:** Det er afgørende at sørge for, at MTB-forløbene fortsat tilrettelægges individuelt for hver familie og er en helhedsorienteret indsats, således at der tages højde for den enkelte families behov. Interviews med familier viste, at nogle oplever mindre behov for besøg i barnets andet leveår, mens andre har svært ved at slippe klinikerne efter de 2 år. Det er derfor særligt vigtigt, at forløbet tilpasses til den enkelte families behov i det andet år hen imod slutningen af forløbet.
- **Tydeliggør formålet af MTB-forløbet for fædrene:** Det er centralt, at formålet med forløbet og vigtigheden af deres deltagelse i det er tydeligt for fædrene, så de kan blive mere motiverede for at deltage. Uanset hvem forløbet i udgangspunktet er rettet mod, kan det understreges, at deres deltagelse er yderst vigtig, fordi de ved at deltage aktivt i besøgene kan støtte både mor og barn. Ved at opmuntre faderen til at deltage aktivt i barnets liv fra starten kan han opleve at få en vigtig og unik rolle i forhold til det nyfødte barn.
- **Mere involvering af fædre:** Det er vigtigt at være opmærksom på, hvordan fædrene kan involveres mere i MTB-forløbet. Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor far har flere ressourcer end mor. Involvering bør ske på en måde, hvor fædrene har bedre mulighed for at deltage i forløbet og eventuelt ved at lave besøg særligt målrettet far. Et fokuspunkt hos fædrene kan være at hjælpe dem til at blive en anden type far end deres egen far, hvis de har et ønske om

dette. Det er vigtigt at tage højde for, at fædre, der ikke bor sammen med mor og barn, føler, at de også kan passe deres arbejde samtidig med forløbet.

- **Samtaler om parforholdet:** Flere klinikere fremhæver, at samtaler om parforholdet er vigtige i MTB-forløbet. At parforholdet fylder mere i en dansk version af MTB hænger sammen med, at der i Danmark er flere af kvinderne, der har en partner i forhold til deltagerne i både USA og England. Der er sandsynligvis behov for, at der udvikles redskaber til klinikerne for bedre at kunne varetage disse snakke. Samtaler om, hvordan forældrene har det som par eller som forældre, der bor hver for sig, kan skabe balance i samtalerne ved besøgene, så faren ikke føler sig overset. Hermed kan de fagprofessionelle bidrage til at skabe en støttende atmosfære, hvor begge forældre føler sig værdsat og kan hjælpes til at håndtere de konflikter, der uundgåeligt opstår.
- **Fortsat fokus på beskæftigelse og uddannelse:** Vi finder tegn på, at MTB-forløbet fremmer mødrenes deltagelse i uddannelse. Selvom flere MTB-mødre også kommer i arbejde, afspejler kontrolgruppen en tilsvarende udvikling. Det er meget positivt, at flere MTB-mødre er kommet i uddannelse, og det er væsentligt fortsat at fokusere på beskæftigelse og uddannelse i MTB-forløbet.

Fakta om undersøgelsen

Evalueringen er gennemført som et cluster-randomiseret, kontrolleret studie, hvor syv kommuner ved lodtrækning blev fordelt i forhold til, om de skulle modtage uddannelse i 2018 eller 2019. Da der var behov for at rekruttere flere familier til evalueringen, blev der tilføjet en kommune ved uddannelsen i 2019 og yderligere to kommuner ved uddannelsen i 2020.

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

Deltagere i evalueringen er gravide fra 15 år og opefter, der er visiteret til svangreomsorgens niveau 3 eller 4 (Sundhedsstyrelsen, 2013, 2021). Familierne er rekrutteret fra juni 2018 til juni 2022.

Data i denne rapport består af:

- 256 besvarelser af spørgeskema ved opstart i evalueringen (heraf 183 MTB og 73 kontrol)
- 170 besvarelser af spørgeskema (heraf 138 MTB og 32 kontrol), når barnet er 2 år gammelt
- 124 samspilsvideoer (heraf 104 MTB og 20 kontrol – optaget, når barnet er 2 år gammelt)
- Registrering af MTB-besøg af MTB-klinikerne
- Registrering af anbringelser
- Interviews med 10 kommende fædre om deres tanker om at skulle være far
- Interviews med seks fædre om deres oplevelse af at deltage i MTB
- Interviews med 11 MTB-klinikere om deres oplevelse med at bruge MTB
- Data om tidsforbrug og økonomi i forbindelse med MTB-forløbene fra syv kommuner

I effektanalysen sammenligner vi udviklingen i de to grupper, når barnet er 2 år gammelt, for at identificere eventuelle effekter af MTB.

> **Afrapportering**

1 Indledning

Minding the Baby (MTB) er en tværfaglig indsats til gravide og forældre, der har behov for ekstra støtte og omsorg. Familierne får besøg af et team bestående af en sundhedsplejerske og en familiebehandler fra kommunen, der kommer på skift i hjemmet. MTB-teamet følger familien igennem graviditeten og i barnets to første leveår. Formålet er at øge forældrenes refleksive funktion samt at fremme både psykisk og fysisk sundhed hos barnet og forældrene.

VIVE har evalueret MTB-interventionen i 10 danske kommuner. Evalueringen er gennemført i samarbejde imellem VIVE, Metodecentret, de deltagende kommuner samt MTB National Office ved Yale University i USA. Metodecentret har været ansvarlig for implementering og uddannelse af kommuner.

Evalueringen af MTB startede i 2018. Den første rapport (Pontoppidan et al., 2023) indeholder resultaterne af analyser, fra barnet var 3 måneder og 1 år gammelt, og udkom i 2023. Denne rapport fokuserer på resultaterne fra analyser af data, når barnet er fyldt 2 år og interventionen afsluttes.

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

1.1 Baggrund for evalueringen

Under graviditeten og i den første tid som forældre sker der markante fysiske, psykologiske og sociale ændringer, hvilket kan være udfordrende for nogle forældre (Nyström & Ohrling, 2004).

Fostret og det nyfødte barn er meget modtagelig for både positive og negative input (Kolb & Gibb, 2011). Det er derfor afgørende, at det bliver beskyttet mod uensigtsmæssige oplevelser og oplever et trygt, omsorgsfuldt og stimulerende opvækstmiljø (Davidson & Mcewen, 2012; Shonkoff, 2011; Shonkoff et al., 2020).

Tidlige traumer som fx misbrug eller omsorgssvigt kan få alvorlige konsekvenser senere i livet. Dette kan komme til udtryk i et dårligt helbred eller udfordringer i forhold til tilknytning, mentalt helbred og uddannelse (Almond et al., 2018; Doyle, 2020; Holt et al., 2008; Hughes et al., 2017; Kefeli et al., 2018).

Tilknytning er det følelsesmæssige bånd, der udvikler sig mellem barnet og de primære omsorgspersoner i løbet af det første leveår (Bowlby, 1969). En tryk tilknytning til en omsorgsperson giver barnet en grundlæggende følelse af at blive passet på. En utryk tilknytning er en risikofaktor for barnets udvikling (Granqvist et al., 2017; Groh et al., 2012; Holstein et al., 2021). Det gælder især den desorganiserede tilknytning, hvor barnet ikke har nogen organiseret strategi for at søge tryk. Børn med desorganiseret tilknytning har større risiko for at udvikle emotionelle og adfærdsmæssige problemer, herunder angst, aggression og vanskeligheder med at regulere følelser (Fearon et al., 2010).

Mentale helbredsproblemer hos forældrene, som fx ubehandlet depression, angst, personlighedsforstyrrelse eller skizofreni, kan udfordre forældrenes følelsesmæssige bånd 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 (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 med deres evne til at mentalisere, det vil sige at reflektere over barnets indre verden som fx følelser, tanker og intentioner (Slade, 2005).

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).

Det komplekse forhold mellem graviditet, fødsel og mentale helbredsproblemer kalder på en fleksibel, individuel og tværfaglig tilgang (Halbreich, 2005), der igangsættes under graviditeten (Ordway et al., 2014; Sadler et al., 2013).

1.2 Metode og design

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af MTB tilbudt til gravide i en sårbar position i forhold til mor-barn-samspillet 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 MTB-klinikere og fædre oplever at deltage i MTB.

Evalueringen inddrager data baseret på spørgeskema, video, interview samt information om anbringelser.

Evalueringen er gennemført som et cluster-randomiseret, kontrolleret studie, hvor de syv oprindelige kommuner ved lodtrækning blev fordelt i forhold til, om de skulle deltage i uddannelse i 2018 eller 2019. Da der var behov for at rekruttere flere familier til evalueringen, blev der tilføjet en kommune ved uddannelsen i 2019 og yderligere to kommuner ved uddannelsen i 2020.

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

Målgruppen for MTB er sårbare og socialt udsatte gravide kvinder og deres familier. Dette inkluderer forældre, som har risikofaktorer som lavt uddannelsesniveau, mentale helbredsproblemer, social isolation eller tidligere omsorgssvigt. Det er forældre, der kan have svært ved at skabe de rette rammer, så deres børn kan danne en tryk tilknytning til dem.

Familierne befinder sig typisk inden for Sundhedsstyrelsens svangreomsorgsniveau 3 og evt. niveau 4 (Sundhedsstyrelsen, 2013, 2021). Det betyder, 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.

Proces for rekruttering samt 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.

En mere detaljeret gennemgang af metode og datagrundlag for analyserne i denne rapport kan findes i Dokumentationsdelen af rapporten. Desuden er metode og datagrundlag for evalueringen beskrevet i den første rapport (Pontoppidan et al., 2023).

Når registerdata er tilgængelige (forventeligt i starten af 2026), vil vi gennemføre yderligere analyser. I disse analyser vil vi kunne analysere på alle deltagere, da frafald ikke er en udfordring ved brug af registerdata.

Rekruttering

Familier i målgruppen blev identificeret og henvist af kommunerne i løbet af det andet og tredje trimester i graviditeten på baggrund af nedenstående inklusions- og eksklusionskriterier. Opsporing af de gravide er foregået på forskellige måder i kommunerne.

Typisk er familierne blevet henvist til MTB igennem sundhedsloven eller igennem servicelovens §52.3 og i nogle tilfælde §11.3.

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.

1.3 Læsevejledning

Rapportens struktur og indhold er følgende:

- Kapitel 2 indeholder en kort præsentation af MTB-indsatsen og deltagerne i MTB samt en beskrivelse af, hvordan MTB-forløbene er blevet gennemført i de deltagende kommuner. Den sidste del af kapitlet handler om underretninger og andre indsatser, som familierne har modtaget.

- Kapitel 3 er rapportens hovedkapitel, hvor vi analyserer effekten af MTB, når barnet er 2 år gammelt
- Kapitel 4 handler om klinikernes erfaring med at gennemføre MTB-forløb samt fædres oplevelser med at være med i MTB
- Dokumentationsdelen består af Kapitel 5, der handler om metode, Kapitel 6, der indeholder data, om hvordan familierne ser ud, når barnet er 2 år gammelt, samt litteraturliste og bilag.

2 Om evalueringen af Minding the Baby-interventionen

I dette kapitel beskriver vi først kort MTB-interventionen og de familier, der deltager i evalueringen (både MTB og kontrol). Dette er alt beskrevet mere detaljeret i den første rapport (Pontoppidan et al., 2023). Derefter beskriver vi MTB-forløbene, og til sidst følger et afsnit om anden indsats, som familierne har fået, mens de har deltaget i evalueringen.

2.1 Om MTB-interventionen

MTB er en tværfaglig indsats, der henvender sig til forældre, der er i en sårbar position og har behov for støtte. Familierne tilbydes ugentlige hjemmebesøg fra graviditetens andet eller tredje trimester og frem, til barnet fylder 2 år.

I MTB-forløbet er der særligt fokus på at forbedre forældres evne til at mentalisere eller reflektere over barnets oplevelser. Det tværfaglige team arbejder for at skabe et reflekterende rum og støtte forældrene i at have barnet på sinde.

Udover at styrke en tryk tilknytning via mentaliseringsbaserede teknikker tilbyder MTB-temaet støtte og vejledning i forhold til forældreskab, barnets sundhed og udvikling, bolig og økonomi samt forældrenes egen sundhed og mentale trivsel.

Læs mere om MTB i afsnit 5.2.

2.2 Hvem er deltagerne i evalueringen?

I dette kapitel præsenterer vi kort deltagerne i evalueringen. Vi viser gennemsnit for den samlede gruppe af deltagere, det vil sige både MTB-familier og kontrolfamilier. Data for hver enkelt gruppe kan findes i den første rapport (Pontoppidan et al., 2023). På baggrund af mødrenes svar på spørgeskemaer, som de udfyldte under graviditeten, eller da barnet var 3 eller 12 måneder gammelt, som er beskrevet i detaljer i den første rapport, ved vi, at deltagerne i evalueringen er kendetegnet ved følgende karakteristika.

Alder og familiesituation:

- Deltagerne er omkring 27 år gamle (fra 17-43 år)
- 3 ud af 4 (71 %) bor sammen med ægtefælle/partner
- For 74 % er det deres første graviditet
- I 10 % af de gravides hjem bliver der talt et andet sprog end dansk.

Uddannelse og arbejde:

- 50 % af de gravide har højst gennemført grundskolen og 13 % en gymnasial uddannelse
- 26 % har gennemført en mellemlang eller lang uddannelse
- 16 % af de gravide er i arbejde (40 %, når barnet er 2 år gammelt)
- 7 % er under uddannelse
- 57 % er enten sygemeldt, arbejdsløs, på kontanthjælp eller på førtidspension
- Omkring halvdelen (54 %) vurderer selv at have en god eller særdeles god økonomi, men samtidig bekymrer 2 ud af 3 sig om deres privatøkonomi

Mental trivsel:

- De gravide vurderer deres mentale trivsel, angst og overordnede livstilfredshed til at være på samme niveau med danske kvinder generelt
- De gravide angiver at have færre depressionssymptomer end danske kvinder generelt
- Mere end halvdelen (61 %) angiver, at de enten en gang imellem eller ofte er ensomme.

Refleksionsevne, traumebelastning og PTSD:

- De gravide vurderer deres egen refleksionsevne til at være gennemsnitlig.
- 4 ud af 5 (81 %) af de gravide angiver at have oplevet et eller flere typer af traumatiske oplevelser i deres barndom. Det gælder særligt følelsesmæssige overgreb (52 % svarer moderat eller i svær grad) og seksuelle overgreb (30 % svarer moderat eller i svær grad).
- Hver femte deltager (19 %) angiver at have været udsat for alle de fem typer traumer (40 mødre). De fem typer traumer omfatter følelsesmæssige overgreb, fysiske overgreb, seksuelle overgreb, følelsesmæssige omsorgssvigt samt fysiske omsorgssvigt.

- En væsentlig del af de gravide angiver at have symptomer på vagtsomhed (60 %), undgåelse (44 %) eller genoplevelse (55 %) af traumer.
- Hver tredje (34 %) oplever alle tre typer af symptomer, hvilket tyder på, at de opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose.

Alkohol, rygning, stoffer og medicin:

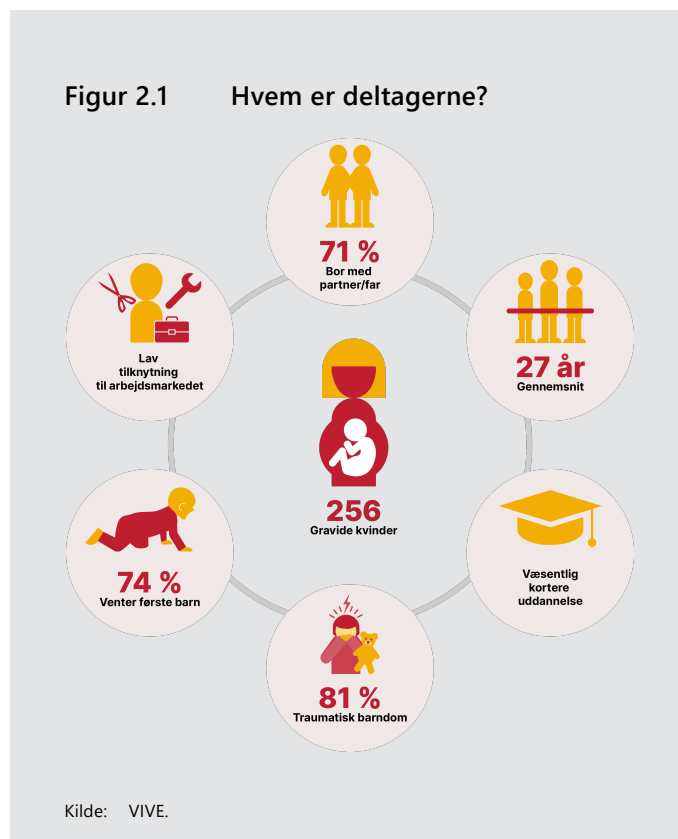
- De gravide angiver at have et lavt alkoholforbrug på 1,75 genstande om ugen før graviditeten og stort set intet alkoholforbrug under graviditeten.
- 1 ud af 4 (28 %) angiver at have haft mindst én binge drikke-episode (mindst 5 genstande i alt) under graviditeten.
- Når barnet er 3 måneder gammelt, angiver knap 2 ud af 3 mødre (63 %), at de aldrig drikker. Dette falder til omkring halvdelen (48 %), når barnet er 12 måneder gammelt.
- Hver tredje (35 %) ryger dagligt eller af og til under graviditeten. Det gælder for 41 %, når børnene er 3 og 12 måneder gamle.
- Under graviditeten bliver der røget i hjemmet hos 17 %, mens det reduceres til 5 %, når barnet er 3 måneder gammelt, og 3 %, når barnet er 12 måneder gammelt.
- En mindre andel af de gravide angiver enten at have eller have haft et forbrug af hash (omkring 16 %) eller hårdere stoffer (8 %).
- 32 % angiver, at de tager en eller flere typer medicin dagligt (som ikke er smertestillende som fx Panodil).
- 15 % af deltagerne angiver at tage medicin mod depression.

Fødsel og amning

- 84 % af børnene er født til tiden (37.-42. svangerskabsuge)
- 11 % er født moderat, meget eller ekstremt tidligt
- 91 % af mødrene angiver, at de har ammet deres barn
- 23 % ammede stadig, da barnet var 12 måneder gammelt.

Samlet set er de gravide ved opstarten af evalueringen kendetegnet ved at have 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.

I forhold til børnene er dobbelt så stor andel født moderat, meget eller ekstremt tidligt i forhold til levendefødte børn generelt. Andelen af mødre, der ammer fuldt, når barnet er omkring 3 måneder gammelt, svarer nogenlunde til andelen af danske mødre generelt.



2.3 MTB-forløb i evalueringen

I dette kapitel gennemgår vi, hvordan MTB-interventionen er blevet gennemført. Det er 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.

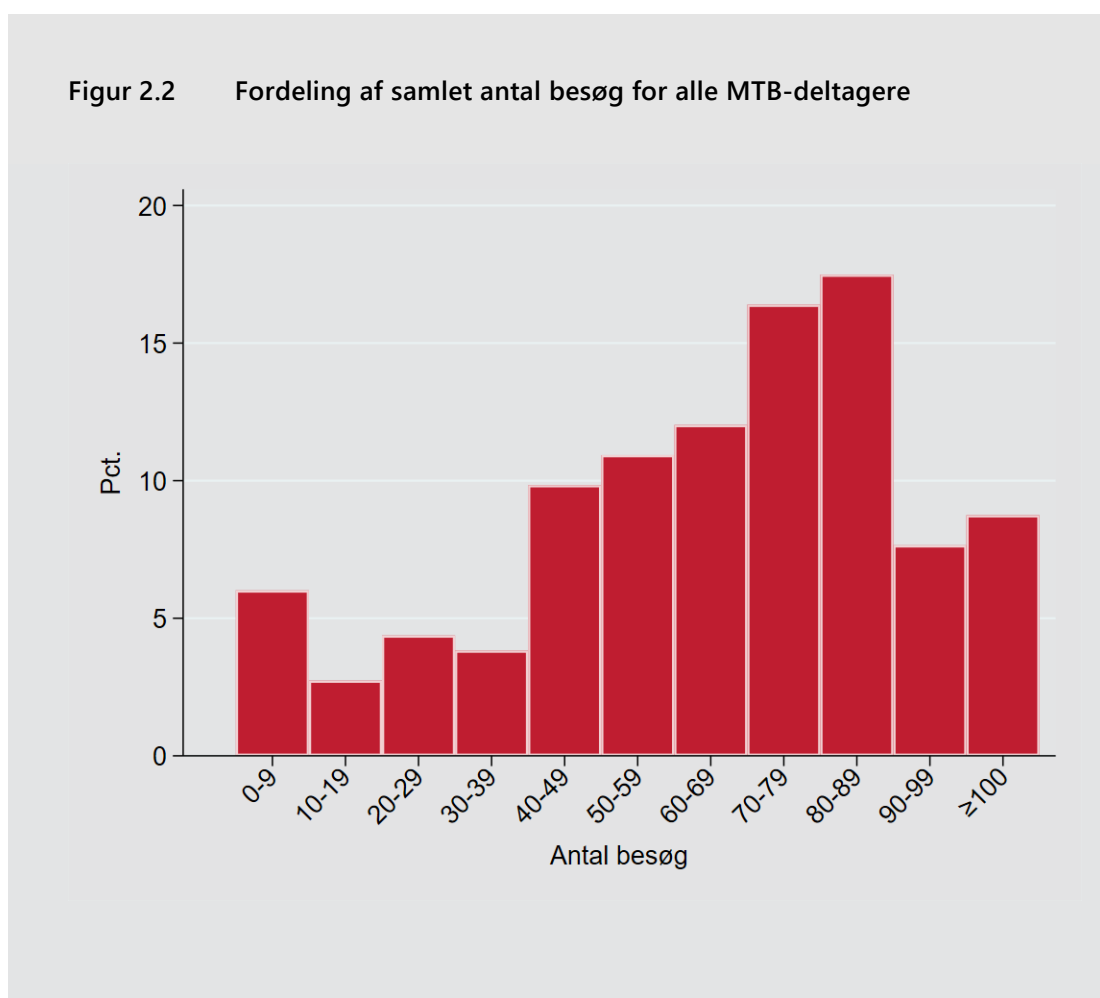
I denne analyse indgår besøg, der er registreret, fra familien er oprettet i evalueringen og frem til, barnet er 2 år gammelt. Det samlede antal registrerede besøg for hele perioden er 12.355 fordelt på 182 mødre.

2.3.1 Antal MTB-besøg, til barnet fylder 2 år

I udgangspunktet varer MTB-forløbet fra graviditeten og frem, til barnet fylder 2 år. Frem til barnet fylder 1 år, kommer MTB-klinikerne på skift på besøg hver uge, hvilket reduceres til hver anden uge i barnets andet leveår.

Omfanget af MTB-forløbene varierer dog betydeligt på tværs af familierne. Figur 2.2 viser fordelingen af antal besøg for det samlede MTB-forløb, der spænder fra 0 til 210 besøg.

En stor del af MTB-familierne har fuldført det MTB-forløb, de startede. Ud af de 183 mødre, som blev allokeret til at deltage i MTB, modtog 130 (71 %) stadig MTB, frem til barnet fyldte 2 år. 151 (83 %) mødre har modtaget besøg i barnets andet leveår.



Anm.: N = 183 mødre. Søjlerne angiver procentfordeling over, hvor mange besøg mødrene modtager.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

Det gennemsnitlige forløb består af 67 besøg. Heraf udføres i gennemsnit 8 under graviditeten, 40 i barnets første leveår og 19 i barnets andet leveår (se Figur 2.3).

Dette stemmer nogenlunde overens med manualen, der angiver ugentlige besøg i det første leveår og besøg hver anden uge i det andet leveår.

Det gennemsnitlige antal besøg varierer på tværs af kommuner fra 24 til 88. Figur 2.4 viser fordelingen på tværs af de deltagende kommuner. Der kan være forskellige årsager til disse variationer, fx behov hos familierne eller kommunale forskelle. Aarhus har det højeste gennemsnit med 88 besøg og er kendetegnet ved at have en stor andel af familier med komplekse problemstillinger. Hvidovre har det laveste gennemsnit på 24 sessioner, men har haft udfordringer med, at mange familier er flyttet fra kommunen under forløbet.

Figur 2.3 Antal besøg i et gennemsnitligt forløb

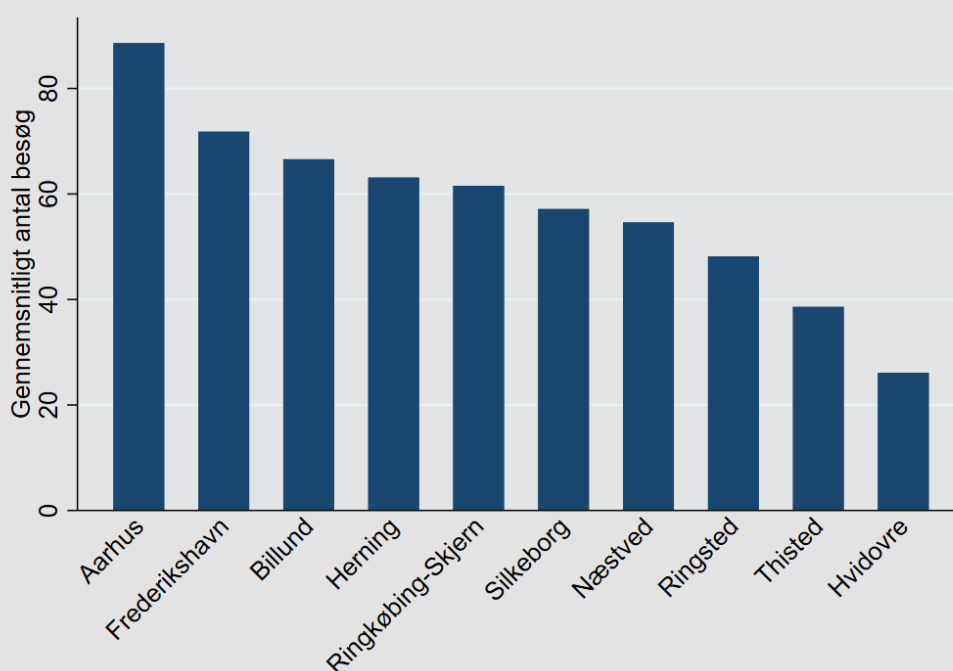
Figuren viser det gennemsnitlige antal besøg før fødsel, i første leveår, i andet leveår og totalt



Anm.: N = 183 mødre.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

Figur 2.4 Gennemsnitligt antal besøg fordelt over kommunerne



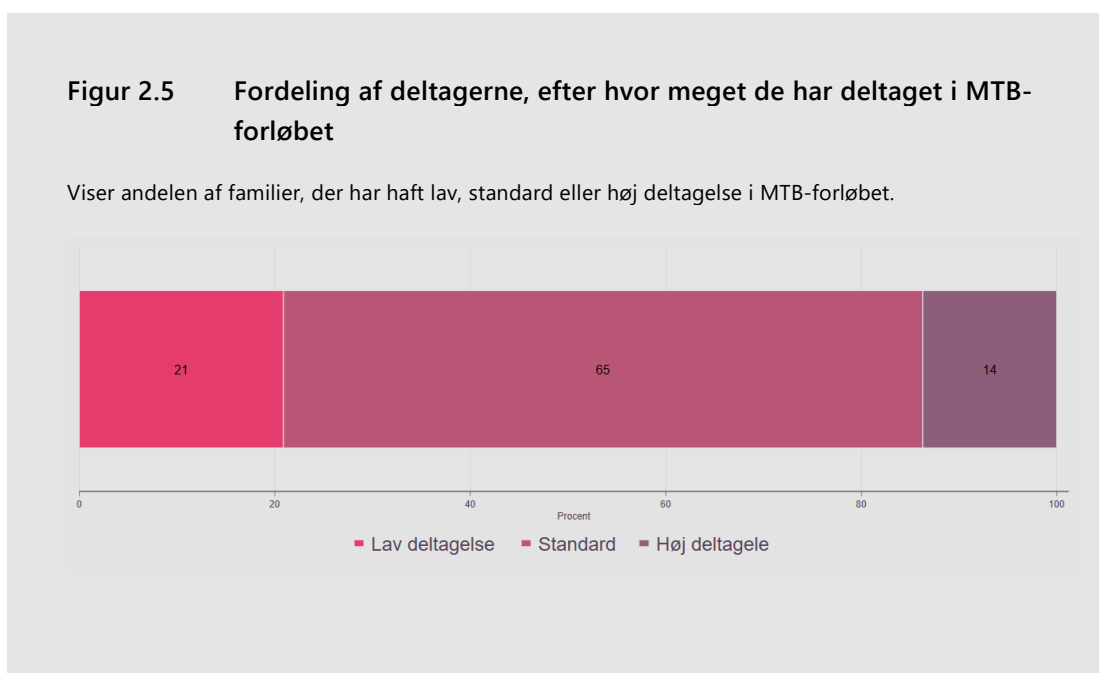
Anm.: N = 183 mødre.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

Vi har opdelt deltagerne i følgende tre grupper alt efter, hvor meget intervention de har modtaget: lav deltagelse (<45 besøg), standard deltagelse (45–90 besøg) og høj deltagelse (>90 sessioner). Det ses, at det gennemsnitlige forløb placerer sig midt i standard deltagelse-gruppen.

Figur 2.5 viser, hvordan deltagerne fordeler sig i de tre grupper. Det fremgår, at knap 2 ud af 3 (65 %) af deltagerne har fået det antal besøg, der er standarden for et MTB-forløb. Hver femte (21 %) har fået et forløb med færre antal sessioner, og lidt mere end hver tiende (14 %) har fået et mere intensivt forløb med mere end 90 besøg.

Samlet set har 144 familier ud af 183 i MTB-gruppen (79 %) fået 45 besøg eller mere svarende til et standardforløb. Dette indikerer, at der har været rigtig fin tilslutning til at deltage i MTB-forløbene.



Anm.: N = 183 mødre.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

Vi har undersøgt, om der er nogle forskelle i udvalgte baggrundskarakteristika for familierne i de tre grupper. De udvalgte karakteristika er om mor bor alene, om der primært tales dansk i hjemmet samt oplysninger om traumer og PTSD-symptomer.

Tabel med baggrundskarakteristika for deltagerne i MTB-gruppen, opdelt alt efter hvor meget de deltager i indsatsen, er vist i Bilag 6.

Generelt er det tydelige mønster, at mødre, der har en høj deltagelse (karakteriseret ved 90 eller flere besøg), er mest sårbare målt på baggrundskarakteristika: Flere af

dem bor alene, flere har ikke dansk som det primære sprog i hjemmet, færre er i job eller uddannelse, og de rapporterer højere niveau af alle tre typer af PTSD-symptomer samt alle fem typer af traumer.

Omvendt ser vi, at gruppen af mødre med lav deltagelse er kendetegnet ved, at færre bor alene, flere taler primært dansk i hjemmet, flere er i uddannelse og arbejde, de har oplevet mindre følelsesmæssigt omsorgssvigt og lidt mindre fysisk omsorgssvigt, og de udviser mindre undgåelse og vagtsomhed.

Dette tyder på, at MTB-klinikerne formår at målrette ressourcerne i retning af de familier, hvor der sandsynligvis er størst behov.

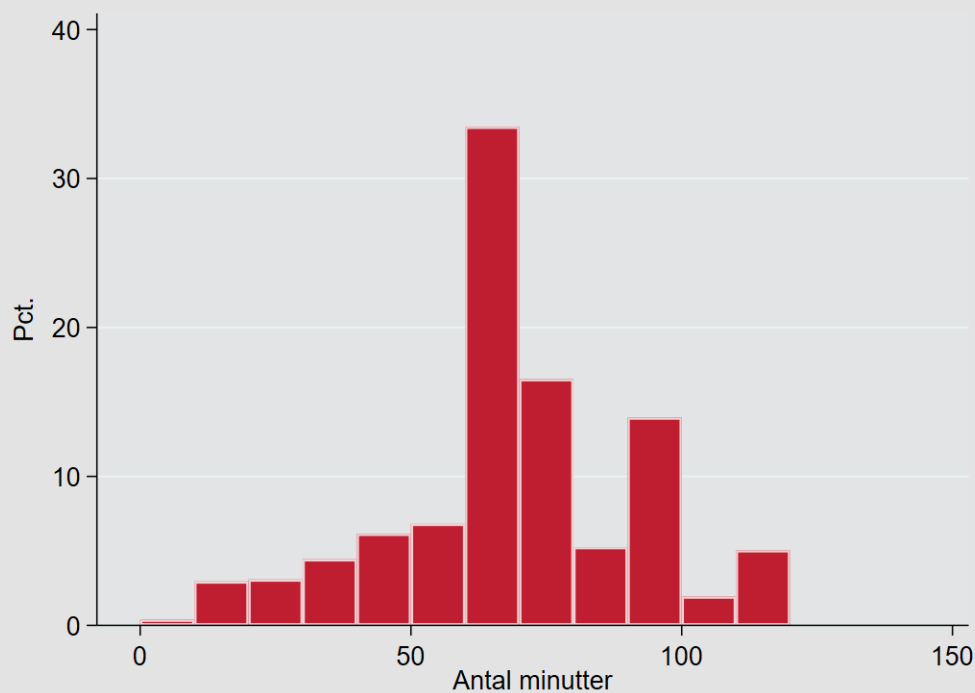
Det kan dog stadig være væsentligt at få undersøgt, hvorfor en del familier har lavere deltagelse end det anbefalede forløb.

2.3.2 Længde på besøget

MTB-besøg er i gennemsnit 66 minutter. Samlet set varer 60 % af alle besøgene mellem 45 og 75 minutter – altså lige omkring 1 time. 4 % af besøgene varer 2 timer, mens 9 % af besøgene havde en varighed på under 30 minutter.

Figur 2.6 viser fordelingen af besøgenes varighed i 10 minutters-intervaller.

Figur 2.6 Fordeling over længden af besøg



Anm.: N = 12.355 besøg.

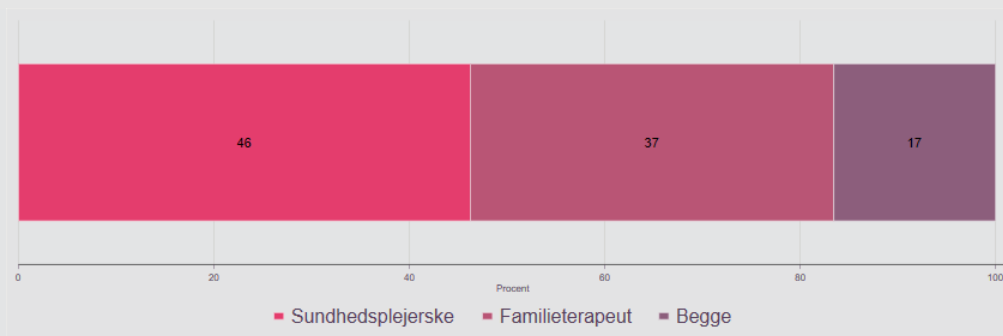
Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

2.3.3 Hvem udfører besøget?

MTB-besøg gennemføres af enten en sundhedsplejerske og/eller en familierapeut. Fordelingen af, hvem der har udført besøgene, er præsenteret i Figur 2.7. Sundhedsplejersken udfører flest besøg svarende til knap halvdelen (46 %). Omkring en tredjedel (37 %) er foretaget af en familierapeut, og for knap en femtedel (17 %) af besøgene deltager de begge.

Figur 2.7 Besøg af fagpersoner

Fordeling over, hvilke fagpersoner der foretager besøgene.



Anm.: N = 12.355 besøg.

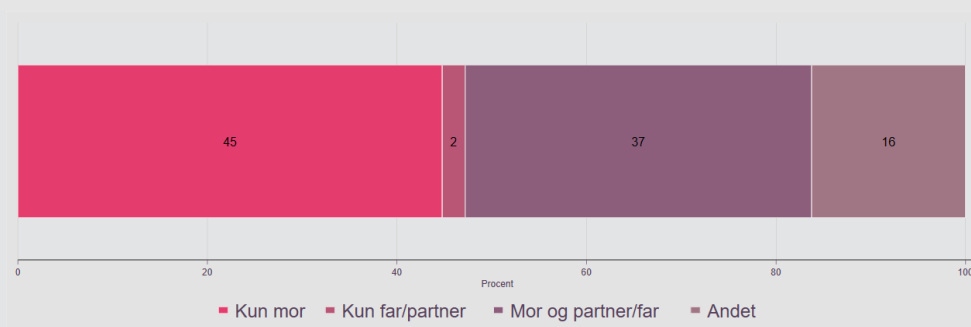
Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

2.3.4 Hvem deltager i besøget?

Figur 2.8 viser, hvem der deltog i besøgene. Mor deltager i stort set alle besøg (97 %). I de tilfælde, hvor mor ikke deltog, er det oftest far/partner, som deltager (2,4 %). I 45 % af besøgene deltager mor alene, mens både mor og far/partner deltager i 37 % af besøgene. Af andre, som deltager i besøgene sammen med mødrene, er det oftest bedsteforældre.

Figur 2.8 Deltagere i besøg

Figuren viser fordelingen af, hvem der deltog i MTB-besøgene.



Anm.: N= 12.355 besøg.

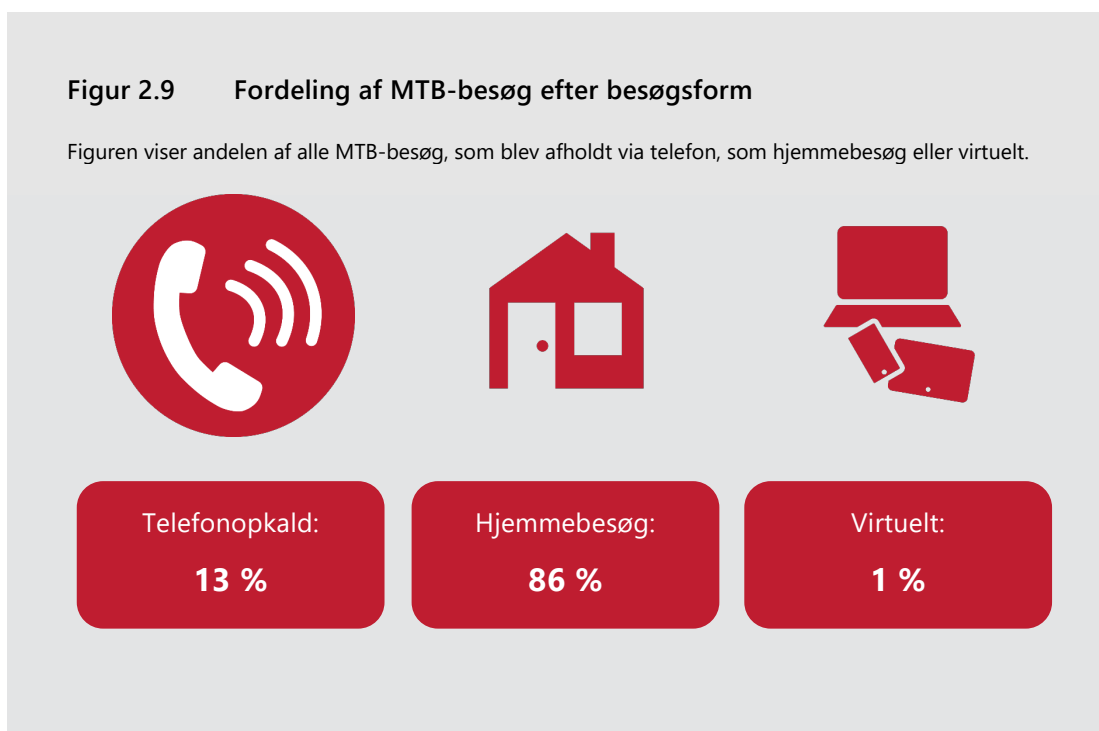
Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

Mor er altså den, som primært deltager i MTB-forløbene, men ved næsten halvdelen af besøgene deltager far/partner eller en anden voksen.

2.3.5 Hvordan er besøgene gennemført?

Besøgene har været gennemført som enten hjemmebesøg eller telefonopkald af længere varighed. Med covid-19-pandemien fra marts 2020 blev der tilføjet en mulighed for at registrere et virtuelt besøg, fx via Microsoft Teams eller lignende.

Det fremgår af Figur 2.9, at langt hovedparten af alle besøg (86 %) er blevet gennemført som hjemmebesøg. I alt 13 % er gennemført som telefonsamtaler, og mindre end 1 % er registreret som virtuelle besøg.



Anm.: N=12.355 besøg.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

Af de 12.355 besøg, som er angivet som hjemmebesøg, er 86 % afholdt i familiens hjem, mens ca. 4 % har været brugt til at støtte familien i forbindelse med et hospitalsbesøg, familierådgivning eller til at få behandling hos egen læge eller jordemoder. Omkring hvert tiende hjemmebesøg er afholdt på en anden lokation. 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 også som andre besøgssteder.

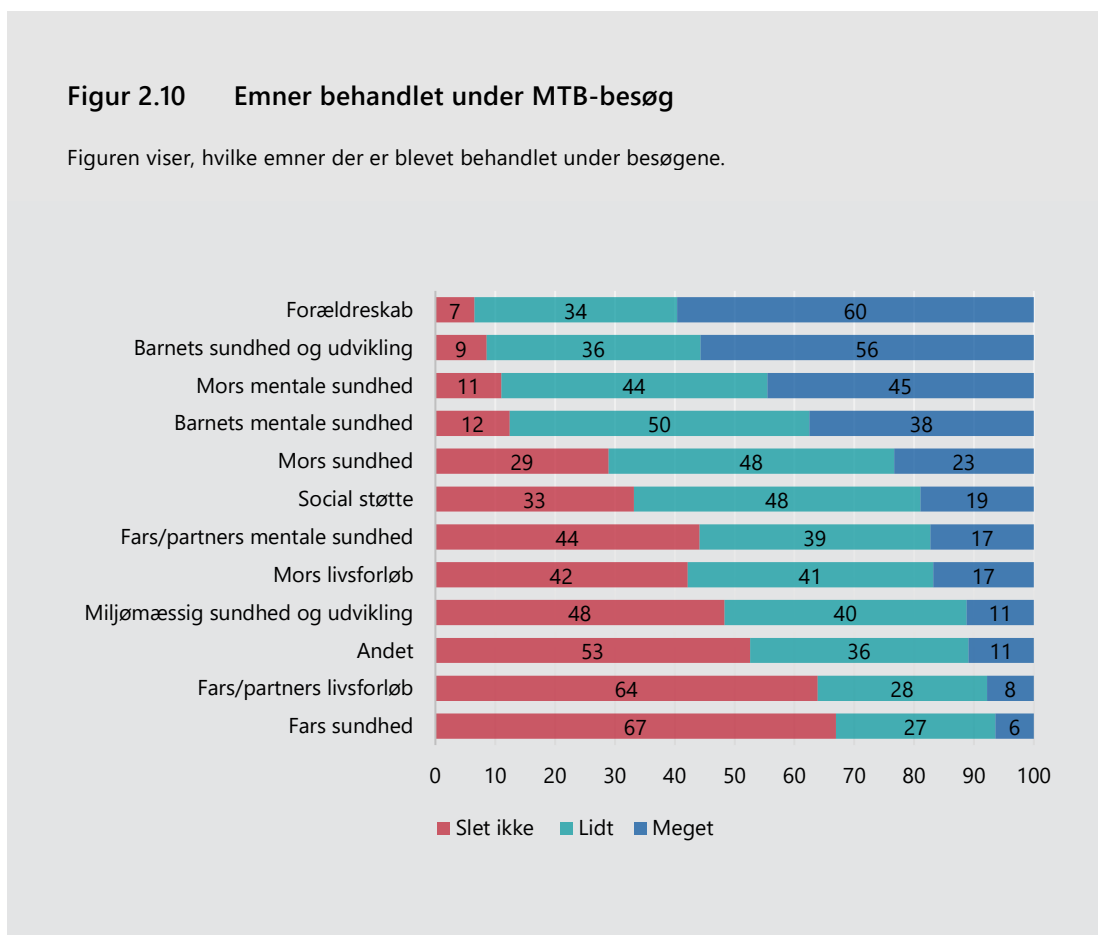
2.3.6 Hvad foregik der under besøget?

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 (angivet ved 94 % af alle besøg)
- Barnets sundhed og udvikling (angivet ved 92 % af alle besøg)
- Mors mentale sundhed (angivet ved 89 % af alle besøg)
- Barnets mentale sundhed (angivet ved 87 % af alle besøg).

Af områder, som fylder mindst under besøgene, er især emner relateret til faren som fars sundhed og fars livsforløb. Dette hænger nok sammen med, at far deltager i væsentligt færre besøg, end mor gør.

Figur 2.10 viser, hvor meget forskellige områder berøres under MTB-besøgene.



Anm.: N=12.355 besøg.

Kilde: VIVEs monitorering af besøg til indsatsgruppen i MTB. Udfyldt af MTB-klinikerne.

2.4 Anden indsats tilbudt til familierne

I dette afsnit prøver vi at give et billede af, hvilke typer foranstaltninger familierne, der deltager i evalueringen, har modtaget. I den første rapport lavede vi en beskrivelse af sædvanlig indsats baseret på interviews med kommunerne. Data til dette kapitel består af registreringer om de enkelte familier, der har deltaget i evalueringen (både MTB og kontrol).

VIVE har løbende sendt et skema for alle børn, der var fyldt 2 år, til kommunerne. Her har vi bedt om information om, hvorvidt der er registreret underretninger på familierne, og om der er iværksat indsatser ud over MTB-forløb. Skemaerne er udfyldt for både MTB- og kontrolfamilier.

I dette afsnit gennemgår vi antallet af underretninger og iværksatte indsatser for både MTB- og kontrolfamilierne.

VIVE har modtaget udfyldte skemaer for 184 familier svarende til 72 % af deltagerne (141 for MTB og 43 for kontrol). En kommune med i alt 40 deltagere fordelt på 24 MTB-familier og 16 kontrolfamilier havde ikke mulighed for at udfylde skemaerne. For de 216 familier, hvor vi kunne få udfyldt skemaer, har vi således modtaget skemaer for 85 %.

Det har været udfordrende for flere kommuner at få udfyldt arket, da de ikke nødvendigvis har haft adgang til familiernes journal på dette tidspunkt. I flere af kommunerne har en myndighedsrådgiver derfor været involveret i at udfylde skemaet. Der er derfor forskel i, hvem der har udfyldt skemaet i kommunerne.

I mange skemaer er flere felter ikke blevet udfyldt. Vi kan derfor kun give en overordnet beskrivelse af de foranstaltninger, som familierne har modtaget. For at give et bredt billede af, hvad familierne har modtaget, har vi medtaget alle de indsatser, der er beskrevet, uanset hvilken type indsats der er modtaget – det vil fx sige, at indsatser som "Antibiotika og p-sprøjte" og "Forældrekompetenceundersøgelse" også indgår. Det er sandsynligt, at der er forskel på, hvilken type indsatser kommunerne har medtaget i registreringsarket. Oversigten kan derfor ikke betragtes som en komplet oversigt.

Indsatser, som familierne har modtaget, er her beskrevet i forhold til den lovgivning, der har været gældende frem til den 1. januar 2024, hvor Barnets Lov er trådt i kraft.

2.4.1 Underretninger

En underretning til kommunen er en henvendelse fra en fagperson eller privat borger, der udtrykker bekymring for et barns udvikling og/eller trivsel. Kommunen har efter en underretning pligt til at undersøge forholdene omkring barnet. Fagpersoner har skærpet underretningspligt, hvilket betyder, at deres bekymringer går forud for tavshedspligten, og at de er derfor forpligtet til at underrette kommunen, hvis de mistænker, at et barn mistrives.

Der er samlet set registreret en eller flere underretninger på 139 familier svarende til 76 % af familierne (se Tabel 2.1). Dette gælder for 106 (75 %) af MTB-familierne og 33 (80 %) af kontrolfamilierne. For 76 familier (42 %) er der registreret to eller flere underretninger.

Vi har ikke nogen information om, hvorvidt en underretning i graviditeten er modtaget før eller efter, familien er rekrutteret til evalueringen, og hvorvidt en eventuel underretning har ledt til, at familien er blevet tilbudt et MTB-forløb.

Tabel 2.1 Fordeling af underretninger registreret under graviditet, og fra barnet er født, frem til det fylder 2 år, for MTB- og kontrolfamilier

	Kontrol N = 41		MTB N = 141		I alt N = 182	
Ingen underretning	8	20 %	35	25 %	43	23 %
Én underretning	18	44 %	45	32 %	63	35 %
To eller flere underretninger	15	37 %	61	43 %	76	42 %
Mindst én underretning	33	80 %	106	75 %	139	76 %

Anm.: For to kontrolfamilier er der ikke registreret data om underretninger.

Kilde: VIVEs registreringsark om anden indsats til familier. Udfyldt af kommunerne.

Antallet af underretninger for hver familie varierer imellem 0-16 underretninger samlet set. For seks familier er der registreret 7-16 underretninger. Disse familier er alle MTB-familier.

Der er i gennemsnit registreret to underretninger per familie (se Tabel 2.2). Heraf er én registreret under graviditeten og én, efter barnet er født.

Tabel 2.2 Gennemsnit af underretninger registreret under graviditet, og fra barnet er født, frem til det fylder 2 år, for MTB- og kontrolfamilier

	Gennemsnit af antal underretninger i graviditeten	Gennemsnit af antal underretninger, fra barnet er født	Gennemsnit af samlet antal underretninger
Kontrol	1,1	0,6	1,7
MTB	1,0	1,0	2,0
Total	1,1	0,9	2,0

Anm.: For to kontrolfamilier er der ikke registreret data om underretninger.

Kilde: VIVEs registreringsark om anden indsats til familier. Udfyldt af kommunerne.

Vi finder ingen forskel mellem MTB- og kontrolfamilier i forhold til underretninger. Der er hverken forskel på, hvor mange familier der samlet set har modtaget én eller flere underretninger i forhold til familier uden nogen underretninger, ligesom der ikke er forskel i det gennemsnitlige antal underretninger i de to grupper.

2.4.2 Indsatser under graviditeten og efter, barnet er født

Kommunerne kan igangsætte indsatser med hjemmel i lovgivningen til både MTB- og kontrolfamilier. Alle familier kan have modtaget flere forskellige indsatser, og MTB-familierne kan have modtaget yderligere indsatser sideløbende med MTB-interventionen. I den første rapport (Pontoppidan et al., 2023) er der en beskrivelse af, hvad den sædvanlige indsats typisk indeholder for familierne i evalueringen.

Fordelingen af indsatser ses i Tabel 2.3. Der er registreret yderligere indsatser i det samlede forløb for 35 % af familierne samlet set (65 familier). For 65 % af familierne er der således ikke registreret nogle indsatser (ud over et eventuelt MTB-forløb).

Der er en større andel af kontrolfamilier, der har modtaget en anden indsats. Det gælder for 53 % i kontrolgruppen, men kun for 30 % i MTB-gruppen. Det er forventeligt, at kontrolgruppen modtager flere indsatser end MTB-gruppen, da MTB-gruppen jo modtager MTB-forløbet, som er en relativt intensiv intervention.

Størstedelen af de familier, der modtager mindst en anden indsats, modtager den, efter at barnet er født (58 svarende til 89 %). Syv (svarende til 11 %) modtager kun indsats under graviditeten, og 17 (svarende til 26 %) modtager indsatser både i graviditeten, og efter at barnet er født.

For knap halvdelen (20 svarende til 47 %) af kontrolgruppefamilierne er der ikke registreret nogle andre indsatser. På baggrund af de informationer, VIVE har indsamlet, ser det således ud til, at næsten halvdelen af kontrolfamilierne ikke har

modtaget nogen foranstaltninger fra kommunen på trods af, at de ved opstart i projektet er vurderet til at være i en sårbar situation. Det er dog vigtigt at gøre opmærksom på, at vi kun har information for 43 ud af 73 kontrolfamilier (svarende til 59 %), og at det er muligt, at det ser anderledes ud for familierne, vi ikke har information om. Vi har desuden ikke kendskab til, hvad familier kan have fået tilbudt via Sundhedsloven (fx ekstra besøg eller forældreforløb).

Tabel 2.3 Antal indsatser registreret under graviditet, og fra barnet er født, frem til det fylder 2 år, for MTB- og kontrolfamilier

	Kontrol		MTB		Total	
Ingen indsatser	20	47 %	99	70 %	119	65 %
Mindst én indsats	23	53 %	42	30 %	65	35 %
Total	43		141		184	

Kilde: VIVEs registreringsark om anden indsats til familier. Udfyldt af kommunerne.

2.4.2.1 Iværksatte indsatser kontrolfamilier

Størstedelen af foranstaltningerne hos kontrolfamilierne er iværksat på baggrund af servicelovens §52.3 om foranstaltninger, men der er også angivet §11.3 om forebyggende indsatser, §141 om handleplan for indsatser samt sundhedslovens §119-26 om forebyggelse og sundhedsfremme samt forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.

De specifikke indsatser, der er beskrevet i forhold til kontrolgruppen, omfatter:

- Team for sårbare gravide
- Bostøtte
- Aflastning
- Døgnophold
- Midlertidigt ophold, netværksanbringelse
- Anbringelse
- Sikker babystart
- Familien på vej
- Børnefaglig undersøgelse
- Kompensation for løntab
- Forældrekompetence-undersøgelse

- Behovsbesøg, udvidet sundhedspleje
- Tryghedsagenter
- Terapi/familiebehandling/familiekonsulent
- Praktisk pædagogisk støtte
- Tryghedscirklen (COS-P)
- Familieambulatorie-undersøgelser og psykoedukation om barnets diagnose
- Kollegiebolig og støtte til uddannelse.

Fokusområder for foranstaltningerne omfatter især tilknytning, forældrekompetencer, barnets udvikling, kontakt og samspil, mens det i enkelte tilfælde handler om struktur, mentalt helbred, misbrug, vold, PTSD og angst.

2.4.2.2 Iværksatte indsatser udover MTB-forløbet for MTB-familier

Foranstaltningerne hos MTB-familierne er især iværksat på baggrund af servicelovens §50 om børnefaglig undersøgelse og §52.3 om foranstaltninger, men der er også angivet §11.3 om forebyggende indsatser og §85 om socialpædagogisk støtte i flere tilfælde. Sundhedsloven er ikke angivet for nogen foranstaltninger hos MTB-familierne. Vi har ikke nogen information om, hvorvidt indsatserne er tilbudt som en del af MTB-forløbet, eller om de er tilbudt sideløbende.

De specifikke indsatser, der er beskrevet i forhold til MTB-gruppen, omfatter:

- Antibiotika og p-sprøjte
- Bostøtte
- Opgang til Opgang (beskæftigelse)
- Aflastning
- Døgnophold
- Anbringelse
- Sikker babystart
- Behovsbesøg, udvidet sundhedspleje
- Terapi/familiebehandling/familiekonsulent/psykolog
- Praktisk pædagogisk støtte
- Familierådslagning
- Tryghedscirklen (COS-P)

- Samarbejde efter Skilsmisse (SES)
- Rusmiddelbehandling
- Akupunktur (NADA)
- Henvisning til udredning hos psykiater
- Mentor
- Familieambulatorium
- Fast kontaktperson
- Fysioterapi
- Kollegiebolig og støtte til uddannelse.

Fokusområderne for foranstaltningerne er som ved kontrolgruppen tilknytning, forældrekompetencer og mentalt helbred, men i større grad også emner som beskæftigelse, vold, misbrug, sikkerhed, skilsmisse, traumer, social tilbagetrækning og økonomi.

3 Effekter af MTB, når barnet er 2 år gammelt

I dette kapitel undersøger vi effekten af MTB i forhold til sædvanlig indsats, når børnene er 2 år gamle, og indsatsen ophører. Vi undersøger effekten i forhold til mødrenes trivsel og mentale helbred, barnets udvikling og trivsel, forældre-barn-samspelet samt antallet af anbringelser.

I kapitlet er der først en gennemgang af evalueringens udfaldsmål, og vi ser på frafaldet undervejs og præsenterer de statistiske analyser, vi har gennemført. Herefter præsenterer vi resultaterne af analyserne i forhold til effekter på udfaldsmål fra spørgeskemaerne, på forældre-barn-samspelet samt på antallet af anbringelser. Til sidst gennemfører vi supplerende analyser, hvor vi ser på udvikling over tid for MTB-gruppen, om forskellige grupper af mødre oplever forskellige effekter af MTB, samt om resultaterne af effektmålingen er robuste i forhold til metodevalg.

Da MTB-indsatsen stopper, når barnet fylder 2 år, er dette den primære analyse af effekten af MTB. Vi vil senere tilføje registerdata til at bidrage med yderligere viden om eventuelle effekter af MTB.

3.1 Udfaldsmål

I analyserne, vi gennemfører, når barnet er 2 år gammelt, anvender vi data om følgende områder:

- Trivsel
- Helbred og livstilfredshed
- Netværk
- Fødselsdepression
- Forhold til partner
- Refleksiv funktion
- Forældrestress
- Beskæftigelse og uddannelse
- Barnets socio-emotionelle udvikling
- Barnets sprog og kommunikation

- Læringsaktiviteter
- Forældre-barn-samspil
- Anbringelser.

Læs mere om udfaldsmålene i afsnit 5.3.

3.2 Datakvalitet og statistiske analyser

3.2.1 Frafald

Dataindsamlingen er foregået gennem 27 måneder for hver familie. Dette er lang tid, særligt for familier der kan være i en sårbar position. Det er derfor ikke overraskende, at vi ikke har data fra alle familier på alle tidspunkter.

Når børnene er 24 måneder gamle, har vi spørgeskemadata for 170 familier (66 %), mens vi har samspilsvideoer for 124 familier (48 %).

Frafald kan skyldes mange ting. Det kan være enkelte dele, der ikke er besvaret, eller det kan være flere dataindsamlinger, der ikke er gennemført. Frafald kan også skyldes fraflytning, eller at familier ikke har lyst til at deltage mere. Et mindre antal familier udgår desuden, fordi de oplever en sen abort eller anbringelse af barnet.

I afsnit 5.4.1 laver vi en grundig beskrivelse af frafaldet og gennemfører en frafaldsanalyse.

Der er en særlig udfordring i forhold til at indhente samspilsvideoer for kontrolfamilierne. Frafaldet for samspilsvideoer er betragteligt, men også forventet med denne målgruppe. Det stemmer også nogenlunde overens med svarprocenterne fra de tidligere studier i USA og England.

Frafaldsanalysen viser, at der er opstået enkelte ubalancer mellem kontrol- og MTB-gruppe i både spørgeskemadata og samspilsvideoer (se Figur 5.3).

Alt i alt vurderes frafaldet at være relativt stort, men ikke skævt i et sådant omfang, at det er en udfordring i forhold til validiteten af analyserne.

3.2.2 Statistiske analyser

Når vi undersøger effekten af MTB, sammenligner vi gennemsnittet for familier, der deltager i MTB, med 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 har deltaget i MTB. I analyserne undersøger vi derfor effekten af at have fået *tilbudt* et MTB-forløb (en såkaldt intention-to-treat-analyse (ITT)).

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 det bedste bud på, hvordan effekten af indsatsen ser ud i den virkelige verden.

Gennemsnit for alle udfald for både MTB-deltagerne og kontrolgruppen ved baseline, og når barnet er 2 år gammelt, ses i Bilag 4.

Den oprindelige plan var at anvende imputering som en primær analysemetode. Imputering "udfylder" manglende data, hvilket gør det muligt at bruge data fra alle 256 deltagere i forsøget, selv hvis der mangler målinger. Dette øger præcisionen og reducerer risikoen for bias, som kan opstå ved at analysere et mindre og potentielt ikke-repræsentativt datasæt.

Imputering blev dog udfordret af det relativt store frafald (især i kontrolgruppen), da det gør det sværere at forudsige de manglende data præcist. Dette øger risikoen for skævheder og kan resultere i mindre pålidelige resultater, da manglende data kan afvige systematisk fra de tilgængelige data.

Derfor er hovedanalysen baseret på komplette besvarelser (complete case-analyser). Disse analyser er gennemført med færre deltagere, hvilket kan reducere muligheden for at påvise effekter. Især i analyserne af forældre-barn-samspelet indgår meget få kontrolgruppedeltagere, hvilket gør det vanskeligt at estimere effekter præcist.

Frafaldet medfører en vis usikkerhed i resultaterne, og vi kan ikke udelukke, at et større sample kunne have givet andre resultater.

I effektanalysen estimerer vi effekterne i regressioner, hvor vi kontrollerer for de variable, hvor der ikke var balance imellem de to grupper ved baseline. Mere information om de statistiske analyser findes i afsnit 5.4.

Tabeller med effektmålingsresultaterne opsummeret ved effekttestimatet, konfidensintervallet, p-værdien for test af, om effekttestimatet er nul, samt effektstørrelser (Cohen's d) ses i Bilag 5.

I de næste afsnit i dette kapitel præsenterer vi resultaterne grafisk. I figurerne viser vi effekterne estimeret på standardiserede udfaldsmål, så resultaterne kan vises i samme figur, selvom det er forskellige mål.

Vi gennemfører to robusthedsanalyser for at undersøge sensitiviteten af hovedresultaterne i forhold til valg af metode. Den primære udfordring i analyserne er frafaldet. De to robusthedsanalyser anvender imputering og vægtning, og metoderne er beskrevet detaljeret i afsnit 5.4.4.

Figurerne i kapitlet er baseret på analyser udført på komplette data, mens resultaterne fra de to supplerende analyser findes i Bilag 7.

I den beskrivende tekst har vi valgt at se på tværs af de tre analyser og fremhæve resultater, der er signifikante på et 10-%'s niveau i mindst én analyse og samtidig har et p-niveau på under 15 % i en af de to andre analyser. Dette gøres for at undgå at fremhæve tilfældigt fremkomne effekter og for at fange tendenser, der måske ikke er tydelige i den primære analyse baseret på komplette data. Resultaterne fra den primære analyse på komplette data ses i Bilag 5, og resultaterne fra analyserne baseret på imputering og vægtning ses i Bilag 7.

I Boks 3.1 giver vi en kort beskrivelse af de vigtigste statistiske elementer, som indgår i effektmålingen til vejledning i, hvordan resultaterne skal læses.

Figurene præsenterer resultaterne af effektmålingen med et standardiseret effektestimater med tilhørende 95-%'s konfidensintervaller.

Effektestimateret er den estimerede effekt af indsatsen, som er blevet standardiseret, så de kan sammenlignes på tværs af de forskellige udfald. Effektestimateret måler ændringen i udfaldsmålet som følge af indsatsen, når der tages højde for de inkluderede kontrolvariable. Helt konkret er effektestimateret 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 effektestimateret.

Signifikansniveauet angiver sandsynligheden for, at de observerede forskelle mellem kontrolgruppen og MTB-gruppen skyldes tilfældig variation. Vi anvender et signifikansniveau på 5 %, hvilket betyder, at der er 5 % sandsynlighed for, at forskellene er opstået tilfældigt. Forskelle med et signifikansniveau mellem 5-10 % betragtes som tilnærmelsesvist signifikante.

Cohen's d er et standardiseret mål til at vurdere *størrelsen* af den estimerede effekt.

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.

3.3 Resultater baseret på spørgeskemadata

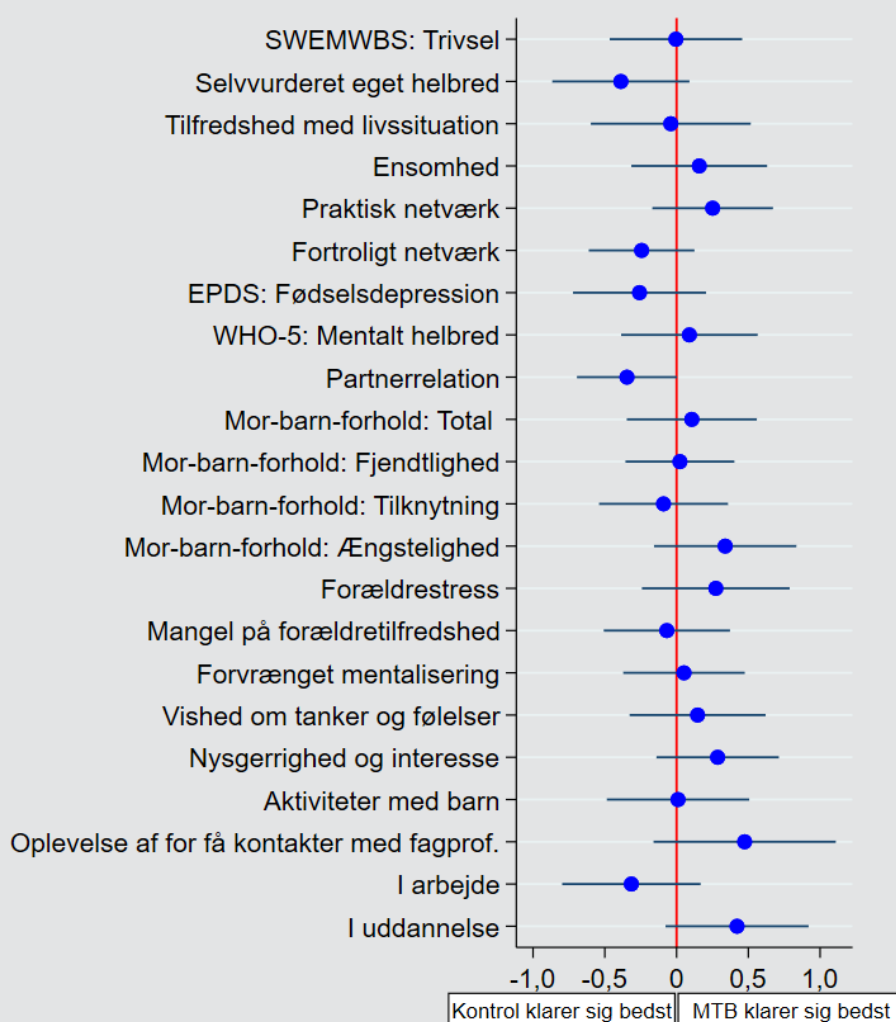
I dette afsnit viser vi resultaterne fra data baseret på mødrenes besvarelse af spørgeskema, når barnet er 2 år gammelt. Vi gennemgår udfaldsmålene tematisk. Først gennemgår vi resultater for mors trivsel og adfærd og derefter for barnets trivsel og udvikling.

3.3.1 Mors trivsel og adfærd, når barnet er 2 år gammelt

I Figur 3.1 præsenteres effekten af MTB på mødrenes trivsel og adfærd, når barnet er 2 år gammelt.

Figur 3.1 Effekt af MTB på mors trivsel og adfærd, 24 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%s konfidensintervaller opnået ved lineær regression og robuste standardfejl. Den blå prik er effekten. 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 (effekt på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



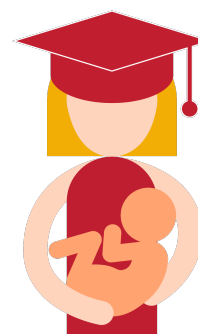
Anm.: N =170. Kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet ammestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for bevarelse af baseline.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

I den primære analyse af mors trivsel og adfærd finder vi ikke nogen signifikante forskelle imellem de to grupper, når barnet er 2 år gammelt.

Når vi ser på tværs af de tre gennemførte analyser, finder vi følgende resultater:

- Vi finder tegn på, at **MTB-mødrene rapporterer dårligere helbred end kontrolgruppen**, når barnet er 2 år gammelt. Dette resultat ses i den primære analyse baseret på komplette data ($p = 0,11$) og i den vægtede analyse ($p = 0,01$), men ikke i analysen baseret på imputerede data.
- Vi finder også tegn på, at **MTB-mødre, der har en partner, oplever en dårligere relation til partneren**, når barnet er 2 år gammelt. Dette resultat ses i den primære analyse baseret på komplette data ($p = 0,05$) og i den vægtede analyse ($p = 0,14$), men ikke i analysen baseret på imputerede data.
- Vi finder ligeledes tegn på, at **flere mødre i kontrolgruppen oplever at have for få kontakter med fagprofessionelle**. Dette resultat ses i den primære analyse baseret på komplette data ($p = 0,15$) og i analysen baseret på imputerede data ($p = 0,07$), men ikke i den vægtede analyse. Dette resultat indikerer, at MTB-mødrene i højere grad oplever en tilpas støtte og kontinuitet i MTB-forløbene relativt til den sædvanlige indsats i kommunerne.
- Desuden finder vi tegn på, at **MTB-mødre, der ikke er i arbejde, når barnet er 2 år gammelt, er mere i uddannelse end tilsvarende mødre i kontrolgruppen**. Dette resultat ses i den primære analyse baseret på komplette data ($p = 0,10$) og i den imputerede analyse ($p = 0,00$), men ikke i analysen baseret på vægtede data.



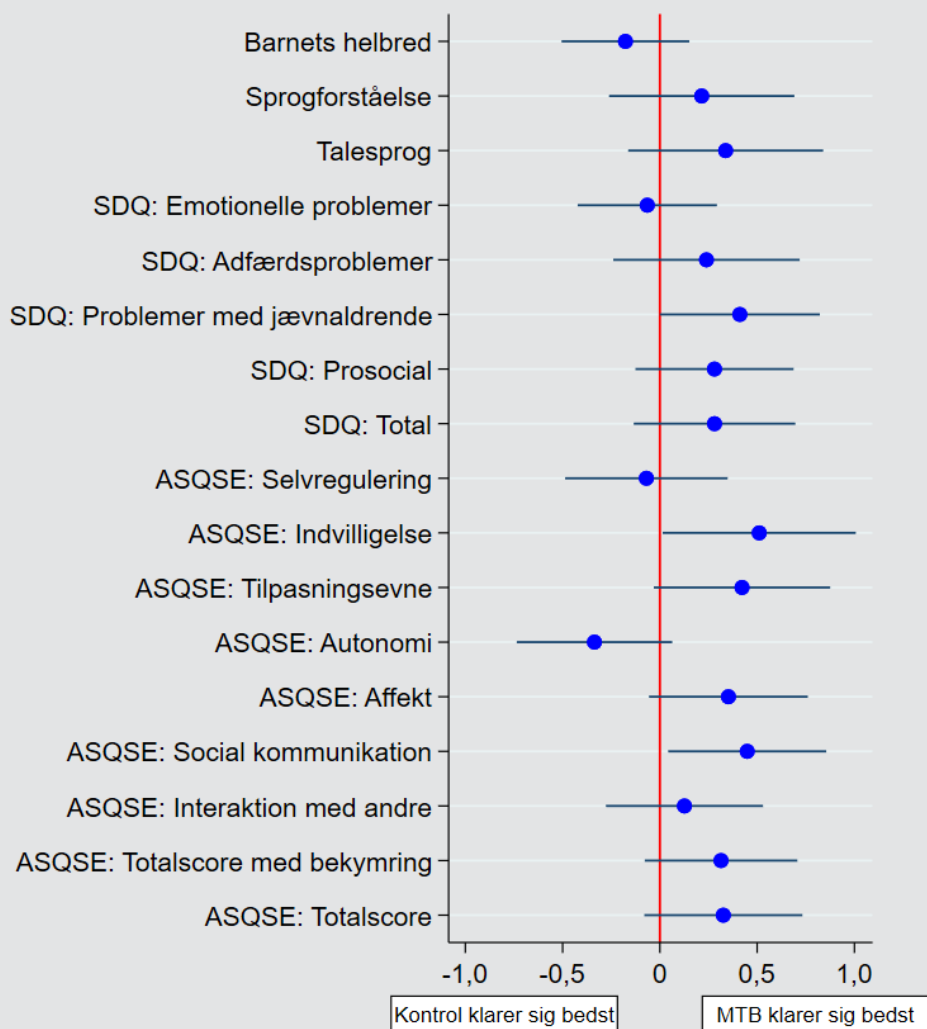
MTB-mødre

3.3.2 Barnets trivsel og udvikling, når det er 2 år gammelt

Resultaterne af den primære analyse af børnenes trivsel og udvikling, når de er 2 år gamle, ses i Figur 3.2.

Figur 3.2 Effekt af MTB på barnets trivsel og udvikling, 24 mdr.

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%'s konfidensintervaller opnået ved lineær regression og robuste standardfejl. Den blå prik er effekten. 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 (effekt på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N = 170. 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.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

I den primære analyse finder vi følgende signifikante forskelle hos MTB-børnene sammenlignet med kontrolgruppen:

- **Bedre social kommunikation:** MTB-børnene udviser bedre evner til at udveksle information og kommunikere hensigtsmæssigt med andre ($p = 0,03$). Dette resultat understøttes af den vægtede analyse ($p = 0,07$), men ikke af den imputerede analyse. Da børnene var 12 måneder gamle, fandt vi omvendt tegn på, at MTB-børnene havde dårligere social kommunikation end kontrolbørnene. Datamaterialet giver ikke nogen indikationer på, hvad årsagerne til disse forskelligrettede resultater kan være.
- **Bedre indvilligelse:** MTB-børnene viser bedre samarbejdsevner ved at følge instruktioner og regler i samspil med voksne og jævnaldrende ($p = 0,05$). Dette resultat understøttes af både den vægtede analyse ($p = 0,07$) og den imputerede analyse ($p = 0,05$).

Når vi ser på tværs af de tre gennemførte analyser, finder vi yderligere tegn på følgende forskelle hos MTB-børnene sammenlignet med kontrolgruppen:

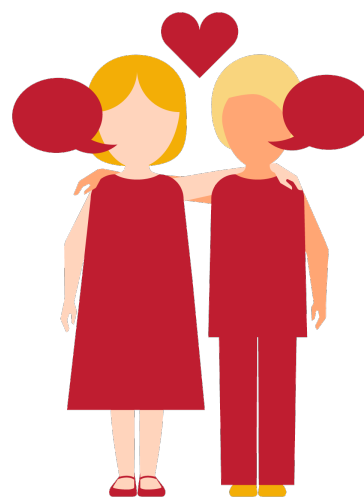
- **Færre problemer med jævnaldrende:** MTB-børnene har lettere ved at etablere og vedligeholde relationer ($p = 0,05$ i primær analyse, $p = 0,15$ i den vægtede analyse og $p = 0,05$ i den imputerede analyse).
- **Bedre tilpasningsevne:** MTB-børnene tilpasser sig bedre skiftende situationer og reagerer hensigtsmæssigt på nye oplevelser ($p = 0,07$ i primær analyse, $p = 0,13$ i den vægtede analyse og $p = 0,07$ i den imputerede analyse).
- **Bedre affekt:** MTB-børnene udtrykker deres følelser og følelsesmæssige reaktioner på mere passende måder ($p = 0,09$ i primær analyse, $p = 0,20$ i den vægtede analyse og $p = 0,15$ i den imputerede analyse). Da børnene var 3 måneder gamle, fandt vi ligeledes tegn på en positiv effekt på børnenes affekt, men dette så vi ikke, da børnene var 12 måneder gamle. Vi skal dog her nævne, at den interne reliabilitet for denne subskala er meget lav.
- **Bedre overordnet socio-emotional udvikling:** MTB-børnene har bedre social og følelsesmæssig udvikling samlet set ($p = 0,12$ i primær analyse, $p = 0,28$ i den vægtede analyse og $p = 0,04$ i den imputerede analyse).

I forhold til autonomi finder vi, at der er tegn på, at MTB-børnene har dårligere autonomi end kontrolbørnene, når de er 2 år gamle ($p = 0,10$ i primær analyse, $p = 0,04$ i den vægtede analyse og $p = 1,0$ i den imputerede analyse). Vi er dog i tvivl om validiteten af dette resultat, da den imputerede analyse viser ingen forskel overhovedet, og fordi denne subskala kun består af to items og har en meget lav intern reliabilitet.

Da børnene var 12 måneder gamle, fandt vi tegn på, at mødre vurderede, at MTB-børnene havde et dårligere helbred end kontrolbørnene. Dette resultat genfinder vi ikke, når børnene er 2 år gamle.

Effektstørrelserne for resultaterne i den primære analyse baseret på komplette data varierer mellem 0,33 og 0,52, hvilket indikerer mellemstore, positive effekter af MTB-programmet på barnets udvikling i forhold til social kommunikation, indvilligelse, tilpasningsevne, affekt og generel socio-emotionel udvikling samt færre problemer med jævnaldrende.

Samlet set peger analyserne således i retning af, at MTB har haft en positiv effekt på børnenes trivsel og udvikling. At MTB-forløbet netop understøtter børnenes udvikling stemmer overens med klinikernes opfattelse af, hvad familierne får ud af at deltage i MTB-forløbet. Dette vil fremgå af afsnit 4.1. Resultaterne er desuden i overensstemmelse med resultaterne fra både USA (Tobon et al., 2022) og England (Longhi et al., 2019), hvor man har fundet, at MTB reducerer adfærdsproblemer hos børnene.



MTB-børn

3.3.2.1 Bekymringer om barnets udvikling

Inden vi fortsætter med resultaterne af effektanalyserne, vil vi præsentere data om mødrenes bekymringer og glæder over barnet. Som en del af ASQ:SE2-spørgeskemaet er alle deltagere (både MTB- og kontrol-gruppe), når barnet er 2 år 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 49 mødre har skrevet en kommentar, der udtrykker en bekymring over barnets udvikling. Vi har her analyseret og kategoriseret svarene med henblik på at give et mere dybdegående indblik i, hvordan småbørnsmødre oplever hverdagen, og hvilke bekymringer der fylder i deres dagligdag.

Vi har valgt at analysere kommentarerne uden at tilknytte information om, hvorvidt det er en MTB- eller kontrolfamilie. De konkrete eksempler kan således stamme fra både mødre i MTB-gruppen og mødre i kontrolgruppen. Mange af mødre angiver at have søgt hjælp hos fagprofessionelle i forhold til bekymringerne.

De to områder, der fylder mest i forhold til bekymring, er søvn og spisning – ligesom, da barnet var 1 år gammelt.

Problemer med søvn og spisning er meget almindelige hos små børn. Søvnproblemer ses hos 25 % af børn under 5 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 16 mødre har udtrykt bekymring om barnets søvn. Det handler fx om, at barnet "bruger ofte lang tid på at falde i søvn", og at barnet "vågner mange gange om natten". Det kan også være bekymringer om, hvorvidt barnet får søvn nok.

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 16 mødre har udtrykt bekymring om barnets spisning. De fleste bekymringer handler om, at barnet er meget selektivt, i forhold til hvad det vil spise, eller er småt spisende:

Hun er meget kræsen og vil ikke spise ret mange forskellige ting. Hun vil overhovedet ikke spise nogen former for kød.

Enkelte bekymrer sig om at, barnet "ofte har behov for sutteflaske [kun med vand, red.] i løbet af natten", at barnet "ikke vil indtage fast føde, selvom han virker interesseret i det", eller at barnet overspiser:

Når vi spiser aftensmad, er hun er rigtig madglad, så hun kan godt overspise. Hun har kastet op en gang, men ikke gjort det igen, da jeg er begyndt at tænke mere over at dele det op og i mindre portioner, så hun hverken propper munden eller får overspist sig, men hun er også blevet god til selv at sige fra, når hun ikke kan spise mere.

Områder, som flere mødre også giver udtryk for bekymring om, er motorisk og sproglig udvikling samt adfærd.

Fem mødre udtrykker bekymring om barnets motoriske udvikling, fx at barnet "udvikler sig en smule langsomt motorisk i forhold til andre, vi kender", eller at "hun er stadig bagud på motorik".

Ligeledes udtrykker fem mødre bekymring om barnets sproglige udvikling. Det kommer til udtryk ved, at "hendes sprog er i langsom udvikling", eller at "hans sprogudvikling er bagud". En mor skriver:

Han taler ikke særlig meget, han er meget sur det meste af tiden.

Enkelte forældre kobler barnets sproglige udvikling sammen med udadreagerende adfærd:

Hun slår ofte mig, vores hunde og en dreng i dagplejen. Men hun siger undskyld/aer, hvis hun bliver irettesat. Hun er desuden lidt bagud sprogligt, måske hænger det sammen med at slå.

Fire mødre giver udtryk for, at de bekymrer sig over udadreagerende adfærd hos barnet. Barnet "slår, bider, skubber, tager legetøj og sparker de andre børn i dagplejen" eller "kaster med ting ud af det blå ... bliver frustreret og hiver andre børn i håret".

Hos tre mødre gives der udtryk for bekymring over selvskadende adfærd hos barnet. De beskriver, at barnet "bider sig selv og stopper fingrene i munden eller slår sig selv", eller at barnet "rykker sig i håret, slår sig i hovedet og banker hovedet i gulvet, uden at vi ved hvorfor".

Både den udadreagerende adfærd og selvskaden kan hænge sammen med, at det 2-årige barn kan have svært ved verbalt at udtrykke følelser, såsom vrede, frustration eller tristhed. De er også stadig ved at udvikle deres evne til at regulere følelser, og selvskadende adfærd, såsom at slå sig selv eller banke hovedet i gulvet, kan være en måde at håndtere overvældende følelser eller at berolige sig selv på.

Fem mødre har mere generelle bekymringer om barnets helbred eller udfordringer med "dræn på begge ører og utroligt hypermobile hofter, knæ og fødder" eller "forstoppelse".

Fire forældre bekymrer sig over, at barnet "er disponeret for autisme og viser nogle tegn", at barnet muligvis har "noget ADHD", eller at "hans koncentration er ikke den bedste".

Flere mødre giver desuden udtryk for, at de bekymrer sig over, hvordan deres børn bliver dygtige. Som fx denne mor, der skriver:

Esther mister hurtigt tålmodigheden, når hun lægger puslespil. Til tider har hun meget besvær med at lægge brikkerne korrekt, og andre gange mestrer hun udfordringen. Jeg er bekymret for hendes evner inden for dette og dermed hendes før-matematiske kompetencer. Puslespil er dog ikke noget, som vi har brugt ret meget, hvilket jeg tænker kan forklare det.

3.3.2.2 Glæder over barnet

Deltagerne er, når barnet er 2 år gammelt, ligeledes blevet spurgt til, hvad de glæder sig over ved deres barn. Vi gengiver her nogle enkelte kommentarer for at give et indblik i mødrenes refleksioner over at være mor til et lille barn samt den glæde og stolthed, de oplever.

I alt 161 mødre har skrevet en kommentar til, hvad de glæder sig over ved deres barn. Der er mange fine, søde og kærlige beskrivelser, og det er tydeligt, at mødrene er meget glade for og stolte over deres børn. Mange skriver kort og godt "Alt", mens andre skriver længere beskrivelser, som nogle af de her eksempler:

At han er glad, mild og kærlig. At han er nysgerrig på verdenen omkring ham. At han er god til at vise/give kærlighed og god til at tage imod den. At han er selvstændig og kan lege selv. At han kommer til os, når der er noget, han vil/noget han mangler. Jeg glæder mig generelt over det meste ved og med mit barn.

Når han kalder mig mor.

At se hende opdage ting, at se hendes udvikling, at mærke hendes kærlighed, at ordne huslige ting og bage sammen med hende osv.

At jeg kan være sammen med hende hele tiden. Jeg savner hende, når jeg på arbejde. Hun udvikler sig så hurtigt. Så jeg nyder hver eneste dag med hende.

Ham! Hans smil, nysgerrighed og fantasi! Han er en sød og dejlig dreng. Han siger altid tak, selv når han er sur, og det er det kæreste! Jeg er ikke et morgenmenneske, men alligevel ville jeg ikke bytte det for noget, når han kommer ind klokken 6 om morgenen og siger godmorgen, hvorefter han får et lift op i sengen, så han kan hoppe på os, vi kan lave spas, imens vi vågner.

Alt. Jeg glæder mig over alt ved mit barn. Selvfølgelig er der tidspunkter, jeg er træt og godt ville have lidt ro, men hendes leg, kærlighed, glæde og udvikling er bare alt, og jeg er så glad og stolt. Jeg elsker hende mere end noget andet.

Amalie er mit livs glæde, bare det, at vide hun er min datter, giver en utrolig varme og sitrende fornemmelse i min krop, som giver en fantastisk følelse af, at jeg kan klare og overkomme alt i verden, så længe jeg har hende i mit liv. For første gang i mit liv ved jeg virkelig, hvad kærlighed er

– udover den normale kærlighed, jeg har til min mor – men hun er klart grunden til, at jeg har fornemmelsen af at være forelsket i livet... 'takker min gud og skaber for hende som datter'.

3.4 Resultater for forældre-barn-samspil

På baggrund af videooptagelser af samspil imellem forælder og barn, der er lavet, når barnet er omkring 2 år gammelt, undersøger vi, om der er nogle effekter af MTB på forældre-barn-samspillet.

Analysen af forældrenes sensitivitet, når barnet er 2 år gammelt, er den primære analyse i evalueringen.

Vi anvender systemet 'Coding Interactive Behavior' (CIB) (Feldman, 2012) til at kode samspilsvideoerne. 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).

I analysen af samspilsvideoer har vi ved kodningen af samspil, når børnene er 2 år gamle, desuden tilføjet en kodning af sensitivitet baseret på Mary Ainsworths sensitivitetsskala (Mesman & Emmen, 2013). Skalaen bruges til at vurdere omsorgspersons evne til at opfatte og reagere passende på et barns signaler og behov. Forældrenes sensitivitet kodes på en skala fra 1-9, hvor 9 er meget høj sensitivitet, og 1 er meget lav sensitivitet.

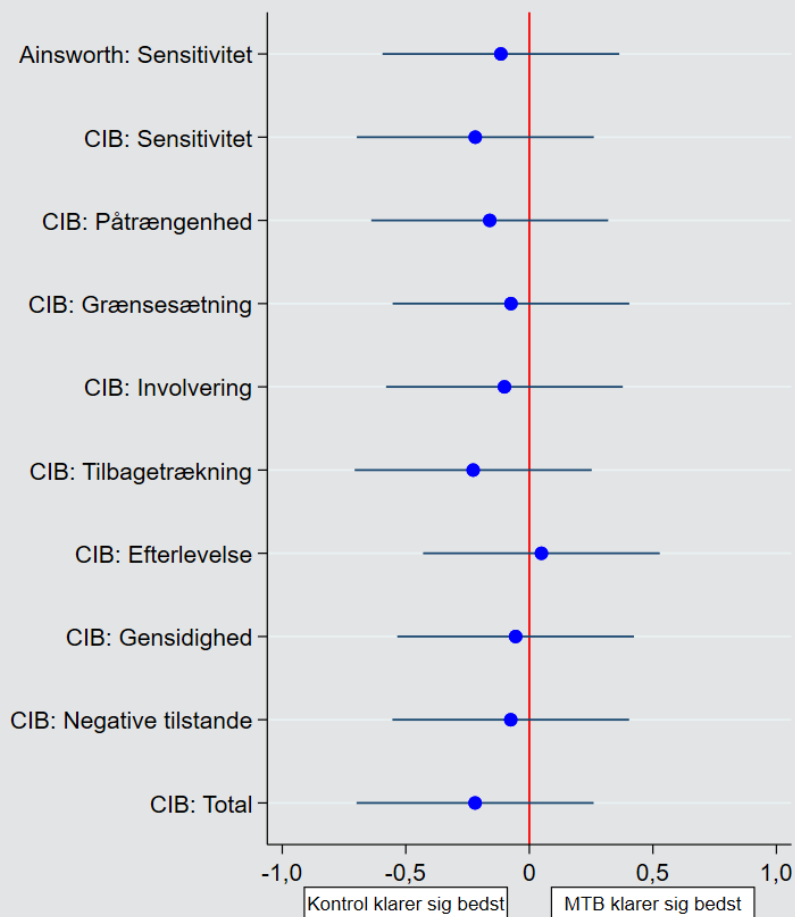
Analyserne af samspilsvideoerne er udfordret af, at der er mange forældre, der enten ikke har ønsket at få lavet optagelsen, eller hvor vi har måttet opgive at få optagelsen. Det betyder, at der er et stort frafald – særligt i kontrolgruppen.

Samlet set har vi samspilsoptagelser fra 124 familier svarende til 48 % af deltagerne. For MTB-familierne har vi samspilsvideoer fra 57 % af familierne, mens vi kun har fra 27 % af kontrolfamilierne. Det store frafald i kontrolgruppen betyder, at resultaterne af analyserne af forældre-barn-samspillet skal tolkes varsomt.

Analysen af effekten af MTB på forældre-barn-samspillet, når barnet er 2 år gammelt, ses i Figur 3.3.

Figur 3.3 Effekt af MTB på mor-barn-relationen (CIB), når barnet er 2 år gammelt

Den estimerede effekt (standardiseret) af MTB samt 95-%'s konfidensintervaller opnået ved lineær regression og robuste standardfejl. Den blå prik er effekten. 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 (effekt på 0), så er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N=124. 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.

Kilde: Videodata indsamlet af VIVE.

I forhold til forældre-barn-samspillet finder vi ingen statistisk signifikante forskelle mellem MTB-gruppen og kontrolgruppen. Dette gælder uanset, hvilken analysemetode vi anvender (komplette data, vægtning eller imputering). Generelt er effektstørrelserne små, hvilket indikerer, at der er små forskelle imellem de to grupper.

Da børnene var 1 år gamle, fandt vi tegn på, at MTB-børnene udviste mindre tilbagetrækning end kontrolfamilierne, samt tegn på, at MTB-forældrene var mindre påtrængende end kontrolfamilierne. Disse resultater genfinder vi ikke, når barnet er 2 år gammelt.

Eftersom analysen af forældre-barn-samspillet bygger på en sammenligning med meget få kontrolgruppedeltagere, er potentielle effekter svære at estimere, uanset hvilken metode vi anvender. Resultaterne af denne analyse er derfor behæftet med usikkerhed, og vi kan ikke afvise, at et større sample ville have frembragt andre resultater. For mere information om frafaldet, se afsnit 5.4.1.

3.4.1 Refleksioner om forældre-barn-samspillet hos deltagere

Selvom vi er udfordret af et stort frafald i forhold til samspilsoptagelser, er det stadig et relativt stort datamateriale på 124 optagelser, som vi har kodet. Videoerne er primært fra MTB-familier (104 svarende til 84 %), mens der er 20 videoer fra kontrolfamilier. Når vi ser på tværs af alle samspilsoptagelserne (både MTB og kontrol), er der nogle overordnede ting, vi har noteret os i forældre-barn-samspillet.

Samlet set er langt de fleste optagelser af mor og barn, mens der er enkelte optagelser med far og barn, med mor, barn og søskende 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 nogle mødre, fx i form af 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 tanker om godt samspil bliver forstørret i sådan en optagelse – at de fx laver mere puslespil eller bringer endnu mere nyt legetøj ind i legen, end de ellers ville have gjort.

Ligesom i samspillene, da børnene var 1 år gamle, ser vi generelt mødre (og fædre), der udstråler varme og engagement over for barnet, og det er tydeligt, at de gør deres bedste. En stor del af optagelserne er præget af et fint samvær imellem forælder og barn. Den gennemsnitlige score for gensidighed i dyaden er således på 3,86 på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst (se gennemsnitsscorer nederst i tabellen i Bilag 4). Dog har vi noteret os, at der i langt de fleste optagelser ikke er megen fysisk kontakt imellem forælder og barn i form af berøring, kram eller kys. Dette kan skyldes, at børnene er blevet lidt ældre, og at de i mange optagelser sidder ved et bord på hver sin stol.

Børnene er blevet væsentligt mere aktive i samspillet nu, hvor de er blevet 2 år gamle. Langt de fleste børn er positive i samværet med forælderen og tager initiativ til aktiviteter og interaktion. Dette kommer til udtryk i den gennemsnitlige score for involvering, der er 3,68 på en skala fra 1-5, hvor 5 er bedst. Der er også kommet mere kommunikation imellem forælder og barn, da barnets sprog er blevet mere udviklet.

Det er også tydeligt, at børnene er fyldt 2 år og er blevet mere selvstændige. Langt de fleste børn siger bestemt "nej" på et tidspunkt i løbet af optagelsen. Dette er en del af den normale udvikling, og vi ser det derfor som positivt, at børnene udnytter muligheden for at udtrykke sig. I langt de fleste tilfælde håndterer forældrene barnets ønske om indflydelse og selvstændighed på en fin måde.

Vi ser stadig nogle forældre, der har en tendens til at styre og kontrollere legen. Disse forældre vil typisk gerne have, at tingene bliver gjort "rigtigt", hvilket fx ses ved, at togbanen skal hænge sammen, før man må køre på den, eller at brikkerne til et vendespil skal passe sammen, og man skal tage en ny brik op, når man har fundet et par. Hvis barnet udfører legen på en anden måde, fx ved at begynde at køre med tog på enkelte skinner, at tage en ny brik i vendespillet, før makkeren til den første brik er fundet, eller at begynde at bruge toget eller brikkerne til noget helt andet, så prøver disse forældre at få barnet tilbage på rette spor i forhold til, hvordan de har planlagt legen. De er således mere optaget af, at legen udføres "rigtigt" end i at følge barnets initiativ og engagement.

I disse samspil bliver barnet ofte mere passivt, da forældrene i højere grad sætter retningen for legen, og der ikke bliver givet tid og rum til barnets input og initiativ i legen. I de fleste af disse samvær er stemningen positiv, og forælderen er generelt meget opmærksom på barnet, men det opleves som, at barnet ofte følger forælderen og følger anvisningerne. Det samlede gennemsnit for forældres påtrængenhed er 1,95 på en skala fra 1-5, hvor 1 er ingen påtrængenhed, og 5 er konstant påtrængenhed.

Samlet set er det vores oplevelse, at rigtig mange samspil er præget af, at forældrene er i stand til at være en tryk base for barnet, når det har brug for det, og støtter dem fint i forhold til at udforske og lære. Begge dele er centrale i forhold til at være en sensitiv forælder. Den gennemsnitlige score for sensitivitet er 3,41 på en skala fra 1-5, hvor 5 er meget sensitiv. Vi har også kodet sensitivitet efter Ainsworths skala, hvor de i gennemsnit scorer 6,45 på en skala fra 1-9, hvor 9 er meget sensitiv. Vi ser samtidig, at vi finder meget lidt negative tilstande i samspillet, da den gennemsnitlige score for negative tilstande er meget lav – 1,32 på en skala fra 1-5, hvor 5 er meget negativ tilstand.

Det tyder derfor på, at de forældre, hvorfra vi har modtaget samspilsoptagelser, er kendetegnet ved at være sensitive forældre over for deres 2-årige barn på trods af

de sårbarheder og udfordringer, som vi ved, at de har med i bagagen. Dette passer godt med principperne i MTB, der netop har fokus på at støtte forældrene i at være sensitive over for barnets behov.

Det er muligt, at de fine samspil i MTB-familierne, når børnene er 1 og 2 år gamle, er et resultat af MTB-forløbet. I den samlede analyse ser vi dog ikke nogen forskel til samspillet i kontrolfamilierne. Vi har meget få optagelser fra kontrolfamilier, og det er muligt, at det er de mere velfungerende kontrolfamilier, der har valgt at lave en optagelse. Dette kan dog også sagtens være gældende for MTB-familierne, hvor vi har optagelser fra 57 %. Vi ser ikke nogen bekymrende forskelle imellem MTB- og kontrolfamilierne, der har indleveret samspilsoptagelser. Vores vurdering er derfor, at kontrolgruppen fortsat er velegnet til analyserne.

Vi kan naturligvis ikke vide, hvordan samspillene vil se ud for den halvdel af deltagerne, som vi ikke har modtaget samspilsoptagelser fra. Desuden er samspillet optaget under fri leg, hvilket kan have bidraget til de høje scores. Det er muligt, at resultaterne havde været anderledes, hvis vi havde observeret dem i en mere udfordrende situation (som fx oprydning) eller en situation, hvor barnet var ked af det. Af etiske årsager valgte vi udelukkende at optage fri leg, da det har været rigeligt udfordrende for familierne overhovedet at lade sig filme.

3.5 Resultater i forhold til anbringelser

MTB-forløb igangsættes under graviditeten og har til formål at forebygge mere indgribende indsatser som fx 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 evalueringen. Af etiske og praktiske hensyn udgår familien af evalueringen, 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.

Ifølge VIVEs oplysninger er i alt 12 børn (5 %) fra de deltagende familier blevet anbragt uden for hjemmet. De fordeler sig, som det fremgår af Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Fordeling af antallet af anbringelser i MTB- og kontrolgruppen

	Ikke anbragt		Anbragt
	N	N	%
MTB	178	5	2,7
Kontrol	66	7	9,6
Total	244	12	256

Anm.: N = 256.

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

Vi har udført to forskellige analyser for at undersøge forskellen i anbringelser mellem børn i kontrolgruppen og børn i MTB-gruppen.

Først anvendte vi en Chi2-test til at analysere antallet af anbringelser. Her fandt vi, at der var en signifikant højere andel af børn i kontrolgruppen, der blev anbragt, sammenlignet med børn i MTB-gruppen ((1, N = 256) = 5,492, p = 0,0191). Den relative risiko var 0,29, hvilket betyder, at børn i MTB-gruppen havde en lavere risiko for at blive anbragt.

Derefter undersøgte vi effekten af MTB på anbringelserne ved hjælp af en logistisk regressionsanalyse. I denne analyse kontrollerede vi for andre faktorer, som også kan påvirke risikoen for anbringelse. Her fandt vi en tilnærmelsesvis signifikant reduktion i sandsynligheden for at blive anbragt i MTB-gruppen, svarende til 5,3 procentpoint (-0,053 [-0,117;0,010]; p = 0,099). Den relative risiko var 0,35.

Sammenfattende peger begge analyser på, at børn i kontrolgruppen havde større sandsynlighed for at blive anbragt end børn i MTB-gruppen. Resultatet var signifikant i Chi2-testen (p = 0,02) og tilnærmelsesvist signifikant i logistisk regression (p = 0,099), hvor vi har taget højde for forskelle mellem grupperne fra undersøgelsens start.

Resultatet stemmer overens med vores tidligere fund omkring anbringelser, da børnene var 12 måneder gamle.

Samlet set viser vores analyse, at børn i MTB-gruppen har 3 til 4 gange lavere risiko for at blive anbragt end børn i kontrolgruppen, når de er 2 år gamle (se Figur 3.4).

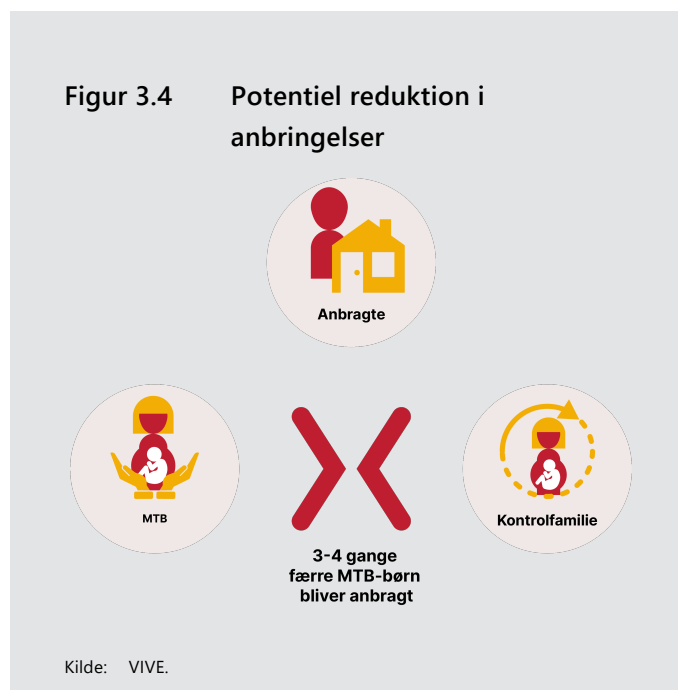
Det betyder, at der i gennemsnit skal tilbydes MTB-intervention til 14,5 familier (i stedet for kontrolbehandlingen) for at undgå, at ét ekstra barn bliver anbragt.

Analyserne skal dog tolkes varsomt, da effekten bliver mindre, når vi kontrollerer for ubalancer mellem MTB- og kontrolgruppen på baseline. Dette kan være tegn på, at noget af forskellen kan være drevet af de små forskelle, vi finder på de to grupper på baseline, og ikke nødvendigvis alene kan tilskrives indsatsen.

Yderligere er analysen baseret på et mindre antal anbringelser, og små forskydninger i antallet af anbragte i de to grupper vil kunne ændre resultatet markant.

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 dog først få helt korrekte data på antallet af anbringelser, når vi laver analyser på registerdata, efter at alle børn er fyldt 2 år, og relevante data er tilgængelige. Vi forventer at denne analyse kan gennemføres i starten af 2026.



3.6 Supplerende analyser af effekten af MTB

Vi gennemfører i dette kapitel forskellige supplerende analyser af effekten af MTB for at undersøge, om forskellige grupper af mødre oplever forskellige effekter af MTB, samt om resultaterne af effektmålingen er robuste i forhold til metodevalg.

Vi laver først en separat analyse af MTB-familierne, hvor vi ser på udviklingen over tid for de udfald, der er målt flere gange. Dette gør vi for at se på, hvordan forældre og børn i MTB-gruppen udvikler sig over tid.

Effektmålingen, som vi har gennemført, er en analyse af gennemsnitlige forskelle mellem MTB- og kontrolgruppen. Det er muligt at overse forskelligartet udvikling,

hvis denne udligner sig i gennemsnit. Derfor undersøger vi i moderatoranalyser, om der er tegn på, at der er forskellige effekter af MTB for forskellige typer af mødre. Vi ser også på, om der er forskel i effekten af MTB i forhold til, hvor meget familierne har deltaget i MTB. Til sidst undersøger vi, hvor robuste resultaterne er under alternative metodevalg og antagelser.

En detaljeret gennemgang af analyserne er i afsnit 5.4.

3.6.1 MTB-gruppens udvikling og trivsel over tid

Vi har undersøgt, om der er nogen systematik i, hvordan MTB-gruppen udvikler sig fra opstart, til barnet er 3, 12 og 24 måneder gammelt.

Analysen kan kun gennemføres på de udfald, der går igen i flere målinger. Vi har gennemført analysen på følgende udfald: Mors trivsel (Warwick), udvikling i symptomer på fødselsdepression (EPDS), mors beskæftigelse og uddannelse, barnets socio-emotionelle udvikling (ASQ:SE2 total score) og forældre-barn samspillet (CIB).

Udviklingen over tid for MTB-gruppen ses grafisk i de tre figurer. Vi har testet for, om der er forskel i gennemsnittet eller i fordelingen af MTB-gruppens besvarelser fra barnet er 12 til 24 måneder. Resultaterne ses i Bilag 9.

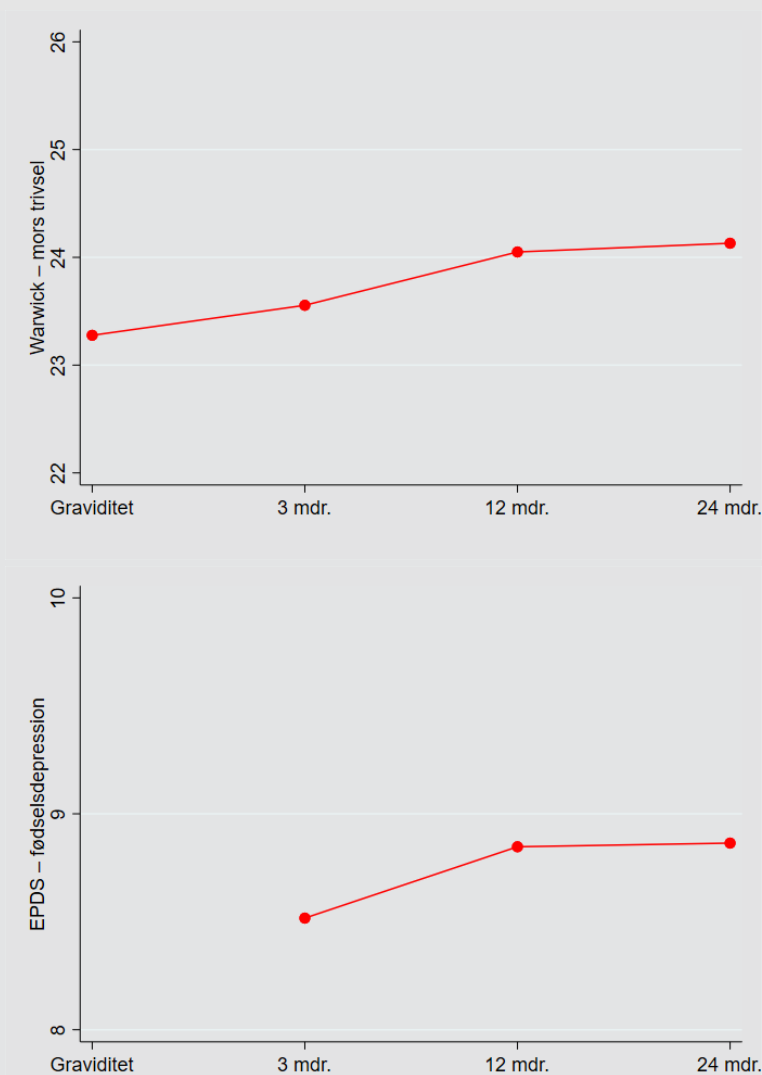
I Figur 3.5 viser vi udviklingen over tid for MTB-mødres mentale trivsel og fødselsdepression. Det ses af figuren, at der er en tendens til, at der for begge udfald er en udvikling, fra barnet er 3 til 12 måneder, men at udviklingen stagnerer herefter. Mødrenes trivsel stiger lidt over tid, men samtidig stiger niveauet af depressionssymptomer også. Dette kan virke selvmodsigende, men måleredskaberne fanger forskellige elementer af trivsel på netop det tidspunkt, som deltageren har besvaret, og det er derfor muligt at opleve modsatrettede symptomer på trivsel.

I perioden, fra barnet er 1 til 2 år, finder vi ikke nogen statistiske forskelle i mors trivsel og depressionssymptomer. Dette siger ikke noget om, hvorvidt de klarer sig godt eller skidt på dette tidspunkt, kun at der ikke er nogen forskel, til da barnet var 1 år gammelt.

I forhold til fødselsdepression har MTB-kvinderne et gennemsnit på 8,8, når barnet er 2 år. Den vejledende cut-off score er 11, men de danske retningslinjer gør opmærksom på, at "en score på 7 eller derover afspejler, at kvinden muligvis har en depression, og den professionelle bør spørge ind til kvindens besvarelse for at afklare, om der er tale om noget forbigående" (Smith-Nielsen & Væver, 2019). Det er således vigtigt, at MTB-klinikerne er meget opmærksomme på symptomer på fødselsdepression hos kvinderne.

Figur 3.5 **Udvikling over tid for MTB-mødres mentale trivsel og fødselsdepression**

De røde prikker angiver gennemsnittet for MTB-gruppen ved baseline, og når barnet er 3, 12 og 24 måneder gammelt. Linjen viser udviklingen over tid.



Anm.: N=118 MTB-mødre, som har deltaget i alle spørgeskemaundersøgelser. For 'mors trivsel' er høj score positivt, mens en lav score er positivt for 'fødselsdepression'.

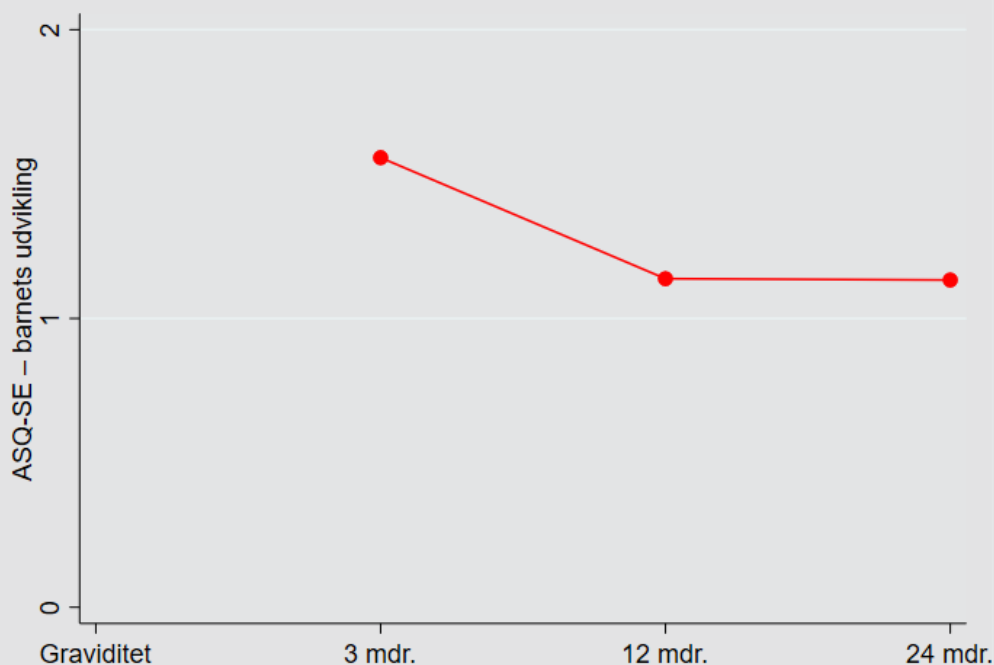
Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

I Figur 3.6 viser vi udviklingen over tid for MTB-børnenes socio-emotionelle udvikling. Det ses af figuren, at barnets socio-emotionelle udvikling forbedres, fra barnet er 3 til 12 måneder, og stagnerer derefter. Vi finder ikke nogen statistiske forskelle i MTB-børnenes socio-emotionelle udvikling, fra de er 12 til 24 måneder.

Igen siger dette ikke noget om, hvor god eller dårlig børnenes udvikling er på dette tidspunkt, kun at der ikke er nogen forskel til, da barnet var 1 år gammelt.

Figur 3.6 Udvikling over tid i MTB-børnenes socio-emotionelle udvikling

De røde prikker angiver gennemsnittet for MTB-gruppen, når barnet er 3, 12 og 24 måneder gammelt. Linjen viser udviklingen over tid.



Anm.: N=118 MTB-mødre, som har deltaget i alle spørgeskemaundersøgelser. Lav score er positivt. Barnets socio-emotionelle udvikling er et gennemsnit af items.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

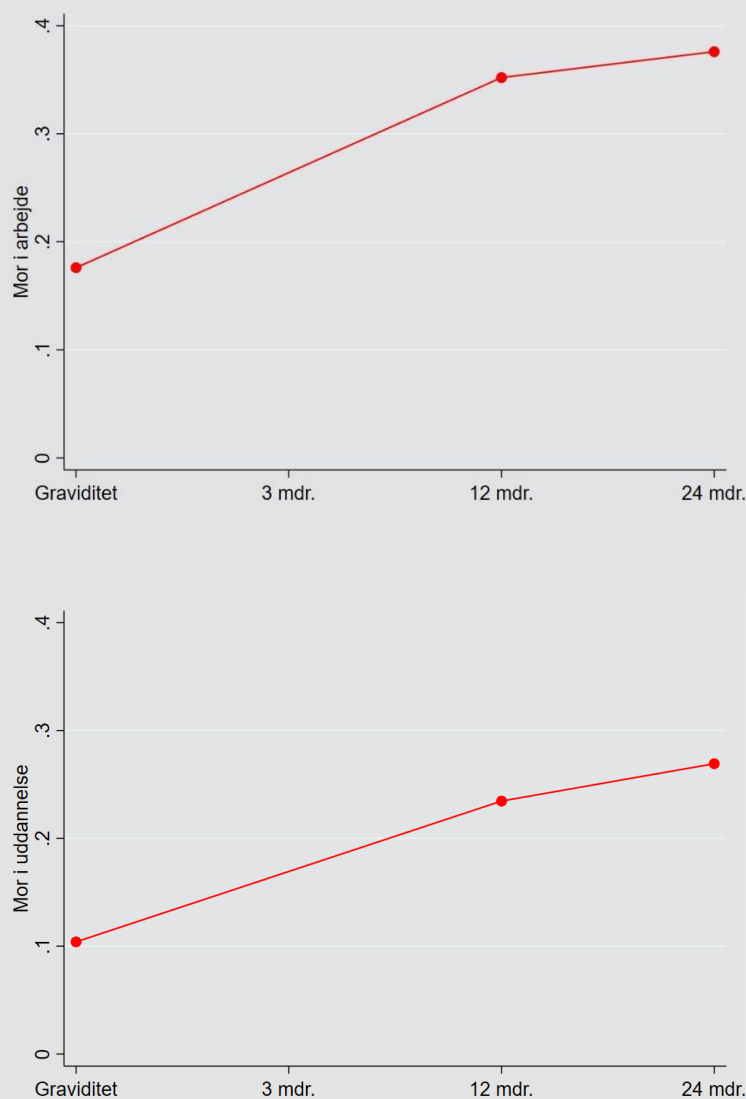
I Figur 3.7 viser vi udviklingen over tid i beskæftigelse og uddannelse for MTB-mødrene. Det ses af figuren, at der er en jævn stigning igennem hele projektet. Andelen af mødre, der er i beskæftigelse, stiger fra 35 % til 37 %, fra barnet er 12 til 24 måneder. Tilsvarende stiger andelen af mødre, der svarer "nej" til at være i arbejde, men "ja" til at være i uddannelse, fra 23 % til 27 % i samme periode. Ingen af ændringerne er statistisk signifikante.

I forhold til status på baseline er MTB-mødrene signifikant mere i beskæftigelse og uddannelse, når barnet er 24 måneder gammelt. Det er vigtigt at være opmærksom på, at vores effektanalyse i afsnit 3.3.1 viste, at der ikke var nogen forskel på beskæftigelse i forhold til kontrolgruppen. Det betyder, at mødrene i kontrolgruppen

også er mere i beskæftigelse, når barnet er 2 år gammelt. Til gengæld fandt vi tegn på, at flere MTB-mødre var i uddannelse sammenlignet med kontrolgruppemødre, når barnet er 24 måneder gammelt. Det ser således ud til, at MTB-forløbet særligt får flere mødre i gang med uddannelse, hvilket er en meget positiv udvikling.

Figur 3.7 Udvikling over tid i andel i beskæftigelse og uddannelse for MTB-mødre

De røde prikker angiver gennemsnittet for MTB-gruppen ved baseline, og når barnet er 12 og 24 måneder gammelt. Linjen viser udviklingen over tid.



Anm.: N=118 MTB-mødre, som har deltaget i alle spørgeskemarunder. Beskæftigelse angiver andelen af mødre, der har svaret, at de var i arbejde, sygemeldt fra arbejde eller på barsels- eller forældreorlov. Uddannelse angiver andelen af mødre, der svarede nej til at være i arbejde og svarede ja til at være studerende eller lærling eller på uddannelsesorlov.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Vi har ligeledes foretaget en analyse af udviklingen i forældre-barn-samspillet i MTB-gruppen, fra barnet er 12 til 24 måneder gammelt. Denne analyse bygger på de 88 MTB-mødre, der har leveret samspilsoptagelse, både når barnet er 1 og 2 år gammelt.

Figur 3.8 viser udvikling i scorer for subskalaerne i CIB over tid for MTB-gruppen. Det ses, at de positive subskalaer, hvor en høj score er positivt, alle ligger relativt højt ved målingen, når barnet er 12 måneder gammelt. Disse positive subskalaer er 'sensitivitet', 'grænsesætning', 'gensidighed', 'involvering' og 'efterlevelse'.

Selvom værdierne lå højt allerede ved 12 måneder, har alle skalaerne bevæget sig yderligere i positiv retning, når barnet er 24 måneder gammelt. For følgende subskalaer ser vi en signifikant eller tilnærmelsesvist signifikant positiv udvikling i gennemsnittet, fra barnet er fra 12 til 24 måneder:

- Sensitivitet (forælder) ($p = 0,03$)
- Gensidighed (dyade) ($p = 0,05$)
- Grænsesætning (forælder) ($p = 0,05$)
- Involvering (barnet) ($p = 0,05$).

Vi ser således en positiv udvikling i det primære udfald, 'forældres sensitivitet', i MTB-gruppen, fra barnet er 12 til 24 måneder. Vi ser ligeledes en positiv udvikling i forældrenes grænsesætning, i den overordnede synkroni i dyaden (gensidighed) og i barnets bidrag i samspillet.

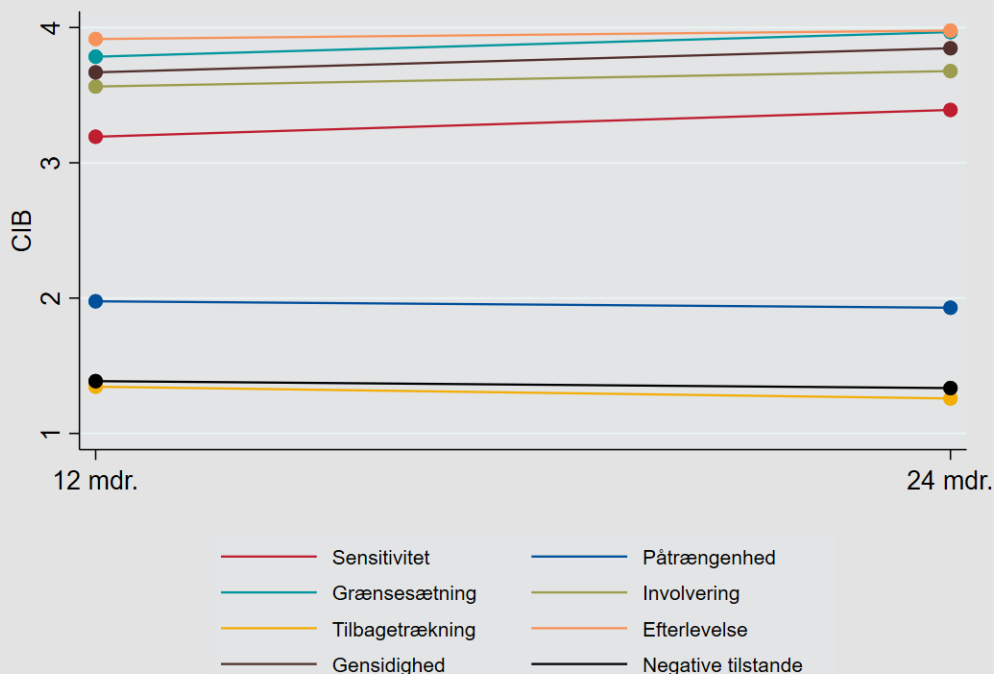
Det er vigtigt at gøre opmærksom på, at vi i effektanalysen ikke ser nogen forskel til kontrolgruppen for disse udfald, hverken når barnet er 12 eller 24 måneder gammelt. Den positive ændring ser således ud til også at finde sted i samspillet hos kontrolgruppen.

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at vi kun har samspilsdata for 88 MTB-familier på begge tidspunkter. Det er muligt, at de familier, der har leveret samspilsoptagelser på begge tidspunkter, adskiller sig fra resten.

For de negative subskalaer, hvor en høj score er negativt, finder vi, at de ligger med relativt lave scorer, når barnet er 12 måneder gammelt. Disse negative subskalaer er 'tilbagetrækning', 'påtrængenhed' og 'negative tilstande'. Alle skalaerne bevæger sig lidt nedad, men ingen af forskellene er signifikante.

Figur 3.8 **Udvikling i forældre-barn-samspillet (CIB-subskalaer) for MTB-gruppen, fra barnet er 12 til 24 måneder gammelt**

Prikkerne viser gennemsnittet, når barnet er 1 og 2 år gammelt, og linjen viser udviklingen over tid. For de øverste fem subskalaer er en høj score positivt, og for de nederste tre er en lav score positivt.



Anm.: N=88 MTB-mødre, som har leveret samspilsobservation, både når barnet er 1 og 2 år.

Kilde: Videomateriale indsamlet af VIVE.

Samlet set finder vi således, at der ikke er nogen signifikant udvikling i MTB-mødrenes mentale helbred, niveauet af fødselsdepression samt barnets socio-emotionelle udvikling, fra barnet er 12 til 24 måneder gammelt.

I forhold til MTB-mødrenes beskæftigelse og uddannelse finder vi en positiv udvikling i forhold til udgangspunktet på baseline, men ikke nogen signifikant ændring, fra barnet er 12 til 24 måneder gammelt.

I forhold til forældre-barn-interaktionen finder vi, at forældrenes sensitivitet og grænsesætning, barnets involvering i samspillet og en overordnet synkroni forbedres i MTB-familierne, fra barnet er 12 til 24 måneder gammelt. Vi ser ingen forskel for subskalaerne 'forældres tilbagetrækning' og 'forældres påtrængenhed' samt 'negative tilstande' i dyaden.

3.6.2 Moderatoranalyser

I effektmålingen fandt vi ingen effekter af MTB på mødrenes trivsel og adfærd eller på forældre-barn-samspelet. Til gengæld fandt vi positive effekter på flere områder af børnenes trivsel og udvikling.

I moderatoranalysen undersøger vi, om der er forskelle på effekten af MTB alt efter mødrenes baggrund.

Moderatoranalyserne bliver udfordret af, at kontrolgruppen er meget lille. Vi havde planlagt en grundig moderatoranalyse, men gennemfører pga. frafaldet kun moderatoranalyser på to udfald. Vi undersøger, om der er forskel på effekten af MTB afhængigt af følgende baggrundskarakteristika:

- Mors alder (under/over 25 år)
- Førstegangsfødende eller flergangsfødende.

Vi undersøger modererende effekter af mors alder, da der i moderatoranalysen, da børnene var 3 måneder gamle, var tegn på, at der var forskel på effekten af MTB i forhold til mors alder. Ligeledes undersøger vi, om effekten modereres af, om mor er førstegangsfødende eller flergangsfødende, da dette kan være relevant viden i forhold til, hvem der skal tilbydes MTB-forløb.

Vi undersøger desuden i næste afsnit, om der er forskel i effekten, alt efter hvor mange besøg MTB-familierne har fået.

Bilag 6 præsenterer resultaterne af moderatoranalysen, hvor vi tester for, om effekten af MTB er forskellig på tværs af grupperne. Her vises estimatet for forskellen i effekt mellem de to grupper samt p-værdien for, om forskellen er signifikant.

Samlet set finder vi få udfald, hvor der er signifikante forskelle. Vi vurderer derfor, at der ikke er systematiske tegn på, at effekten af MTB varierer på tværs af mors alder, eller hvorvidt hun er førstegangsfødende eller flergangsfødende, når børnene er 2 år gamle.

3.6.2.1 Deltagelse i MTB-forløbet

Som tidligere vist er der stor variation i antal besøg, som familier modtager. Vi har derfor undersøgt, om der er forskel i effekten af MTB i forhold til, hvor meget familierne deltager.

Vi har undersøgt, om de MTB-familier, der fuldfører et MTB-forløb (defineret som mindst 45 sessioner), oplever større effekter af MTB end de familier, der ikke har fuldført forløbet.

Resultatet af analysen ses i Bilag 6 og er beskrevet yderligere i afsnit 5.4.3.1.

Når vi sammenligner familier, der har fuldført et MTB-forløb (deltaget mindst 45 gange), med familier, der ikke har, finder vi følgende signifikante eller tilnærmelsesvist signifikante forskelle. MTB-familier med standard eller høj deltagelse oplever således:

- Bedre social kommunikation (barn) ($p = 0,02$)
- Bedre indvilligelse (barn) ($p = 0,04$)
- Bedre tilpasning (barn) ($p = 0,05$)
- Færre peer-problemer (barn) ($p = 0,05$)
- Mere uddannelse (mor) ($p = 0,06$)
- Værre helbred (mor) ($p = 0,07$)
- Dårligere autonomi (barn) ($p = 0,07$)
- Bedre affekt (barn) ($p = 0,09$)
- Bedre social-emotionel udvikling (barn) ($p = 0,09$).

Det ses, at disse resultater er stort set i overensstemmelse med de resultater, vi fandt i hovedanalysen.

Samlet set tyder resultaterne af denne analyse således på, at de positive resultater i forhold til barnets udvikling og mors uddannelse hovedsageligt er drevet af de MTB-familier, der modtager det, der kan karakteriseres som et forløb med standard eller høj deltagelse, da vi ikke ser disse effekter hos familierne, der deltager i mindre end 45 sessioner.

Det samme gælder dog ligeledes for de negative resultater, hvor dårligere helbred hos mor og dårligere autonomi hos barnet også hovedsageligt er drevet af de MTB-familier, der modtager standard eller høj deltagelse, og ikke hos dem, der deltager i mindre end 45 sessioner.

Gruppen med lavere deltagelse omfatter formodentlig en del familier, der er flyttet, eller som tidligt er stoppet med MTB-forløbet. De oplever således ikke nogen positiv effekt af MTB-forløbet.

4 Oplevelser med MTB-forløb

I dette kapitel undersøger vi MTB-klinikernes erfaringer samt fædres oplevelser med MTB-forløb.

I den første rapport gennemførte vi interviews med mødre i slutningen af deres MTB-forløb.

Samlet set fandt vi på tværs af interviews, at forældrene var positive over for MTB-forløbet og oplevede det som en god støtte igennem de første år som forældre. De gav udtryk for, at de oplevede, at åbenhed, inddragelse og god kemi mellem MTB-terapeuter og familie var vigtige elementer for et godt samarbejde og for, at familien kunne få udbytte af forløbet.

Mange forældre gav udtryk for, at de var tilfredse med MTB-forløbet. Nogle efterspurgte fx flere møder, hvor begge MTB-terapeuter er til stede, flere møder, hvor der var aktiviteter (såsom en gåtur med barnevognen), mere kendskab til psykisk sygdom, færre besøg efter det første år samt mere inddragelse af partneren.

Det er således vigtigt at være opmærksom på, at familierne i projektet har forskellige behov, og at MTB-forløbet skal tilpasses til den enkelte familie – både i indhold og i omfang – for at få størst muligt udbytte af forløbet.

I denne rapport har vi ønsket at give stemme til klinikerne, som har arbejdet med MTB i praksis, og til fædrene, som også er en væsentlig del af MTB-forløbet.

4.1 Klinikernes erfaringer med MTB

Formålet med at lave interviews med MTB-klinikerne var at bringe deres erfaringer og oplevelser med indsatsen i spil for at give en dybere forståelse af muligheder og udfordringer ved at udføre MTB i praksis.

For at undersøge MTB-klinikernes erfaringer har vi gennemført 11 semistrukturerede telefoniske interviews med hhv. 8 sundhedsplejersker og 11 familiebehandlere fra 9 forskellige kommuner.

Fordelingen af MTB-klinikerne, der har deltaget i interviews, ses i Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Fordeling af MTB-klinikere, der er interviewet i de ni kommuner

Kommune	Sundhedsplejerske	Familiebehandler
Kommune 1	1	1
Kommune 2	1	2
Kommune 3	1	1
Kommune 4	1	1
Kommune 5	1	1
Kommune 6		2
Kommune 7	1	1
Kommune 8	1	1
Kommune 9	1	1

Kilde: VIVES interviews med MTB-klinikere.

Interviewguide ses i Bilag 1, og detaljer, om hvordan vi har kodet og analyseret materialet, kan ses i afsnit 5.5.1.

I alt 19 klinikere fra 9 ud af de 10 deltagende kommuner har medvirket i interviewene. Nogle af klinikerne har været med i MTB siden 2018, mens andre er kommet til inden for det seneste år.

Antallet af MTB-familier, som de forskellige teams har haft igennem, veksler. Nogle makkerpar har således haft 5-6 familier, mens andre er oppe på 20-25 familier. Nyere MTB-klinikere har naturligvis haft færre forløb, men der er også forskel på, hvor mange familier det enkelte team løbende har i kommunerne (det såkaldte "case load"). Alle teams arbejder omkring halv tid med MTB, et enkelt team lidt mindre med 10-15 timer ugentligt.

Ved hjælp af en tematisk analyse har vi udviklet følgende fem temaer, som vi vil gennemgå efterfølgende:

1. En helhedsorienteret indsats med tid til relationsdannelse
2. Størstedelen af familierne får et positivt udbytte af MTB
3. Forældrenes personlige udvikling, øget mentaliseringsevne og styrket netværk
4. Forudsætninger og barrierer for gode MTB-forløb
5. Terapeuterne ønsker at fortsætte med MTB, men ser også mangler.

4.1.1 En helhedsorienteret indsats med tid til relationsdannelse

Det første, vi stiller skarpt på, er klinikernes beskrivelser af, hvordan MTB adskiller sig fra deres sædvanlige indsatser, herunder hvilke muligheder MTB-indsatsen giver.



Den her langsomlighed. Is i maven. Vi er der hos jer. Vi vil jer gerne. Relationsdannelsen. De kan regne med os.

Sundhedsplejerske
Kommune 3

Alle teams nævner, at en væsentlig forskel er mængden af **tid**, de har til rådighed. MTB-indsatsen stopper ikke efter et par måneder eller et halvt år, som ellers typisk er tilfældet med mange andre indsatser. MTB-forløbet er på forhånd planlagt til at løbe over 27 måneder, hvor klinikerne får lov at møde familierne allerede i graviditeten. At indsatsen strækker sig over så lang en periode, giver ro til at danne en mere tillidsfuld og personlig relation til familierne, hvor klinikerne ikke skal skynde sig med at gennemtvinge forandringer eller *“have jaget eller et eller andet igennem”*, som en sundhedsplejerske fra Kommune 2 beskriver det.

Tre teams nævner tid som en faktor i forhold til at skabe **epistemisk tillid** hos familierne. Epistemisk tillid refererer til den tillid, der opstår, når mennesker oplever, at information fra en anden person er pålidelig, relevant og personligt meningsfuld (Fonagy & Allison, 2014). I en terapeutisk sammenhæng kan det forstås som et tillidsbånd mellem klient og terapeut, hvor klienten åbner sig for ny viden og læring om sin sociale verden gennem dialogen med terapeuten (Fonagy & Allison, 2014).

At skabe epistemisk tillid er særligt vigtig i arbejdet med familier, der har oplevet svære relationelle udfordringer, som kan have skabt usikkerhed og sårbarhed i deres evne til at danne nære og tillidsfulde relationer. Mange af familierne kan være kognitivt lukkede eller dogmatiske i deres tilgang, hvilket gør det vanskeligt for dem at være åbne over for nye perspektiver (Fonagy & Allison, 2014).

Den lange varighed af MTB-forløbet skaber et rum, hvor klinikerne over tid kan opbygge epistemisk tillid ved at tage familiernes subjektive oplevelser alvorligt og give dem plads til at føle sig set og hørt. Dette tillidsbånd er centralt for, at familierne kan integrere de råd og den viden, som klinikerne deler.

Spurgt ind til forskellen mellem MTB og andre indsatser udtaler en familiebehandler fra Kommune 4:

Det er længden, der er anderledes, og det er mere stabilt, ift. at der er lagt en plan, og det er den samme behandler, der er på. Det er langvarigt, stabilt relationsarbejde. Det er den store forskel.

En anden familiebehandler fra Kommune 9 istemmer:

At man har det lange forløb, som gør, at man har bedre tid og måske kan have lidt mere ro med de ting, som man gerne vil nå. Og også mulighed for at følge familiens tempo lidt bedre.

Det at have god **tid** peger flere af klinikerne på giver mulighed for at have mere "is i maven" i forhold til familiernes udvikling. Det bliver muligt at arbejde med én ting ad gangen. Dette er selvom, der måske er flere ting, som bekymrer klinikerne, og der kan være meget på spil i den enkelte familie. Tiden giver rum for en mere langsom og mere langsom forandring. Her tilføjer flere klinikerne, at når forældrene skal lære at blive mere mentaliserende over for deres barn, så tager det tid – mere end bare nogle uger eller måneder.



Du [skal, red.] turde at vente på, at den mentalisering, den kommer til at plante sig i familierne over tid, og ikke tro, det er noget, du kan sådan haste igennem.

Familiebehandler
Kommune 6

Og klinikerne oplever, at forandringerne kommer. Tiden og roen giver rum til, at familierne kan tage små skridt, fortæller en sundhedsplejerske fra Kommune 3:

Altså, vi behøver ikke at arbejde med det hele lige fra dag 1. Vi kan koncentrere os om at få skabt det her tillidsbånd, som er vigtigt i forhold til den videre proces med familien (...) Og det kan vi mærke, at det virkelig har en god effekt på familierne. Det her med, at vi kan tage de små skridt.

For en familiebehandler fra Kommune 1 betyder den langvarige indsats også, at de som team får mulighed for at støtte familierne på en anden måde, end de ellers kan, fordi de netop har tiden til at komme nærmere ind på familierne. Det, at der er skabt en relation, og at man kommer kontinuerligt i familien, gør, at klinikerne kan handle anderledes, end de ellers kan. Flere teams oplever, at de kan tillade sig at sige flere (svære) ting til familierne, og at det ikke på samme måde bliver taget ilde op, fordi man kender hinanden godt, og familierne har en følelse af, at klinikerne er

med dem. En sundhedsplejerske fra Kommune 7 betegner relationen som bærende for, at "man kan tillade sig at snakke om flere ting, og den gør også, at familierne tør at sige mere".

Klinikerne peger enstemmigt på, at det **tværfaglige samarbejde** mellem sundhedspleje og familiebehandling spiller en afgørende rolle i en mere helhedsorienteret støtte. Dette opleves desuden som endnu en afgørende forskel mellem MTB og andre indsatser, som klinikerne enstemmigt peger på. De fleste deler den opfattelse, at deres fagligheder i høj grad supplerer hinanden. En familiebehandler fra Kommune 3 beskriver det på følgende måde:

Jeg kommer ikke bare som familiebehandler. Og hun kommer ikke bare som sundhedsplejerske, men vi kommer som et team. På den måde bliver vi klædt godt på i viden i forhold til, hvad der lige er brug for. Hvad er der lige på spil i familien nu?

Nogle af klinikerne fortæller, at de i deres kommuner allerede arbejder sammen på tværs af afdelinger, men at MTB har systematiseret den tværfaglige indsats på en sådan måde, at man som team kan træde ind i familierne på mere lige fod. Også selvom familierne i forskellige perioder vil have mere brug for den ene fagperson frem for den anden, som bl.a. en familiebehandler fra Kommune 7 forklarer:

Det er jo meget tit sådan, når de lige har født, så kan det jo tit være sundhedsplejersken, de kalder på (...) Og så kan der være nogle andre perioder, hvor nu er der en hverdag i gang, hvor nu begynder det at tære lidt på parforholdet – så er det måske mig, der er derude og tage nogle samtaler nogle uger i træk og få lidt ro på den front. Men det er vi i tæt dialog med hinanden om hele tiden.

Det tætte tværfaglige samarbejde gør, at flere klinikere oplever, at de har hinanden med i deres separate besøg hos familierne, hvilket styrker følelsen af at være sammen om at løfte opgaven. En sundhedsplejerske fra Kommune 5 siger således:

(...) vi spiller hinanden gode, og familierne til os er gode til at vide, at vi er en enhed med hver vores kompetencer.

Desuden italesætter næsten alle klinikerne muligheden for at tilbyde en mere helhedsorienteret støtte til familien. Teamet har vide muligheder for at støtte familierne i forhold til andre dele af systemet, som familierne ofte også er i kontakt med. Eksempler, der nævnes, er fx at hjælpe forældrene med at ringe til lægen, skrive til jobcenteret eller sidde med til møde med sagsbehandleren.

Opsummerende kan siges, at MTB opleves som en mere helhedsorienteret indsats, hvor det tætte tværprofessionelle samarbejde giver klinikerne nogle andre muligheder end de sædvanlige kommunale indsatser. Desuden får de flere faglige perspektiver, de kan bruge ind i familierne. Samtidig spiller mængden af tid en afgørende rolle i forhold til at skabe holdbare relationer til familierne, og det gør det muligt at understøtte forældrene i et langsomt forandringsarbejde, der i sidste ende kommer familien til gode.

4.1.2 Størstedelen af familierne får et positivt udbytte af MTB

Overordnet står det tydeligt frem, at de 19 adspurgte klinikere vurderer MTB som en indsats, der i udgangspunktet giver familierne et positivt udbytte. Det nævnes især, at MTB-børnene trives og udvikler sig godt. Dog er der også enighed om, at **udbyttet varierer** fra familie til familie – nogle får rigtig meget ud af det, mens andre måske ikke får lige så meget ud af det. Teamet fra Kommune 9 sætter tal på. De mener, at ca. 3 ud af 4 familier får et positivt udbytte. En familiebehandler fra Kommune 3 fortæller:

Der er nogen, vi har syntes, der har rykket meget, og nogen der har måske rykket knap så meget. Men vi synes faktisk alligevel, at de har fået i hvert fald måske en anden tillid til systemet og det at række ud med.

For de mest udfordrede familier opfattes MTB af mange klinikere som en indsats, der holder hånden under familierne og om ikke andet hindrer, at der sker en forværring. I nogle tilfælde kan et team opleve at være mere bekymret for et barns udvikling og trivsel end barnets forældre, men her er der positive erfaringer med, at de formår at bevare et godt samarbejde. En familiebehandler fra Kommune 4 spørger sin makker, om hun tror, en af deres familier hellere ville have været foruden MTB. Fra start var familien meget udfordret, og bekymringen for barnet voksede efter de første 3 måneder. Til dette svarer makkeren:

Nej, jeg tror ikke, de hellere har været foruden. Altså, jeg tror, igen det her med det langsommelige arbejde i at være i relation med de her familier har haft en kæmpe betydning for dem, og det der med, at vi er gået med til møder og undersøgelser med dem, har været en kæmpe støtte. Og det er jo noget, jeg tænker, de tager med sig videre. At man kan godt stole på myndighederne. Der kommer ikke nogen og fjerner vores barn, når vi selv rækker hånden ud efter hjælp. Heller ikke selvom, vi er mindre bekymret, end systemet er.

Der er også erfaringer med familier, som afbryder deres MTB-forløb. Klinikerne mindes, at de fleste afbrydelser skyldes naturlige årsager som fx flytning til en anden

kommune. Andre familier stopper i MTB efter en rum tid, fordi det går dem rigtig godt, og de ikke længere mærker et behov for at fortsætte. I sjældnere tilfælde er der dog familier, som må stoppe med MTB, fordi de har brug for en mere intensiv indsats. De fleste teams fortæller, at de har haft ingen eller ganske få (1-2) anbringelser.

Når klinikerne reflekterer over, hvorfor nogle familier får mere ud af MTB end andre, så peger de næsten alle på, at det handler om, hvorvidt familien er et godt match til indsatsen eller ej. Et dårligt match kan skyldes, at familierne er for dårligt fungerende. Dog er der også familier, som ser "tunge" ud på papiret, der formår at udvikle sig rigtig positivt i løbet af MTB, fortæller flere af klinikerne. Her benævnes især **motivation for at deltage** som afgørende, og hvis begge forældre er inde i billedet, er udbyttet også bedst, hvis de begge er lige engagerede.

Ydre omstændigheder har også noget at skulle have sagt i forhold til familiernes udbytte af MTB, peger en sundhedsplejerske fra Kommune 1 på:

Jeg kan bare ikke komme i tanke om nogen, der har fået et negativt udbytte af MTB, men hvor livet har ramt undervejs på en eller anden måde.

Dette team havde fx en familie, som havde en bilulykke inde på livet, der efterfølgende gjorde det svært. Så da familien skulle afsluttes, var det et lidt skidt sted sammenlignet med, hvordan det havde set ud 3 måneder tidligere. På den måde kan der være omstændigheder ved familiernes liv, som ingen er herre over, der også påvirker udbyttet af MTB, fortæller teamet.

Familierne i MTB er netop ikke fritaget for begivenheder som dødsfald, sygdom, skilsmisse og andet, der kan have indflydelse på familiens udvikling og trivsel. Dog betragter klinikerne i de fleste tilfælde fortsat MTB som en understøttende indsats, der kan hjælpe forældrene til at tackle svære livsomstændigheder på bedre vis og samtidig vedholde at mentalisere deres børn. En familiebehandler fra Kommune 4 fortæller:

Noget af det, vi har hjulpet familierne rigtig meget med, det er det her med og få ro på sig selv og de ydre omstændigheder, så de rent faktisk er i stand til at få øje på, hvordan har mit barn det? Hvad har mit barn behov for? Og det tror jeg ikke, at de vil have haft samme mulighed for, hvis de ikke havde fået MTB.

Denne udvikling af forældrenes kompetencer, som klinikerne ser, vil vi zoome nærmere ind på nu. I afsnit 4.1.5 belyses klinikernes oplevelser af, hvad for nogle forudsætninger og barrierer der er i forhold til at skabe gode MTB-forløb med familierne.

4.1.3 Forældrenes personlige udvikling, øgede mentaliseringsevne og styrkede netværk



(...) det er dér, Minding the Baby virkelig har sin gang på Jorden, fordi at forældrene bliver altså på en eller anden måde mere kompetente og klogere på dem selv ved, at vi lader dem tænke selv frem for at komme med 117 gode forslag.

Familiebehandler
Kommune 2

Klinikerne fortæller uddybende om færdigheder, de ser, forældrene erhverver sig i løbet af de 27 måneder, MTB-forløbet varer. Måden, hvorpå MTB er organiseret, italesættes som særligt hjælpsom, fordi der er fokus på, **at forældrene selv skal finde løsningerne**. I stedet for at blive guidende spørger klinikerne ind til; hvad tror du, der sker i dit barn, når du gør det her. På den måde hjælper MTB-indsatsen forældrene til at få *"den der øgede opmærksomhed for deres rolle og stemninger, deres alarmberedskab, deres nervesystem – hvilken indvirkning har det på vores lille barn?"*, som en familiebehandler fra Kommune 2 formulerer det.

Flere af klinikerne ser netop, at denne evne til at sætte sig i deres børns sted forbedres hos forældrene over tid. Mange teams oplever ligeledes, at de ser en **øget tiltro til egne forældreevner**. En familiebehandler fra Kommune 1 siger:

Det hjælper dem, at de kan selv. Altså, de kan selv, når vi slipper dem, så kan de mere eller mindre selv, og ellers så ved de, hvordan de skal få hjælp. De er ikke så "lost" i systemet. Der er ikke nogen, der har været inde og sige: "Gør sådan, gør sådan, gør sådan", og når sådan en stemme stopper, så stopper det hele.

I forlængelse nævnes i over halvdelen af interviewene, at MTB også er en indsats, der giver familierne **en større tiltro til systemet**, og det, at man faktisk kan få hjælp, hvis man henvender sig. Her bliver relationen mellem klinikerne og forældrene igen afgørende i forhold til at give dem nogle andre erfaringer med at reparere relationer. Her fortæller et par klinikere, at de har oplevet små brud i deres relation til familierne, og at det har været vigtige eksempler på, hvordan man kan reparere igen. En sundhedsplejerske fra Kommune 4 ser dette som en stor forandring for familierne:

(...) og så tror jeg bare i det hele taget det her med at give dem nogle alternative erfaringer med at være i relationer. Det er for mig det mest forandrende, tror jeg altså. Mange af dem kommer jo med – det gør vi jo alle sammen – vi kommer alle sammen med forskellige erfaringer fra at have været i relationer. Men mange kommer med mange erfaringer med at være i brudte relationer, og det at være i relation til os, og den kan også godt brydes kortvarigt, men at vi er assisterende i forhold til at være reparerende.

Samtidig arbejder klinikerne for at styrke relationerne og netværket omkring familierne, så de har nogle at læne sig op ad, når MTB ophører. En familiebehandler fra Kommune 7 fortæller:

Vi bruger faktisk også meget tid på at hjælpe dem med at reparere de ødelagte relationer, der kan være i en familie. Også hvorfor gik det galt, og hvad kan vi – og få det repareret igen. Det kan faktisk godt lade sig gøre.

Som led i at give forældrene nogle **alternative erfaringer med relationer** står det også centralt, at mange af klinikerne oplever, at konflikter og samtaler i forhold til parforholdet fylder meget for forældrene. Også her er de meget inde og støtte op om forældrene i forhold til at styrke parforholdet og forebygge brud: "Altså jeg tænker virkelig også, at vi er med til, at der faktisk undgås nogle skilsmisser" forklarer en familiebehandler fra Kommune 2. Mange af de andre klinikere nævner også parforholdet som noget, der fylder i samtalerne med forældrene – dette også, hvis forældrene splitter op.

Samtaler om parforholdet var også et vigtigt område, der blev nævnt af MTB-familierne i den første MTB-rapport. Det fremgår også af fædrenes oplevelse af MTB i afsnit 4.2.

4.1.4 Forudsætninger og barrierer for gode MTB-forløb

På baggrund af klinikernes oplevelser med MTB-familierne er der nogle forudsætninger, der er centrale i forhold til at opnå gode MTB-forløb. Alle teams nævner **vi-sitation som en afgørende forudsætning** for et positivt udbytte, fordi det ikke er alle slags familier, som MTB-indsatsen passer til. Familierne skal som udgangspunkt kunne se sig selv i formatet med de ugentlige besøg, og de skal være motiverede for at deltage. Samtidig gælder også, at familierne ikke må have for komplicerede problemstillinger. Der skal helst være en eller anden form for grundlag for at kunne videreudvikle på forældrenes mentaliseringsevne. Her står **barrierer som svær psykisk sygdom, kriminalitet og misbrug** centralt, da disse udfordringer kan gøre det

svært at arbejde konstruktivt med familierne. En håndfuld af klinikerne fortæller netop, at de familier, hvor MTB har mødt mest modstand, har været familier, hvor der har været misbrug.

En anden vigtig forudsætning for gode MTB-forløb, fortæller klinikerne næsten enstemmigt, er **den tidlige indsats**, hvor de allerede får lov at møde familien i graviditeten. Det giver anledning til at få bygget en tryk og god relation op inden fødslen, hvorefter fokus i langt højere grad er på barnet og dets behov. Her nævner flere af klinikerne, at de mærker en forskel, når de kommer for sent ind i familierne og måske kun har mødt dem én eller to gange før fødslen. Da tager det længere tid at opbygge en relation til familien.

Ligesom motivation for at deltage er blevet nævnt flere gange som en forudsætning for et godt udbytte af MTB, så er **manglende motivation** omvendt en barriere. Hvis familierne ikke selv har valgt at deltage eller ikke selv kan se, at de har behov for ekstra støtte, kan det udgøre en barriere for klinikere i forhold til at komme tæt på familierne, idet de mødes med mere modstand end i de familier, hvor motivationen for at deltage er høj.

4.1.5 Terapeuterne ønsker at fortsætte med MTB, men ser også mangler

Alle de deltagende klinikere udtrykker, at de er glade for at arbejde med MTB, og at de gerne vil fortsætte med at arbejde som MTB-klinikere. Mange af dem roser indsatsen i dens originale form. Samtidig er der også forslag til, hvordan den kan forbedres. En enkelt kliniker er glad for indsatsen og de redskaber, der følger med, men mener samtidig, at der skal være nogle supplementter til MTB, der kan tages i brug ved behov. Hun nævner flere fælles besøg før graviditeten som en mulig forbedring. Modsat oplever en stor del af klinikerne, at MTB netop udgør en god rammesætning for et tværprofessionelt samarbejde, der samtidig rummer en fleksibilitet i forhold til at kunne justere på antal besøg og tilpasse indsatsen med andre redskaber.

Enkelte teams har oplevet, at indsatsen af forskellige årsager er blevet skåret ned til et kortere forløb. Det ser de som et stort tab, netop fordi meget af udviklingen i familierne sker langsomt over de 27 måneder, som det originale format tilskriver. Dette er i tråd med, hvad nogle andre klinikere udtrykker omkring stoptidspunktet for indsatsen. De oplever, at det er et meget sårbart tidspunkt, de slipper familierne på. Omkring 2-årsalderen sker der så meget, og de problemer eller konflikter, der kan opstå i forhold til barnet, bliver mere komplekse. Derfor savner de mere tid. Et andet team nævner, at de ønsker et endnu større fokus på involvering af fædre.

Til sidst beskriver mange klinikere, hvordan de oplever, at MTB er med til at give deres arbejde et fagligt løft. Her spiller supervision og uddannelse en afgørende rolle, og mange udtrykker, at det vil være meget ærgerligt, hvis der bliver skåret i dette, da det er forudsætningen for god tværfaglig sparring og faglig udvikling. Klinikerne giver udtryk for, at MTB kan være hårdt at arbejde med, fordi de bliver så involverede i familierne, og at det kræver meget af dem personligt. En sundhedsplejerske fra Kommune 3 forklarer:

(...) det er hårdt arbejde, det er det, og man er meget sådan på reguleringsarbejde, og det kræver jo, at man også er, hvad skal man sige, at man selv er reguleret.

Samtidigt opleves indsatsen som ekstremt givende både for familierne og for MTB-klinikkerne. En sundhedsplejerske fra Kommune 4 fortæller:

(...) det er jo en af de arbejdsopgaver, jeg holder mest af. Og jeg synes, den er altså fagligt virkelig tilfredsstillende – ja, sådan et tæt samarbejde med familiebehandleren er virkelig fagligt udviklende for mig altså. Meget tilfredsstillende.

4.2 Fædres oplevelse af MTB

I dette afsnit beskriver vi fædrenes oplevelse af MTB-forløbet baseret på graviditetsinterviews og interviews foretaget i slutningen af MTB-forløbet.

I den første rapport præsenterede vi mødres oplevelser af MTB-forløbet. Da den danske version af MTB har et stort fokus på at inddrage fædre, har vi her gennemført interviews med fædre for at få et indblik i deres forventninger til faderskabet og deres perspektiver i forhold til MTB-forløbet.

Viden om fædrenes forventninger til faderskabet og deres oplevelse af MTB-forløbet er vigtig for at sikre, at MTB-forløbene også er relevante for fædrene.

Kapitlet er baseret på analyser fra et speciale udarbejdet i et samarbejde mellem to specialestuderende fra Aarhus Universitet og VIVE. Afsnittet er en opsummering af de mest relevante pointer fra specialet (Ravnholt & Jensen, 2023).

Data består af følgende:

- 10 graviditetsinterviews med MTB-fædre foretaget af MTB-teamet under graviditeten eller kort efter fødslen

- Seks interviews med MTB-fædre i slutningen af eller efter forløbets afslutning udført af de to specialestuderende.

Flere detaljer om interviews ses i afsnit 5.5.2, og interviewguide for de seks interviews ses i 0.

I afsnittet kommer vi først ind på, hvilke forventninger fædre har til faderskabet. Denne analyse er baseret på de 10 graviditetsinterviews. Der er gennemført i alt 82 graviditetsinterviews med fædre.

Derefter undersøger vi fædrenes oplevelse af deres rolle i familien samt deres oplevelse af MTB-forløbet baseret på de seks interviews. Afsnittet behandler erfaringer med MTB-forløbet og inkluderer derfor kun fædre, hvis familie har gennemført et MTB-forløb. Fædre har også kunnet deltage i spørgeskemaundersøgelsen. Når børnene er 2 år gamle, har i alt 41 fædre besvaret spørgeskemaet. Vi har gennemført interviews med seks af disse fædre.

4.2.1 Forventninger til faderskabet – graviditetsinterview

I graviditetsinterviewet bliver de kommende forældre spurgt til deres forventninger til rollen som far og herunder, hvordan forholdet har været til deres egne forældre.

Flere af fædre beretter, at deres egen far ikke var tilstede i deres barndom. 9 ud af 10 fædre fortæller, at de selv har haft et bedre forhold til deres mor end deres far. Fraværet af egen far har præget, hvordan fædre selv ønsker at være far for deres børn. En far udtaler:

Det ved jeg ikke, for jeg har sgu ikke haft så meget at gøre med min far i min barndom. Jeg ved da, han altid gerne har villet passe på os, men han har bare altid arbejdet og aldrig haft tid til os. Og det er nok noget af det, der irriterede mig mest. Jeg tror, det er derfor, at jeg ikke skal arbejde for meget, jeg skal have tid til mine børn. Det er et punkt, jeg vil være anderledes end min far.

Flere af fædre giver udtryk for, at de ønsker at være far på en anden måde, end hvad de selv har oplevet i deres barndom. For faren i citatet kommer det til udtryk ved, at han ønsker at arbejde mindre, så han i stedet kan være fysisk tilstede for sit kommende barn. Netop det at være tilstede i børnenes liv er noget, flere af fædre giver udtryk for, at de ønsker. Desuden peger flere fædre på, at de gerne vil "give barnet tryghed" og opmærksomhed. Og det vigtigste for en far er:

Det er nok at give dem en god opvækst og opdrage dem på en sund og fornuftig måde.

Der ses også en ændring i fædrenes prioriteter. Det kommer til udtryk i det første citat, hvor faren ønsker at arbejde mindre. Ændringer i prioriteterne kommer ligeledes til udtryk i et andet graviditetsinterview foretaget kort efter fødslen af en fars tvillinger:

Altså nogle gange har jeg lige skullet vænne mig til, at alt var anderledes, altså på alle måder. Men det er også dejligt, jeg elsker de her to små børn over alt på jorden. Men nogle gange er det bare underligt at lægge sit liv fuldstændig om. Havde jeg ikke fået børn, så havde jeg da stadig levet sådan et liv, hvor jeg bare havde boet på et hotel eller et eller andet og kørt rundt i smarte biler og sådan nogle ting.

Fædrene giver under graviditetsinterviewene ikke udtryk for, at de bekymrer sig om at skulle være far. Når de bliver spurgt direkte ind til bekymringer om faderskabet, fortæller de, at det primært var noget, de tænkte over i starten af graviditeten. Fædrene udtrykker i stedet glæde over graviditeten og det kommende barn. De bekymringer, de havde, handlede om barnets udvikling i maven, som forsvandt efter de første scanninger.

I graviditetsinterviewene kommer det til udtryk, at fædrene oplever, at deres relation til barnet under graviditeten er svagere end morens relation til barnet, da de ikke selv oplever, at de kan mærke barnet på samme måde. En far udtaler:

Jeg har nok ikke samme relation til ham endnu, ligesom hun har. Jeg kan kun sidde og snakke til maven.

Alligevel peger flere fædre på, at det var "den lykkeligste dag" i deres liv, da barnet blev født.

Fædrene giver ligeledes udtryk for, at de ser moren som den primære omsorgsperson i den første tid efter fødslen, hvilket bl.a. tillægges det, at moren kan amme. Flere af fædrene lægger derimod mere betydning til deres rolle senere i barnets liv, hvor de bedre kan indgå i aktiviteter og leg. Dette ses ved, at fædrene vender tilbage til ting, som de kan lave med barnet, når det bliver større. En far udtaler fx:

Jeg håber, at han bliver én, man kan løbe og lege med, men det kommer an på, hvad han kan lide.

Graviditetsinterviewene viser dermed, at fædrene har både forventninger og forhåbninger til deres kommende faderrolle. De ser frem til den, og de ønsker at være til stede for barnet og tilbyde dem en anden opvækst, end de selv har haft. Omvendt anser de samtidigt moren som den primære omsorgsperson for barnet i både graviditeten og i tiden efter fødslen, hvor de tillægger det at bære og mærke barnet samt amning stor betydning for relationen og dermed tilknytningen til barnet. Dog håber de på at få en større rolle i barnets liv i takt med, at barnet bliver ældre.

4.2.2 MTB-fædrenes oplevelse af egen rolle i familien og af MTB-forløbet

Der indgår seks fædre i interviewene ved MTB-interventionens afslutning. De seks fædre har ret forskellige livssituationer i forhold til beskæftigelse og samliv med moren:

- Tre fædre har fast arbejde, mens moren går hjemme eller er på nedsat tid grundet sygemelding, overførselsindkomst eller flexjob.
- En far er førtidspensionist, mens moren til barnet går på arbejde.
- To fædre bor ikke sammen med moren til barnet. Den ene far går i skole, ligeledes går moren i skole. Den anden far har fuldtidsjob, og moren er på barsel med deres andet barn.

4.2.2.1 MTB-fædrenes oplevelse af egen rolle i familien

De seks fædre, der indgår i interviewene ved MTB-interventionens afslutning, har forskellige oplevelser af deres rolle i familien.

For hovedparten af de fædre, der bor sammen med moren til deres barn, er der en klar arbejdsfordeling mellem dem og deres partner. Familiens hverdag er struktureret således, at fædrene "står tidligt op" og "går på arbejde", mens det er mødrene, der "tager sig af hjemmet" og "henter" børnene. Fædrene giver udtryk for, at familiens livssituation gør, at de får en rolle som den primære forsøger, mens deres partnere varetager husholdningen. Dette kommer til udtryk i denne fars udtalelse:

Og så er der den vigtige ting, jeg går på arbejde og tjener penge, for at vi kan få hverdagen til at hænge sammen.

For de fædre, der ikke bor sammen med deres barn, er deres rolle som far påvirket af, at de må integrere sig i morens og barnets dagligdag. En far udtaler:

Jamen, når jeg besøger ham [barnet, red.], så plejer vi at gøre sådan, at hun [moren, red.] ikke er der så meget. Enten er vi hjemme ved hende i hendes lejlighed, så sidder jeg inde i stuen og leger med ham og laver en masse ting med ham, og så er hun for det meste inde på værelset og laver lektier eller noget.

Familiernes forskellige strukturelle forhold påvirker, hvordan og i hvilket omfang faderen kan være en del af hverdagslivet i familien og tilbringe tid med barnet. Dette afspejles også i, hvor længe fædre har taget barsel, som igen varierer fra familie til familie afhængigt af deres erhvervsituation.

Flere af fædre giver på samme måde som i graviditetsinterviewene udtryk for, at de opfatter moren som den primære omsorgsperson i starten af barnets liv og står lidt på "sidelinjen".

Netop denne opfattelse medfører, at nogle af fædre har svært ved at se, hvad deres rolle i forældreskabet er, og de føler sig "utilstrækkelige". De kan ikke se, at de rigtig kan "bruges" til noget.

Fædre giver udtryk for, at de ser frem til, at børnene bliver ældre, så de i højere grad kan lege med dem og "bruges" til noget værdifuldt. Fædre giver dermed på samme måde som i graviditetsinterviewene udtryk for, at deres rolle som far bliver mere fremtrædende senere i barnets liv. Denne forståelse understreges af, at fædre bruger ord som "hjælpe til" og "passe på", når de taler om barnet i situationer, hvor de har ansvaret.

Fædres udtalelser viser, at de anser deres rolle som en, der kan passe på barnet midlertidigt eller hjælpe til, indtil moren igen kan tage over. Selvom fædre ud fra interviewene ikke ser sig selv som den primære omsorgsperson, har de alligevel et højt ønske om at være tilstede i barnets liv, fx når barnet har første skoledag eller ved andre store begivenheder i barnets liv.

4.2.2.2 Oplevelsen af MTB-forløbet

Familierne er blevet tilbudt MTB-forløbet på forskellige grundlag. For fire af familierne har det været begrundet i psykiske udfordringer; i tre tilfælde hos moren og i ét tilfælde hos faren. I to tilfælde skyldes det forældrenes unge alder eller ADHD-diagnoser hos begge forældre.

Flere af fædre giver udtryk for, at deres deltagelse i MTB-forløbet primært har været begrundet i morens behov, og at det ikke er noget, de selv "behøver". Fordi

flere af fædrene har den opfattelse, har de heller ikke alle forsøgt at tilrettelægge deres arbejde, så de kunne deltage.

For nogle af fædrene har deres deltagelse været begrænset af, at møderne ofte ligger om formiddagen, hvor de normalt er på arbejde. Derudover har transporttid og skiftende arbejdstider haft en betydning for, om fædrene kunne deltage i møderne, selvom fædrenes indtryk er, at MTB-terapeuterne er fleksible i forhold til planlægning af møder.

To af fædrene giver udtryk for, at de har haft et stort udbytte af MTB-terapeuterne. Den ene har brugt MTB-terapeuterne til individuelle samtaler om både faderskab og parforhold. De to fædre beskriver, at MTB-terapeuterne blev en del af familien for dem. Her beskriver den ene far fx MTB-terapeuterne som en stor ressource for dem:

De har været enormt søde, og for mig har de løst den rolle, som mine forældre burde have løst. Så det var også enormt sørgeligt, da vi var færdige. Vi var meget kede af det, de har været en meget vigtig ressource for os.

At forældrene oplever, at de får en familiær relation til MTB-terapeuterne, stemmer overens med, hvad vi fandt i interviewene med forældrene i den første rapport (Pontoppidan et al., 2023).

Hvorvidt fædrene kan se formålet med interventionen har ligeledes betydning for deres deltagelse. Flere af fædrene beretter, at de havde svært ved at takke ja til forløbet, fordi formålet var uklart for dem. Derudover havde en far og hans partner en bekymring:

Og der var vi da måske sådan lidt, vi tænkte da lidt, om det er sådan noget, hvor man lige pludselig så kommer kommunen, og så fjerner de ens barn. At man ikke lige var så vild efter lige at skulle have dem ind ad døren.

Netop uklarheden omkring formålet og det at lukke kommunen ind i hjemmet fandt vi tilsvarende i exit-interviewene med MTB-familierne i første rapport (Pontoppidan et al., 2023). Et par fædre udtrykte usikkerhed omkring forløbet i begyndelsen, men deres holdning ændrede sig kort efter forløbets start, hvilket igen stemmer overens med tendenserne i første rapport.

Det tyder derfor på, at fædrenes deltagelse er påvirket af placeringen af møderne, der ofte er i samme tidsrum som deres arbejde. Flere af fædrene ser sig selv som forsørger og prioriterer derfor også deres arbejde frem for deltagelse i møderne. Deres deltagelse er ligeledes påvirket af, hvordan de opfatter, hvem MTB-forløbet er rettet mod. Flere af fædrene ser MTB-forløbet som primært rettet mod moren,

hvilket har haft indflydelse på deres deltagelse. Dog ender nogle af fædrene med at have stor glæde af forløbet. Forståelsen for formålet har også betydning for deltagelsen. Fædrene har brug for at forstå, hvad forløbet indebærer, for at de kan finde tryghed i det. Dette gælder især i opstarten af forløbet.

4.2.2.3 MTB-forløbet giver tryghed for fædrene

På tværs af interviewene ser vi, at fædrene oplever MTB-interventionen som en tryghed i form af, at barnets udvikling er blevet fulgt samtidigt med, at de har kunnet stille spørgsmål, hvis der var behov. Dette fandt vi også i exit-interviewene med mødrene i første rapport (Pontoppidan et al., 2023). Det understreger, at fædrene i højere grad fokuserer på barnets udvikling og sundhed og mindre på, hvordan de selv kan anvende MTB-terapeuterne. Dette stemmer overens med opfattelsen af, at MTB-forløbet mest er rettet mod moren, da de oplever, at det er hende, der har udfordringer.

Fædrene giver udtryk for, at det er forskelligt for dem, hvilken værdi sundhedsplejersken og familiebehandleren har for dem. Nogle fædre oplever en værdi i sundhedsplejersken, og andre oplever en stor værdi og tryghed ved familiebehandleren afhængigt af behov.

Det er dermed forskelligt, hvor meget fædrene giver udtryk for, at de har fået ud af MTB-forløbet. Nogle oplever et stort udbytte af MTB-forløbet, mens det for andre fædre primært opleves som en tryghed i forhold til at kunne følge deres barns udvikling. Det manglende oplevede udbytte af interventionen hos nogle af fædrene kan hænge sammen med, at de ser interventionen primært rettet mod moren til barnet, som de samtidig anser som den primære omsorgsperson i barnets første leveår.

I beskrivelsen af fædrene ser vi, at der er stor forskel på, hvilken beskæftigelse og hvilket samliv med barnets mor, de har. Det virker til, at det samme gør sig gældende i forhold til deres behov for besøg af forskellige fagpersoner. MTB-klinikerne kan derfor med fordel være opmærksomme på, at familiernes behov er meget forskellige, hvilket kan betyde, at det kan være meget individuelt, hvilken fagperson de har gavn af at have besøg af, og at det også kan være forskelligt inden for den enkelte familie.

4.3 Opmærksomhedspunkter

På tværs af de tre typer af interviews, vi har gennemført, og den løbende interaktion med deltagere og klinikere igennem evalueringen har VIVE identificeret følgende opmærksomhedspunkter, der fremstår som vigtige i forhold til det videre arbejde med MTB i kommunerne.

- **Motivation hos familien:** Det er væsentligt at sikre, at familien er motiveret for at deltage i MTB-forløbet, da det er svært at fastholde dem over tid, hvis de ikke selv oplever, at det er et forløb, de har brug for.
- **Fokus på træning og supervision:** Det er svært at arbejde med denne slags familier, og det kræver en del af terapeuterne. Det er derfor væsentligt at have fokus på kvaliteten af MTB-forløbet og sikre tilstrækkelig træning og supervision, som klinikerne fremhæver er afgørende for at kunne levere MTB-indsatsen.
- **Fasthold interventionsperioden på 27 måneder:** De positive effekter på børnenes trivsel og udvikling har først vist sig tydelig, efter at børnene er fyldt 2 år. Vi vurderer derfor, at det er væsentligt, at MTB-forløbet gennemføres i sin fulde længde, frem til barnet er 3 år gammelt, frem for at forkorte det. De supplerende analyser viser, at effekterne primært er drevet af familier med standard eller høj indsats, hvilket tyder på, at kortere forløb nok ikke vil give de samme resultater. Klinikerne fremhæver netop den lange periode til at arbejde med familierne som væsentlig, for at de kan opbygge en stærk relation, der kan understøtte en positiv udvikling i familien.
- **Individuelt tilrettelagte og helhedsorienterede MTB-forløb:** Det er afgørende at sørge for, at MTB-forløbene fortsat tilrettelægges individuelt for hver familie og er en helhedsorienteret indsats, således at der tages højde for den enkelte families behov. Interviews med familier viste, at nogle oplever mindre behov for besøg i barnets andet leveår, mens andre har svært ved at slippe klinikerne efter de 2 år. Det er derfor særligt vigtigt, at forløbet tilpasses til den enkelte families behov i det andet år hen imod slutningen af forløbet.
- **Tydeliggør formålet af MTB-forløbet for fædrene:** Det er centralt, at formålet med forløbet og vigtigheden af deres deltagelse i det er tydeligt for fædrene, så de kan blive mere motiverede for at deltage. Uanset hvem forløbet i udgangspunktet er rettet mod, kan det understreges, at deres deltagelse er yderst vigtig, fordi de ved at deltage aktivt i besøgene kan støtte både mor og barn. Ved at opmuntre faderen til at deltage aktivt i barnets liv fra starten, kan han opleve at få en vigtig og unik rolle i forhold til det nyfødte barn.

- **Mere involvering af fædre:** Vær opmærksomme på, hvordan fædre kan involveres mere i MTB-forløbet. Dette gælder særligt i de tilfælde, hvor far har flere ressourcer end mor. Involvering bør ske på en måde, hvor fædre har bedre mulighed for at deltage i forløbet og evt. ved at lave besøg særligt målrettet far. Et fokuspunkt hos fædre kan være at hjælpe dem til at blive en anden type far end deres egen far, hvis de har et ønske om dette. Det er vigtigt at tage højde for, at fædre, der ikke bor sammen med mor og barn, føler, at de også kan passe deres arbejde samtidig med forløbet.
- **Samtaler om parforholdet:** Flere klinikere fremhæver, at samtaler om parforholdet er vigtige i MTB-forløbet. At parforholdet fylder mere i en dansk version af MTB hænger fint sammen med, at flere af kvinderne i evalueringen har en partner i forhold til deltagerne i både USA og England. Der er sandsynligvis behov for, at der udvikles redskaber til klinikerne for bedre at kunne varetage disse snakke. Samtaler om, hvordan forældrene har det som par eller som forældre, der bor hver for sig, kan skabe balance i samtalerne ved besøgene, så faren ikke føler sig overset. Hermed kan de fagprofessionelle bidrage til at skabe en støttende atmosfære, hvor begge forældre føler sig værdsat, og hvor parrene hjælpes til at håndtere de konflikter, der uundgåeligt opstår.



Dokumentation

5 Metode

I dette afsnit beskriver vi de metoder, der er anvendt i analyserne.

I den første rapport (Pontoppidan et al., 2023) er der en grundig gennemgang af evalueringens samlede metode. Vi laver derfor kun en kort beskrivelse her, og fokus er på de metoder, der er anvendt til analyserne i denne rapport.

5.1 Om evalueringen

Formålet med evalueringen er at undersøge effekten af MTB tilbudt til sårbare gravide i forhold til forældre-barn-samspelet, mors trivsel, mors mentale helbred, mors refleksive funktion og forældrestress samt barnets udvikling og trivsel sammenlignet med gravide, der modtager den sædvanlige indsats.

Studiet er registreret ved ClinicalTrials.gov. (NCT03 495895). Der er publiceret en protokolartikel (Pontoppidan et al., 2022), og en artikel om resultaterne, når barnet er hhv. 3 og 12 måneder gammelt, er i proces.

Evalueringen er gennemført som et cluster-randomiseret kontrolleret studie (RCT), hvor clustre (kommuner) er blevet randomiseret. De syv kommuner, der var med i evalueringen fra starten, blev randomiseret til at deltage i uddannelse enten i 2018 eller 2019. To kommuner tilsluttede sig evalueringen efterfølgende. På baggrund af midler fra Socialstyrelsen blev der gennemført en yderligere uddannelse i 2020, hvor yderligere to nye kommuner blev tilføjet til evalueringen. De sidste fire kommuner kunne ikke randomiseres. To kommuner er senere stoppet med MTB.

I Tabel 5.1 ses en samlet oversigt med information om de i alt 11 kommuner, der har indgået i evalueringen.

Tabel 5.1 Kommuner i evalueringen

Kommune	Randomiseret	Antal MTB-Teams	Uddannelse	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: *Kommunen trak sig fra evalueringen inden uddannelsen i 2019.

Kilde: VIVE.

Vesthimmerland Kommune nåede aldrig at deltage i uddannelsen og har som den eneste kommune ikke udført MTB, men rekrutterede en enkelt kontrolfamilie til evalueringen.

Målgruppen for studiet er gravide kvinder i en sårbar position, deres partnere og deres børn. De gravide er blevet inviteret til at deltage i studiet af kommunale medarbejdere.

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

Alle kommuner rekrutterede familier til sædvanlig indsats, indtil de modtog uddannelse. 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.

5.2 Om MTB-indsatsen

MTB blev udviklet af forskere ved Yale University i 2002 (Slade et al., 2017). Interventionen henvender sig til forældre, der er i en sårbar position og har behov for støtte. MTB er en tværfaglig indsats, hvor familierne tilbydes ugentlige hjemmebesøg fra graviditetens andet eller tredje trimester og frem til, barnet fylder 2 år.

Der foreligger en dansk behandlingsmanual samt en dansk håndbog til planlægning og implementering af MTB i Danmark, der er baseret på de engelske versioner (Marchesseault et al., 2018; Slade et al., 2018a, 2018b).

Den teoretiske baggrund for MTB samt den eksisterende litteratur omkring effekterne af MTB er gennemgået mere detaljeret i den første rapport (Pontoppidan et al., 2023).

Teoretisk set bygger MTB især på tilknytningsteori (fx Sroufe, Main og Lyons-Ruth), mentaliseringsteori (fx Fonagy, Steele og Target), økologisk udviklingsteori (Bronfenbrenner) og self-efficacy-teori (Bandura). MTB er traumeinformeret og særligt velegnet til forældre, der har været udsat for traumer i deres egen opvækst.

Der er 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. Mentalisering er at forstå egen og andres adfærd ud fra mentale tilstande som følelser, tanker, behov, mål og grunde.

Det tværfaglige team arbejder for at skabe et reflekterende rum og støtte forældrene i at have barnet på sinde. Forældrene hjælpes til at blive nysgerrige på at forstå meningen med barnets signaler og adfærd, fx ved at klinikerens – i samspil med forældrene – undrer sig og taler om barnets tilstande og intentioner. Forældrene støttes ligeledes til at reflektere over deres egne reaktioner på barnet. Ved at arbejde med hensigtsmæssig respons, fx imitation, sang, nærhed og hvile, lærer forældrene, at barnet har følelser, behov og forventninger ligesom voksne, og at de kan imødekomme disse.

Ud over at styrke en tryk tilknytning via konkret mentaliseringsarbejde tilbyder det tværfaglige team forældre støtte og vejledning i forhold til barnets sundhed og udvikling, bolig og økonomi samt forældrenes egen sundhed og mentale trivsel.

5.2.1 Faser af MTB-forløbet

MTB-interventionen er struktureret i tre overordnede faser: graviditeten, det første leveår og det andet leveår.

Under graviditeten arbejder MTB-teamet på at skabe en god relation med forældrene, på at undersøge den sundhedsmæssige og psykologiske funktionsevne hos forældrene samt at virkeliggøre barnet og det kommende forældreskab.

I barnets første leveår kommer MTB-teamet skiftevis på ugentlige besøg i hjemmet, hvor de støtter op om forældrenes omsorg til barnet ved hjælp af mentaliseringsbaserede teknikker. Der er fokus på spædbarnspleje, på barnets kognitive, sproglige, motoriske og følelsesmæssige udvikling, på forældreskabet samt socialpædagogisk støtte.

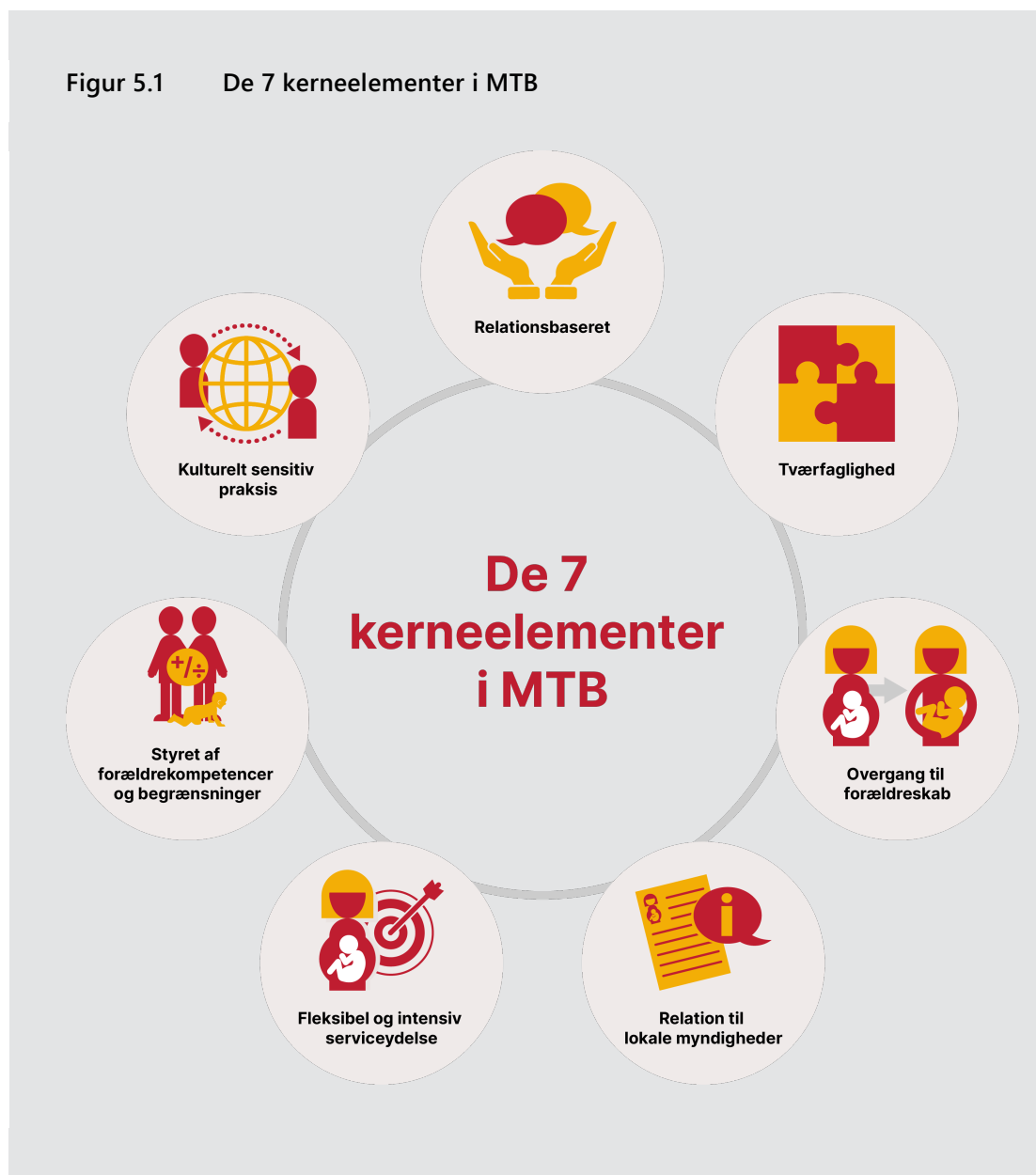
I barnets andet leveår kommer MTB-teamet skiftevis på besøg i hjemmet hver anden uge. Her har de fokus på småbørnstemaer såsom adfærd, mad og opdragelse. Der arbejdes også med, hvordan forældrene håndterer et barn, der bliver mere selvstændigt.

Forældrene kan efter afslutningen af forløbet fortsat telefonisk kontakte MTB-teamet. Det kan være betryggende, da det giver forældrene mulighed for en gradvis afsked og til at påtage sig det fulde ansvar for barnet, mens de stadig mærker teamets støtte og vejledning.

5.2.2 Kerneelementer

MTB består af syv kerneelementer, som er illustreret i Figur 5.1.

Figur 5.1 De 7 kerneelementer i MTB



Kilde: VIVE.

Relationsbaseret: Udviklingen af relationen imellem MTB-teamet og moren, faren, babyen og andre familiemedlemmer er central for indsatsens succes. Forældrene mødes med medfølelse, nysgerrighed, varme og åbenhed. Relationen mellem kliniker og forælderen fungerer som en model for udviklingen af forælder-barn-relationen – en relation, hvor der er tillid, respekt og nysgerrighed på begge sider. Der arbejdes også på relationer til andre fagpersoner og myndigheder. Det er relationerne, der giver klinikerne den "sikre base" at arbejde ud fra.

Tværfaglighed: En tværfaglig model er afgørende for at imødekomme de komplekse behov, som familierne står overfor. Sundhedsplejersker har ofte nem adgang til familier og kan yde omsorg, fx i forhold til graviditet, fødsel, helbred, kost og

trivsel. Familiebehandlere har særligt fokus på traumer, depression, angst, problemer i parforholdet samt sagsrådgivning og konkret støtte til bolig, mad og uddannelse. Der er typisk overlap imellem helbredsproblemer og problemer med mental trivsel.

Overgang til forældreskab: Overgangen til forældreskab er en sensitiv periode for forældrene, da hjernen skal reorganiseres og klargøres til det arbejde, der skal sikre barnets udvikling. Forældrene støttes til at dæmpe kilder til stress forud for fødslen, og der arbejdes med dysregulering og traumer. Ligeledes arbejdes der på udvikling af positive forestillinger om livet som forældre samt på at gøre barnet virkeligt for forældrene ved at reflektere over spædbarnets interne oplevelse (fx tanker, følelser og intentioner).

Relation til lokale myndigheder: MTB-interventionen er en del af et lokalt partnerskab i kommunen, og der skabes processer for tilgangen til familierne, og hvordan man fx indhenter journaler og formidler information på tværs af faggrupper.

Fleksibel og intensiv serviceydelse: MTB implementeres på en fleksibel måde, så det tilpasses behov hos de enkelte forældre, børn og familier. Manualen er en ramme for indsatsen, men skal fortolkes, så det giver klinisk mening for MTB-teamet, samarbejdspartnerne og 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 det, der aktuelt er vigtigst 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: MTB-klinikerne skal være åbne og fordomsfri og være nysgerrige på kulturelle forskelle imellem dem og familierne. Udviklingen af et terapeutisk forhold afhænger af, om de håndteres med sensitivitet og omhu.

5.2.3 Tilpasning til danske forhold

MTB-interventionen er blevet tilpasset en dansk kontekst, og der er derfor foretaget nogle ændringer af den oprindelige intervention:

- Aldersgruppen er udvidet til at omfatte ældre gravide, da der er relativt få, der bliver mor i Danmark, inden de fylder 25 år

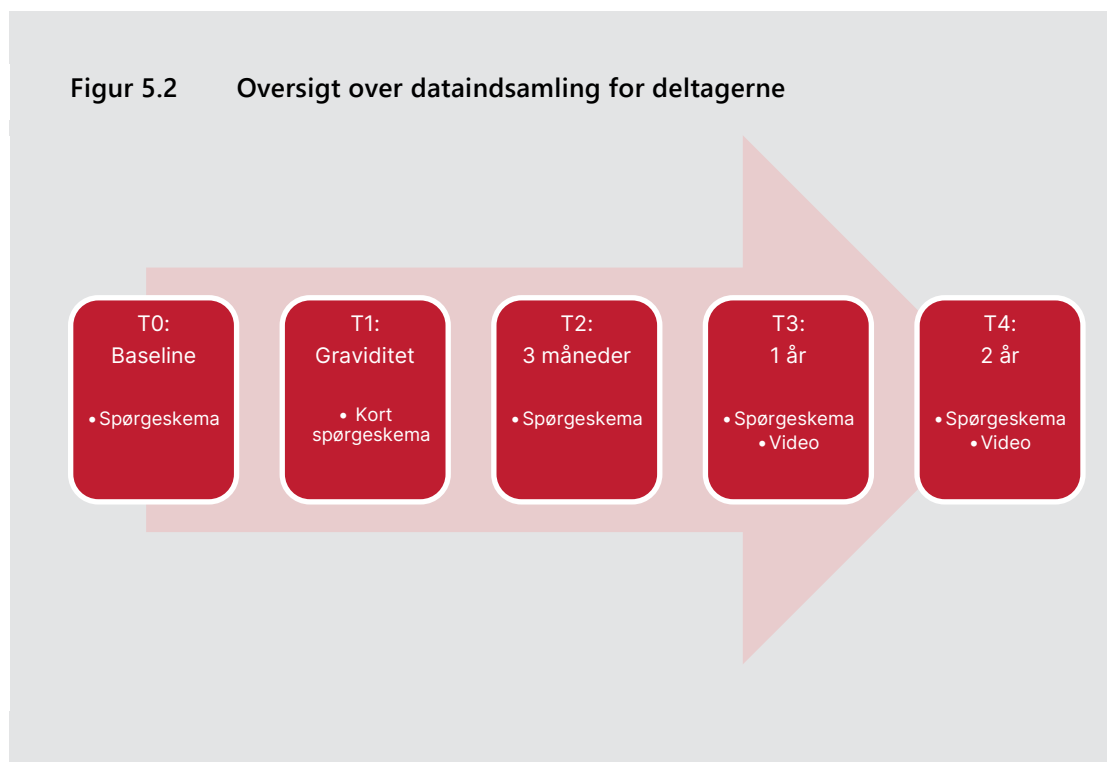
- Familierne må godt have børn i forvejen, hvis de er højst 3 år gamle eller ikke bor fuld tid hos familien
- Fædrene/partnerne er i højere grad involveret i MTB-forløbet, hvilket skyldes et dansk fokus på, at begge forældre er vigtige, og at fædre/partnere i højere grad er til stede i barnets liv i den danske målgruppe.

5.3 Dataindsamling

Alle deltagere er blevet bedt om at svare på fire spørgeskemaer og optage to samspilsvideoer, hvor de er sammen med barnet. Alle deltagere har udfyldt 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, da barnet blev hhv. 3, 12 og 24 måneder gammelt. Da barnet var hhv. 12 og 22 måneder gammelt, blev mødrene anmodet om at uploade en videooptagelse af mor og barn sammen. Forløbet er vist i Figur 5.2.



Kilde: VIVE.

Spørgeskemadata er indsamlet ved hjælp af survey-systemerne SurveyXact og Defgo. Deltagerne har fået et gavekort på 150 kr. for udfyldelse af hver af de tre spørgeskemaer (hævet til 200 kr. i oktober 2022).

Da barnet fyldte 12 og 22 måneder modtog mor en anmodning om at optage en video, hvor de er sammen med barnet. 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 modtog et gavekort på 300 kr. for at indsende en videooptagelse.

Måleredskaberne, der indgår i spørgeskemaerne, fremgår af Tabel 5.2.

Tabel 5.2 **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 livstilfredshed		✓		✓	✓	✓
Amning		✓		✓	✓	
Uddannelse og job		✓			✓	✓
Økonomi		✓		✓	✓	✓
Netværk	Fortrolige, støtte	✓		✓	✓	✓
Professionel støtte					✓	✓
Mobilforbrug					✓	✓
Forbrug af alkohol og stoffer		✓			✓	✓
Forbrug af medicin					✓	
Rygning		✓		✓	✓	✓
Nære relationer	ECR-R	✓				
PTSD-symptomer	PTSD-8		✓			
Traumer i barndommen	CTQ		✓			
Fødselsdepression	EPDS			✓	✓	✓

		T0	T1	T2	T3	T4
Forældreskab	BaM-13			√		
Refleksiv funktion	PRFQ				√	√
Forældrestress	PSS				√	√
Prævention				√	√	
Tilfredshed med tværfagligt samarbejde					√	
Forhold til partner						√
Barn						
Socio-emotionel udvikling	ASQ-SE2			√	√	√
Socio-emotionel udvikling	SDQ					√
Fysisk og motorisk udvikling	ASQ-3			√		
Sprog og kommunikation	2-5					√
Skærmtid						√
Læringsaktiviteter	Syng, læse				√	√
Relation						
Relation	MABISC				√	
Forvrængede repræsentationer	MIRS					√
Samspil (video)	CIB				√	√
Familieprofil	SEAM family profile					√

Kilde: VIVE.

Alle måleredskaber og enkeltspørgsmål er beskrevet i detaljer i den første rapport (Pontoppidan et al., 2023).

Vi beskriver kun det primære udfaldsmål her.

Det primære udfaldsmål er **forældres sensitivitet**, når barnet er 12 og 24 måneder, målt med systemet Coding Interactive Behavior (CIB) (Feldman, 2012). CIB er et system til at vurdere forældre-barn-samspil 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. **Forældre:** 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-klinikerens eller sundhedsplejersken.

Mor-barn-samspillet er kodet af to trænedede 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 den samlede sample.

Inter-rater reliabilitet imellem de to kodere er 93 % på baggrund af dobbeltkodning af 13 samspil (10 %).

Vi har desuden valgt at kode forældres sensitivitet med Mary Ainsworths globale skala (Mesman & Emmen, 2013). Ainsworths sensitivitetsskala kodes på en skala fra 1-9 og vurderer forældres evne til at registrere og reagere hensigtsmæssigt på deres barns signaler og behov. Sensitivitet blev kodet af to kodere, hvor den primære koder gennemgik alle koder til sidst.

5.3.1 Intern reliabilitet af måleredskaber

Reliabilitet handler overordnet set om pålidelighed, dvs. 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. Det er dog ikke ualmindeligt, at Cronbach's Alpha er lavere for skalaer, der måler små børns udvikling.

Cronbach's Alpha for skalaer anvendt i de fire spørgeskemaer og for kodningen af samspil mellem forælder og barn ses i Bilag 8.

I forhold til spørgeskemadata er Cronbach's Alpha rigtig god eller god (>0.60) for en stor del af måleredskaberne. Cronbach's Alpha er lavere for to af PRFQ-subskalaerne og for flere af subskalaerne på både ASQ:SE2 og SDQ.

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.

I forhold til Cronbach's Alpha'er for kodningen af samspil mellem forældre og barn er den interne reliabilitet generelt rigtig høj. Kun en enkelt subskala (tilbagebetaling) er under 0,70.

5.3.2 Registerdata

Når data bliver tilgængelige, indhenter vi 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 arbejdsmarkedstilknytning for forældrene.

Vi forventer, at data er tilgængelige i starten af 2026.

5.4 Statistiske analyser

5.4.1 Frafald

I Tabel 5.3 ses en oversigt over besvarelser og besvarelsesprocenter for alle typer data i evalueringen. Dataindsamlingen har foregået i 27 måneder for hver familie. Dette er lang tid – særligt for familier, der kan være i en sårbar position. Det er derfor ikke overraskende, at vi ikke har data fra alle familier på alle tidspunkter.

Tabel 5.3 Frafald og antal observationer (komplette besvarelser)

	Baseline	Spørgeskema 3 mdr.	Spørgeskema 12 mdr.	Video 12 mdr.	Spørgeskema 24 mdr.	Video 24 mdr.
Samlet						
Antal observationer	256	225	188	139	170	124
Procent relativ til baseline		88 %	73 %	54 %	66 %	48 %
Kontrolgruppe						
Antal observationer	73	58	40	23	32	20
Procent relativ til baseline		79 %	55 %	32 %	44 %	27 %
MTB-gruppe						
Antal observationer	183	167	148	116	138	104
Procent relativ til baseline		91 %	81 %	63 %	75 %	57 %

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.

Et væsentligt udgangspunkt for en effektmåling er, at indsats- og kontrolgruppen er tilnærmelsesvis ens ved baseline. Dette undersøgte vi i den første rapport, hvor vi fandt, at der kun var få variable, der ikke var balanceret på baseline (Pontoppidan et al., 2023).

Der indgår mange forskellige data i evalueringen. Hvis en familie ikke har leveret data til en specifik analyse, betragtes den kun som frafaldet for netop den analyse. Antallet af besvarelser varierer derfor i analyserne.

Frafald kan skyldes mange ting. For en del familier mangler der bare et enkelt spørgeskema eller en video. Her er det kun enkelte analyser, hvor familien betragtes som frafaldet. Det kan også være fordi, at familien er flyttet til en ny kommune og derfor ikke er så motiverede mere. Nogle familier vælger helt at trække sig ud af evalueringen. Nogen giver os besked om, at de ikke vil deltage mere, mens andre bare holder op med at besvare vores opkald. Et mindre antal familier udgår, fordi de oplever en sen abort eller anbringelse af barnet.

5.4.1.1 Frafaldsanalyse

Det er væsentligt at undersøge, hvordan frafaldet ser ud i løbet af evalueringen – herunder om der er særlige kendetegn ved de familier, der falder fra, og om frafaldet over tid er nogenlunde ens på tværs af kontrol- og MTB-gruppe.

Frafald er en udfordring af to primære årsager. For det første giver tabet af observationer mindre styrke i analyserne, hvilket svækker vores evne til at estimere signifikante effekter. For det andet kan kontrolgruppen miste sin relevans som sammenligningsgrundlag for MTB-gruppen, hvis frafaldet er skævt på tværs af kontrol- og MTB-gruppen, og kontrolgruppen bliver markant anderledes end MTB-gruppen.

Det ses i Tabel 5.3, at der er en særlig udfordring i forhold til at indhente samspilsvideoer for familierne. Dette gælder særligt for kontrolgruppefamilierne, hvor vi kun har videoer for omkring hver tredje deltager. Det har været væsentligt nemmere at få indhentet samspilsvideoer i MTB-familierne, hvor MTB-klinikerne er kommet jævnlige på besøg i hjemmet og har haft mulighed for at hjælpe med optagelsen.

Samlet set har vi, når børnene er 2 år gamle, fået indsamlet spørgeskemadata for 2 ud af 3 (66 %) deltagere og samspilsvideoer for omkring halvdelen (48 %) af deltagerne. Selvom dette er betragtelige frafald, så er det forventeligt med denne målgruppe. Det stemmer også nogenlunde overens med svarprocenterne fra de tidligere studier i USA og England, hvor svarprocenterne svinger fra 65-80 %, når børnene er 2 år gamle. I særligt de amerikanske studier har alle familierne boet i nærheden af Yale, og de har fået tilbudt betaling for transport hen til klinikken. Dette har sandsynligvis bidraget til, at de har højere svarprocenter, end vi har.

For at undersøge, om der er nogen systematik, i hvilke deltagere der falder fra undervejs, har vi sammenlignet, hvordan de familier, vi har data fra, når børnene er 2 år gamle, så ud ved opstarten af evalueringen. Analysen er gennemført både for spørgeskemadata og for samspilsvideoer.

Konkret foretager vi separate t-tests for, om der er signifikant forskel mellem kontrol- og MTB-gruppen blandt deltagere efter 24 måneder på en lang række baggrundskarakteristika fra baseline-målingen. Figur 5.3 præsenterer resultaterne grafisk.

For spørgeskemadata, når børnene er 2 år gamle, finder vi følgende signifikante forskelle (på baseline) på MTB- og kontrolgruppen:

- Færre i MTB-gruppen har binge-drukket under graviditet
- Flere i MTB-gruppen har angstsymptomer
- Færre i MTB-gruppen er hjemmegående eller på orlov
- Færre antal børn i MTB-gruppen
- Færre i MTB-gruppen bor alene.

For samspilsvideoer, når børnene er 2 år gamle, finder vi følgende signifikante forskelle (på baseline) på MTB- og kontrolgruppen:

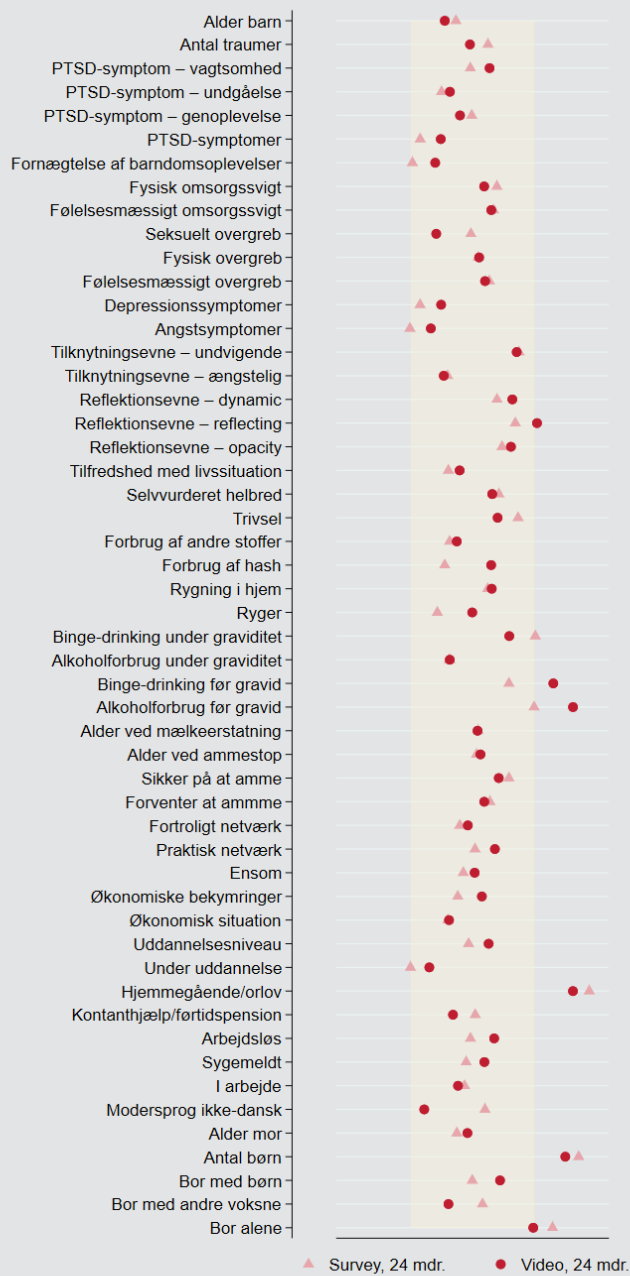
- MTB-gruppen har bedre refleksionsevne (reflecting)
- Færre i MTB-gruppen har binge-drukket før graviditet
- MTB-gruppen har lavere alkoholforbrug før graviditet
- Færre i MTB-gruppen er hjemmegående eller på orlov
- Færre antal børn i MTB-gruppen.

Samlet set viser analysen, at der er opstået nogle ubalancer mellem kontrol- og MTB-gruppe for både spørgeskemadeltagere og deltagere i samspilsvideoerne, når barnet er 2 år gammelt. Det gælder i begge tilfælde for 5 ud af 52 karakteristika.

Alt i alt vurderes frafaldet at være relativt stort, men ikke skævt i et sådant omfang, at analyserne invalideres.

Figur 5.3 Balancetest

Den standardiserede forskel mellem MTB-gruppen og kontrolgruppen samt t-test. Den røde prik er forskellen mellem grupper, og det gule område er 95-%'s konfidensinterval. Hvis prikken ligger uden for det gule område, er der signifikant forskel imellem de to grupper.



Ikke signifikant

Anm.: T-test af variabler mellem MTB- og kontrolgruppe. KI = 95 %.

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

5.4.2 Effektanalyse

Formålet med effektanalysen er at beregne et effekttestimat, der udtrykker en årsagsammenhæng – dvs. at der er tale om en kausal effekt – med deltagelse i MTB. Effekten af en indsats er defineret som forskellen mellem de to potentielle udfald: med og uden modtagelse af indsatsen. Det fundamentale problem ved at estimere kausale effekter er, at de kontrafaktiske udfald ikke kan observeres, da den samme person ikke både kan modtage og ikke modtage indsatsen.

Det betyder, at for deltagende familier kan vi ikke, når barnet er 2 år gammelt, observere, hvad deres trivsel fx ville have været, hvis de ikke havde deltaget i MTB, og modsat kan vi ikke observere, hvad trivselsniveauet ville have været for kontrolgruppen, hvis de havde deltaget i MTB frem for at modtage sædvanlig indsats.

Vi har derfor brug for en kontrolgruppe af mødre, der er så sammenlignelige med indsatsgruppen, at vi kan antage, at udfaldsmålene for kontrolgruppen i gennemsnit svarer til det, man ville observere for indsatsgruppen, hvis de ikke havde deltaget i MTB. Ved at randomisere kommunerne til det tidspunkt, de modtog uddannelse, har vi fået mulighed for at lave en kontrolgruppe, der har modtaget sædvanlig indsats, men hvor der kun er mindre forskelle i familiernes baggrundskarakteristika og dermed sammenlignelighed imellem de to grupper.

I den første rapport præsenterede vi baseline-data med deskriptiv statistik til at karakterisere familierne. Vi benyttede statistiske tests – t-test og Chi-2 test på hhv. skalaer og kategoriske variable – til at vurdere den statistiske signifikans af forskelle, dvs. om forskellene var så store, at de skyldtes andet end en tilfældig variation. Variable med statistiske signifikante forskelle (p -værdi $< 0,05$) mellem indsats- og kontrolgruppen er anvendt som kontrolvariable i effektmålingen, så der korrigeres for disse forskelle.

Til effektmålingen benyttes regressionsanalyse til at estimere effekten af deltagelse i MTB på primære og sekundære mål omfattende forældre-barn-samspillet, mors trivsel og adfærd, barnet trivsel og udvikling samt antallet af anbringelser. Regressionsanalysen måler sammenhængen mellem et udfaldsmål målt ved, når barnet er 2 år gammelt og deltagelse i MTB, og tillader, at vi samtidig kan kontrollere for en række andre faktorer (såkaldte kontrolvariable), der kan påvirke denne sammenhæng.

Effekten af deltagelse i MTB måles ved denne metode som merændringen i udfaldsmålet hos indsatsfamilier sammenlignet med kontrolfamilier, hvor vi samtidig fjerner virkningen fra de inkluderede kontrolvariable. Gruppen af kontrolvariable inkluderer baseline-værdien af udfaldsmålet samt eventuelle statistisk signifikante forskelle i baggrundskarakteristika mellem indsats- og kontrolgruppen.

Vi benytter et signifikansniveau på 5 % til at vurdere, om forskellene er så store, at de skyldes andet end tilfældig variation. Et signifikansniveau på 5-10 % anser vi for tilnærmelsesvist signifikant.

Blandt de mødre, som har udfyldt baseline-målingen, er det ikke alle, som også gennemfører de senere dataindsamlinger. Den oprindelige plan var at imputere manglende besvarelser for at styrke effektanalysen, men et relativt stort frafald giver problemer i forhold til at imputere data. Hovedanalysen er derfor blevet gennemført på komplette besvarelser.

Dette betyder, at analyserne har mindre styrke, da de indeholder data fra færre deltagere, hvilket kan gøre det sværere at påvise eventuelle effekter. Særligt i analyserne af forældre-barn-samspelet indgår meget få kontrolgruppedeltagere, hvilket gør potentielle effekter svære at estimere.

Frafaldet betyder, at resultaterne er behæftet med usikkerhed, og vi kan ikke afvise, at et større sample ville have frembragt andre resultater.

For at undgå at fremhæve tilfældigt fremkomne effekter og for at fange tendenser, der måske ikke er tydelige i den primære analyse baseret på komplette data, indtager vi også de to robusthedsanalyser i effektanalysen.

5.4.3 Moderatoranalyse

Den overordnede effektmåling i Kapitel 3 er gennemsnitlige effekter, hvor hele MTB-gruppen sammenlignes med alle i kontrolgruppen. Selvom deltagerne alle er visiteret til indsatsen på baggrund af at være i sårbare positioner, er der stadig væsentlige forskelle mellem deltagernes baggrund og karakteristika. Derfor kan der være forskelle på effekten af MTB alt efter mødrenes baggrund.

Vi undersøger, om der er forskel på effekten af MTB afhængigt af følgende baggrundskarakteristika:

- Mors alder (under/over 25 år)
- Førstegangsfødende eller flergangsfødende.

Moderatoranalysen gennemføres som en interaktionsanalyse. For hvert karakteristika estimerer vi interaktionsmodeller, hvor karakteristika og en indikator for at have været allokeret til MTB interageres og tilføjes regressionsmodellen. Interaktionsleddet er et estimat for forskellen i effekten af MTB på tværs af de to grupper defineret ved pågældende karakteristika.

5.4.3.1 Deltagelse

Der er stor variation i det antal besøg, som familierne modtager, og vi har derfor undersøgt, om der er forskel i effekten af MTB i forhold til, hvor meget familierne deltager.

For at korrigerer effektestimaterne, for at nogle familier deltager i høj grad, mens andre ikke gør, har vi foretaget en instrument variabel-model.

Her instrumenteres deltagelse i indsatsen med det at have været randomiseret til MTB. Effektestimaterne i hovedanalysen er intention-to-treat-effekter, hvor vi ikke tager højde for deltagelse. IV-resultaterne i dette afsnit tager højde for, at en del af familierne ikke deltager, og effekterne er såkaldte 'local average treatment effects' (LATE) og skal fortolkes som effekten af MTB på de familier, som deltager i indsatsen efter at være allokeret til den – dvs. såkaldte 'compliers' og altså dem, der deltager i MTB-forløbet som planlagt.

Vi definerer compliers som MTB-familier, der har enten standard eller høj deltagelse (45 sessioner eller mere). Dette gælder for 144 familier ud af 183 i MTB-gruppen (79 %).

Resultaterne er præsenteret i Bilag 6.

Vi finder ingen statistisk signifikante forskelle i effekten af MTB for familier, der modtager 45 eller flere sessioner i forhold til mors trivsel og adfærd eller på forældre-barn-samspillet.

Vi finder følgende signifikante eller tilnærmelsesvis signifikante forskelle i effekten af MTB for familier, der modtager 45 eller flere sessioner. MTB-familier med standard eller høj deltagelse oplever således:

- Bedre social kommunikation (barn) ($p = 0,02$)
- Bedre indvilligelse (barn) ($p = 0,04$)
- Bedre tilpasning (barn) ($p = 0,05$)
- Færre peer-problemer (barn) ($p = 0,05$)
- Mere uddannelse (mor) ($p = 0,06$)
- Værre helbred (mor) ($p = 0,07$)
- Dårligere autonomi (barn) ($p = 0,07$)
- Bedre affekt (barn) ($p = 0,09$)
- Bedre social-emotionel udvikling (barn) ($p = 0,09$).

Det ses, at disse resultater er i overensstemmelse med resultaterne af hovedanalysen.

Analysen viser, at konklusionerne ikke ændres, hvis vi udelukkende kigger på de familier, der har modtaget standard eller høj deltagelse. Med til dette hører, at 144 familier ud af 183 i MTB-gruppen (svarende til 79 %) har fået over 45 besøg, hvilket indikerer, at der har været stor tilslutning til at deltage i indsatsen.

Samlet set tyder det således på, at de positive resultater i forhold til barnets udvikling hovedsageligt er drevet af de MTB-familier, der modtager det, der kan karakteriseres som et forløb med standard eller høj deltagelse.

5.4.4 Robusthedsanalyse

Formålet med robusthedsanalysen er at undersøge sensitiviteten af hovedresultaterne i forhold til valg af metode. Det centrale metodiske spørgsmål er behandlingen af frafald. I hovedanalysen anvendte vi kun besvarelser fra mødre, som leverede data, da barnet var 2 år gammelt. Vi har foretaget to alternative analyser.

For det første anvender vi 'Multiple imputation by chained equations' (MICE) til at håndtere de manglende besvarelser ved dataindsamlingen, når barnet er 2 år gammelt. 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. (2011) for en grundig beskrivelse). 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.

For det andet anvendes 'Inverse Probability of Attrition Weighing' (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. 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. 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.

Resultaterne af de to robusthedsanalyser ses i Bilag 7. Vi har gentaget resultaterne af analysen baseret på komplette data (fra Bilag 5) i tabellen, så det er nemt at sammenligne resultaterne af de tre analyser på tværs af metode.

I Kapitel 3, hvor vi præsenterer effektanalysen, har vi valgt at inddrage de to robusthedsanalyser og se på tværs af de tre analyser. Vi fremhæver resultater, der er signifikante på et 10-%'s niveau i mindst én analyse og samtidig har et p-niveau på under 15 % i en af de to andre analyser. Dette gøres for at undgå at fremhæve tilfældigt fremkomne effekter og for at fange tendenser, der måske ikke er tydelige i den primære analyse baseret på komplette data.

Der er enkelte afvigelser i resultaterne mellem hovedanalysen og de to robusthedsanalyser, men overordnet set finder vi et fint overlap i resultaterne på tværs af metode, hvilket styrker de overordnede resultater præsenteret i Kapitel 3.

5.5 Interviews

Der er gennemført interviews med både MTB-terapeuter og med fædre, som har deltaget i MTB-forløb.

5.5.1 Interviews af MTB-terapeuter

Der er foretaget semistrukturerede interviews af MTB-terapeuterne for at samle deres erfaringer med MTB-interventionen.

Der er gennemført i alt 11 interviews med 8 sundhedsplejersker og 11 familiebehandlere fra 9 forskellige kommuner. Én kommune har ikke haft mulighed for at deltage, mens kun familiebehandlere har haft mulighed for at deltage fra en anden kommune. De resterende kommuner er repræsenteret af både familiebehandlere og sundhedsplejersker. Interviewene er foretaget i marts og april 2024.

Rekrutteringen af informanter er sket ved, at VIVE har sendt hver kommunes kontaktperson en mail omkring formålet med interviewene. Kontaktpersonerne har derefter givet kontaktoplysninger på relevante ansatte. Disse ansatte er derefter blevet kontaktet direkte af VIVE og indvilget i at blive interviewet.

De semistrukturerede interviews er foregået telefonisk eller online. I seks af kommunerne har MTB-teamet stillet op til et samlet interview. I en kommune har to MTB-teams stillet op til interview sammen, mens interviewet i en anden kommune er foregået ved, at en sundhedsplejerske og familiebehandler fra samme team er interviewet hver for sig af logistiske grunde. I den sidste kommune er der foretaget to interviews med familiebehandlere hver for sig.

Formålet med interviewene er at få en forståelse for, hvilket udbytte, MTB-terapeuterne har oplevet, at familierne, der har modtaget interventionen, har fået. Ligeledes

har interviewene til formål at få indblik i, hvordan MTB-terapeuterne har oplevet interventionen som helhed sammenlignet med deres sædvanlige indsatser.

De semistrukturerede interviews tager udgangspunkt i en interviewguide (se Bilag 1), der først fokuserer på, hvordan MTB-terapeuterne oplever, at udbyttet har været hos forældrene samt deres refleksioner hertil. Derefter fokuserer interviewguiden på MTB-terapeutens oplevelse af interventionen.

Inden interviewene er foretaget, har deltagerne modtaget et informationsbrev om, hvordan VIVE behandler persondata.

Interviewene er optaget elektronisk med samtykke fra deltagerne. Efterfølgende er interviewene transskriberet ved hjælp af programmet Dictus, og udskrifterne er kvalitetssikret. I analyserne har vi anvendt tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Kodningen er foretaget på tværs af hver case over to gange, hvor første kodning er foretaget induktivt ud fra, hvad informanterne beretter. Derefter er der foretaget en struktureret kodning på baggrund af de første koder med ønsket om at belyse gennemgående temaer, der går på tværs af casene. Vi har anvendt programmet Nvivo til kodning og analyse.

5.5.2 Interviews med fædre

Afsnittet om fædrenes oplevelse af MTB er baseret på 10 graviditetsinterviews og seks interviews foretaget med MTB-fædre ved forløbets afslutning. De seks afsluttende interviews er foretaget i forbindelse med et speciale udarbejdet i samarbejde med VIVE. Ingen fædre er gennemgående i både graviditetsinterviews og de seks interviews foretaget ved afslutningen af MTB.

5.5.2.1 Graviditetsinterviews med fædre

Graviditetsinterviews er gennemført af MTB-teamet i forbindelse med et besøg i hjemmet. Interviewene er foretaget med udgangspunkt i en dansk oversættelse af 'Pregnancy Interview', der er udviklet af Arietta Slade (Slade, 2018). I de tilfælde, hvor graviditetsinterviewet ikke kunne gennemføres, inden barnet blev født, er der anvendt en version, der er tilpasset til at blive anvendt de første 2 måneder efter, at barnet er født.

Der er indsamlet i alt 122 graviditetsinterviews for gravide og 82 for deres partnere. De 10 graviditetsinterviews, der er anvendt her, er tilfældigt udvalgt blandt graviditetsinterviews gennemført med fædre/partnere.

Eftersom det kun er omkring halvdelen af familierne i evalueringen, hvor mor angiver at have en partner, er det muligt, at disse familier er anderledes end familierne, hvor mor er eneforsørger.

5.5.2.2 Interviews med fædre ved afslutning af MTB-forløb

De seks interviews med MTB-fædre er foretaget som semistrukturerede interviews i slutningen af eller lige efter, de har afsluttet MTB (se interviewguide i 0). Disse interviews er foretaget af to specialestuderende i samarbejde med VIVE. Interviewene er foretaget ved hjælp af Zoom eller telefonisk ud fra en interviewguide udarbejdet af samme specialestuderende.

Alle fædre/partnere, der havde givet samtykke til at deltage i evalueringen, og som var enten tæt på at afslutte forløbet eller havde afsluttet forløbet inden for de seneste par måneder, blev inviteret til at deltage i et interview. Fædre blev kontaktet via SMS. De seks fædre har hver modtaget et gavekort på 200 kr.

Inden interviewene blev foretaget, modtog deltagerne et informationsbrev, om hvordan VIVE behandler persondata, og de blev oplyst om, at det er frivilligt at deltage.

Interviewene er optaget elektronisk med en MP3-optager med samtykke fra deltagerne. Efterfølgende er interviewene transskriberet ved hjælp af programmet Dictus, og udskrifterne er herefter kvalitetssikret samt kodet i NVivo.

Udgangspunktet for analysearbejdet har været at få indsigt i, hvordan fædre har oplevet MTB-forløbet (Braun & Clarke, 2006), og analysen er inspireret af livsførelsesbegrebet (Holzkamp, 1998).

Vi har anvendt en induktiv analysestrategi med åben tematisk kodning, dvs. at temaerne er opstået undervejs i analysen baseret på det, der er dukket op i data. Med udgangspunkt i interviewmaterialet har vi forsøgt at finde mønstre, kategorier eller temaer uden at have prædefinerede temaer fra starten. I analysen har vi undersøgt variationen i interviewpersonernes perspektiver både inden for og på tværs af temaer. Vi har fokuseret på mangfoldigheden i data fremfor, hvem eller hvor mange der deler et bestemt synspunkt. Det betyder, at vi har medtaget alle relevante udsagn – også dem, der kan anses for at være enkeltstående.

6 Data

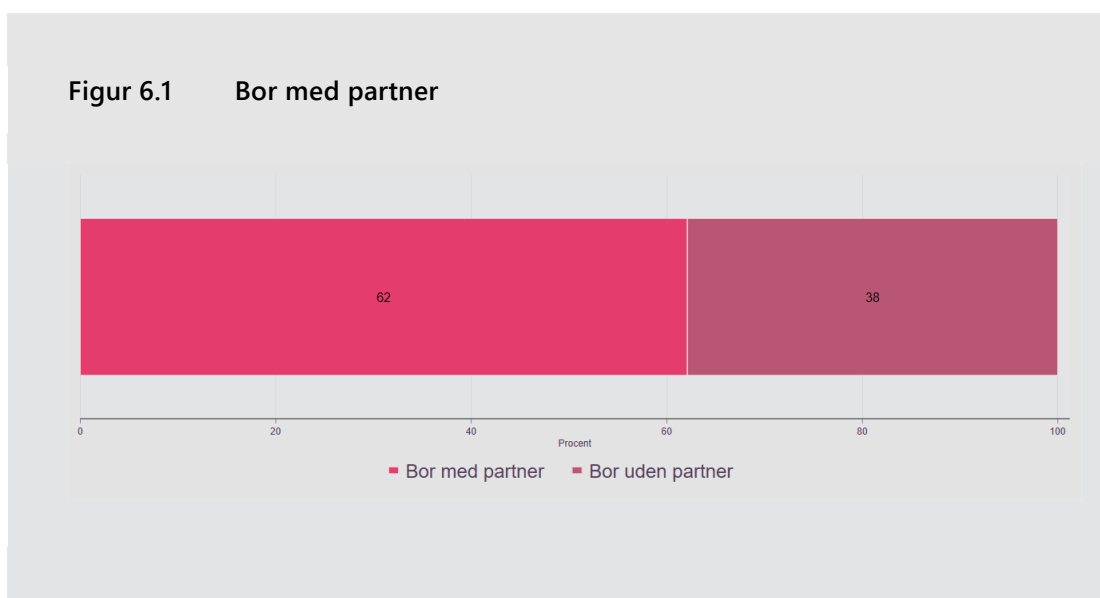
6.1 Beskrivelse af MTB-gruppen, når barnet er 2 år gammelt

I dette afsnit beskriver vi, hvordan MTB-gruppen ser ud, når barnet er 2 år gammelt i forhold til variable, som vi ikke anvender i effektmålingen. Dette gælder fx, om de har en partner, deres jobparathed (for dem, der er uden beskæftigelse på besvarestidspunktet), deres mobilbrug og pasningsituationen for deres barn.

Vi har oplysninger fra 138 familier, hvilket svarer til 75 % af besvarelserne på baseline. Vi skal derfor være varsomme med at sammenligne på tværs, da de to værdier ikke er umiddelbart sammenlignelige.

6.1.1 Bopælsforhold

Figur 6.1 viser, hvor stor en andel i gruppen, som 2 år efter barnets fødsel bor med en partner. Partneren er ikke nødvendigvis barnets biologiske forælder. I alt 62 % angiver at bo sammen med en partner. Andelen, der lever sammen med en partner, var 70 % ved baseline, og andelen er således lavere, når barnet er 2 år gammelt.



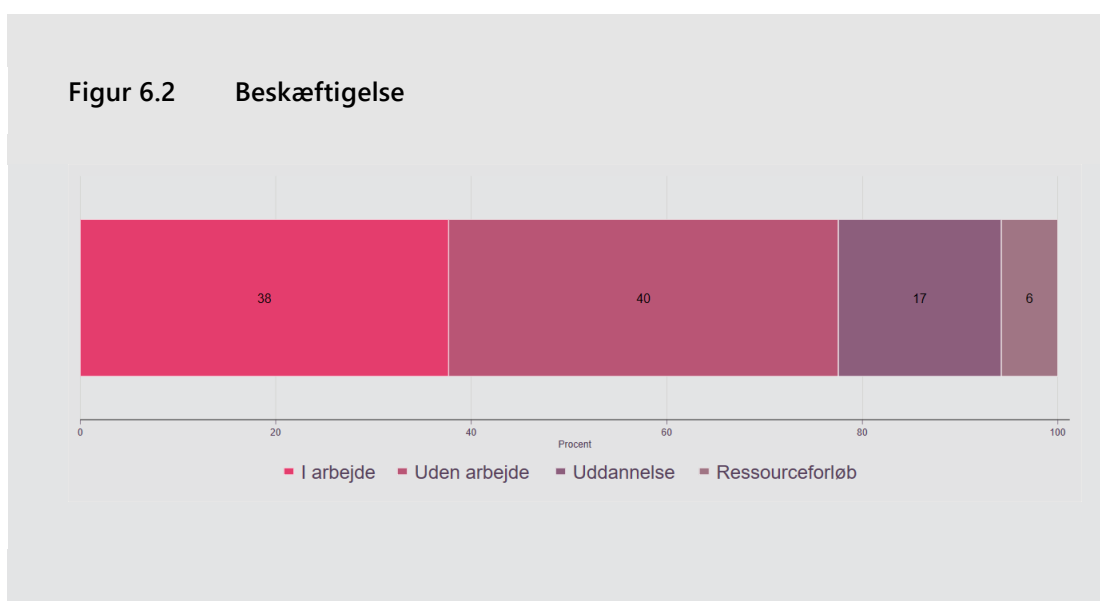
Anm.: N = 124, som har besvaret spørgsmålet i MTB-gruppen.

Kilde: MTB-spørgeskema.

6.1.2 Beskæftigelse

I spørgeskemaet er mødre blevet spurgt, om de er i arbejde (deltid eller fuldtid), når barnet er 2 år gammelt. Hvis de har svaret "nej" til dette spørgsmål, er de blevet bedt om at vurdere forskellige indikatorer for, hvilken type job de kunne forestille sig at have, og hvor godt de er i stand til at varetage et job. Mødre, der har et arbejde, men er på barsel, forældreorlov eller er sygemeldt, bliver ikke bedt om at besvare disse spørgsmål.

Figur 6.2 viser fordelingen over, hvad MTB-gruppens mødre beskæftiger sig med til dagligt, når deres barn er 2 år gammelt. Samlet set angiver 55 % at være i arbejde eller uddannelse, mens 40 % er på kontanthjælp, uddannelseshjælp, andre arbejdsløshedsydelse eller er hjemmegående, og 6 % er i ressourceforløb.



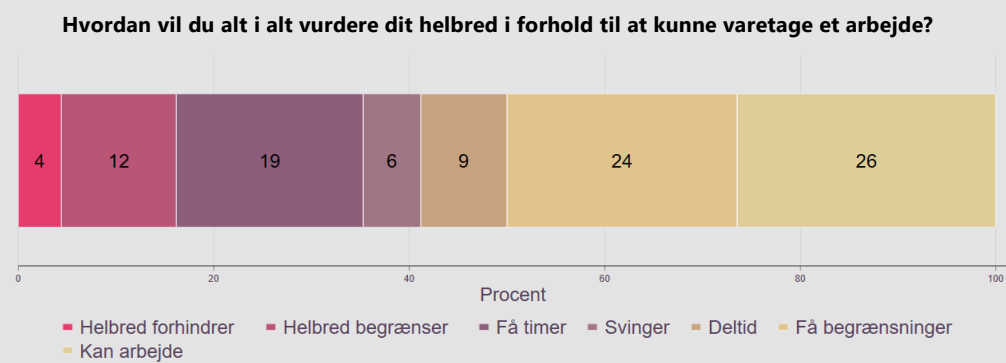
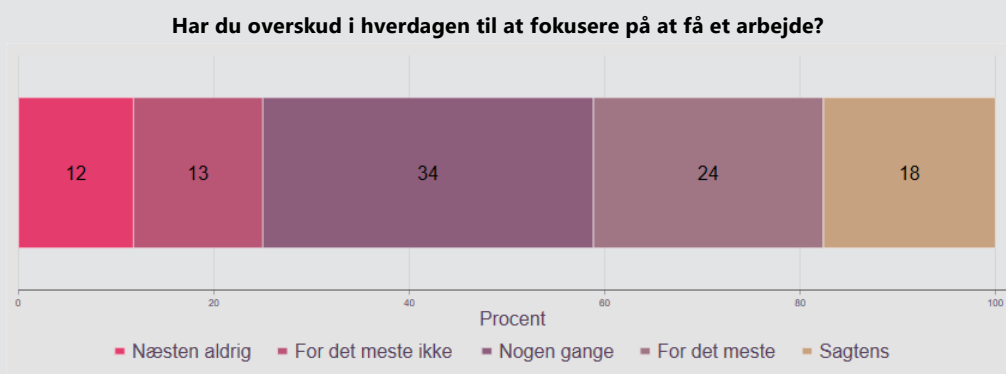
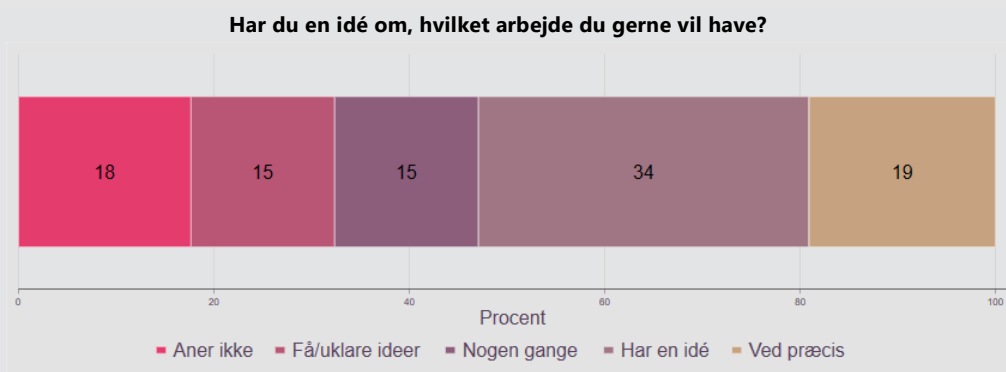
Anm.: N = 131, som har besvaret spørgsmålet i MTB-gruppen. Andelene summer til 101 pga. afrunding.

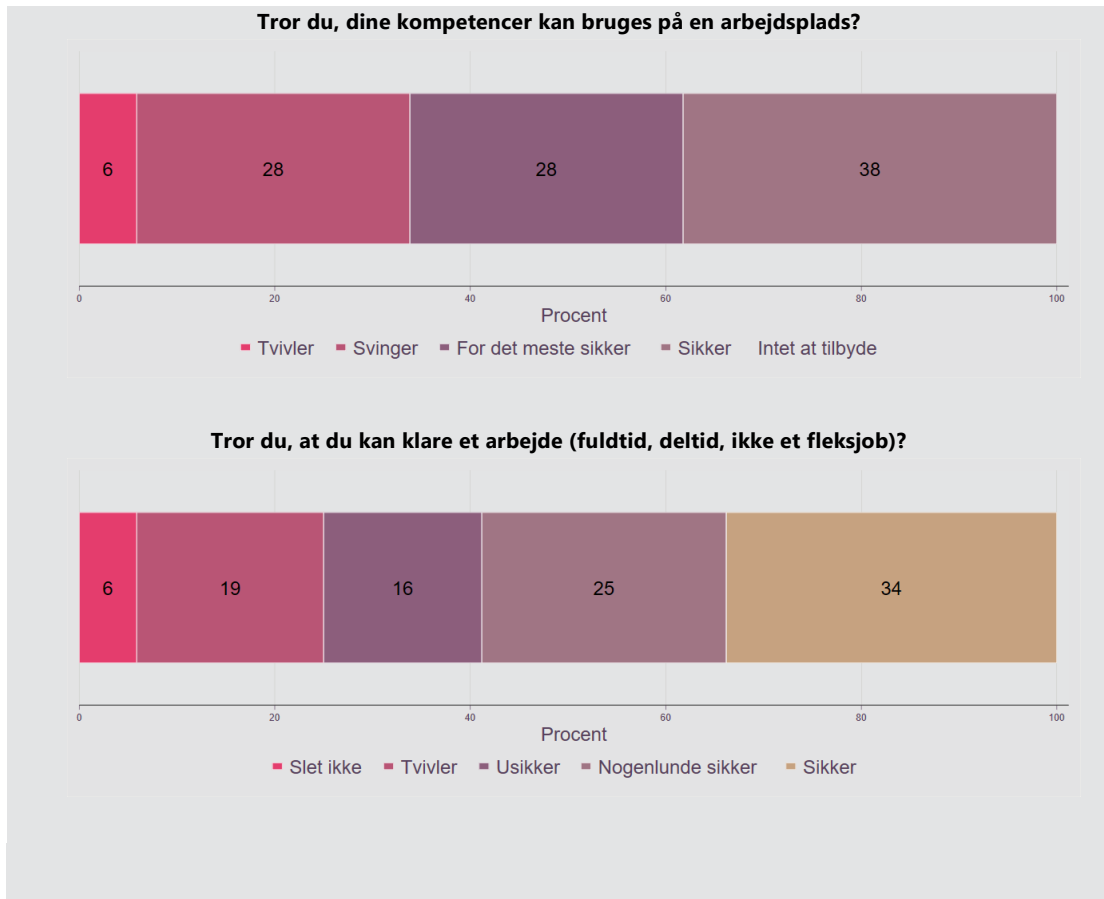
Kilde: MTB-spørgeskema.

I forhold til job angiver 62 % (81 ud af 131), at de ikke har et job, når barnet er 2 år gammelt. Af disse har 68 deltagere givet detaljeret information om deres egen vurdering af, hvorfor de ikke har et job, og hvad der holder dem uden for arbejdsmarkedet, se Figur 6.3.

Først spørges de til, om de har en idé om, hvilken type job de kunne tænke sig. Her fordeler svarene sig nogenlunde jævnt ud over kategorierne. Omkring halvdelen angiver at have enten en præcis eller en god idé om, hvilket arbejde de gerne vil have. Den anden halvdel har således mere uklare eller ingen idé om, hvilket job de kunne tænke sig.

Figur 6.3 Jobperspektiv





Anm.: N = 68.

Kilde: MTB-spørgeskema.

I det andet panel ses MTB-mødrenes vurdering af, om de har overskud til at varetage et job. Igen er der ret stor variation i svarene. Knap halvdelen (42 %) vurderer, at de for meste eller altid har overskud. Hver tredje (34 %) vurderer, at de kun nogle gange har overskud, mens hver fjerde (25 %) vurderer, at de aldrig eller for det meste ikke har overskud til at kunne fokusere på et arbejde.

Tredje panel viser, hvordan de adspurgte ser på, om deres helbred gør dem i stand til at passe et job. Igen er der stor variation i besvarelsene. Tendensen er, at de deler sig i to grupper. Knap halvdelen (41 %) mener, at deres helbred begrænser dem i at arbejde. Hver tiende (9 %) oplever, at det svinger, mens halvdelen (50 %) oplever, at de er i stand til at arbejde deltid eller fuldtid.

Fjerde panel viser, om mødrene tror, de har kompetencer til at have et job. Ingen mener, at de intet har at tilbyde, og blot 6 % tvivler på, at deres kompetencer kan bruges på en arbejdsplads. Lidt mere end hver fjerde (28 %) oplever, at det svinger i forhold til deres tro på deres kompetencer, mens 2 ud af 3 (66 %) oplever, at de har kompetencer, der kan bruges på en arbejdsplads.

Femte panel viser mødrenes vurdering af, om de kan klare at varetage et ordinært job. I alt 6 % tror slet ikke, at de kan varetage et job, mens hver tredje (35 %) er i tvivl eller er usikker på det. Lidt mere end halvdelen (58 %) er enten nogenlunde sikker eller sikker på, at de kan varetage et job.

Samlet set tyder det på, at omkring halvdelen af de mødre, der står uden for arbejdsmarkedet, har ideer til, hvad de gerne vil arbejde med, og at hovedparten også vurderer, at de har kompetencer, der kan bruges på en arbejdsplads.

Samtidig er det også tydeligt, at en væsentlig del af mødrene oplever udfordringer med helbredet og overskuddet i forhold til at kunne varetage et job.

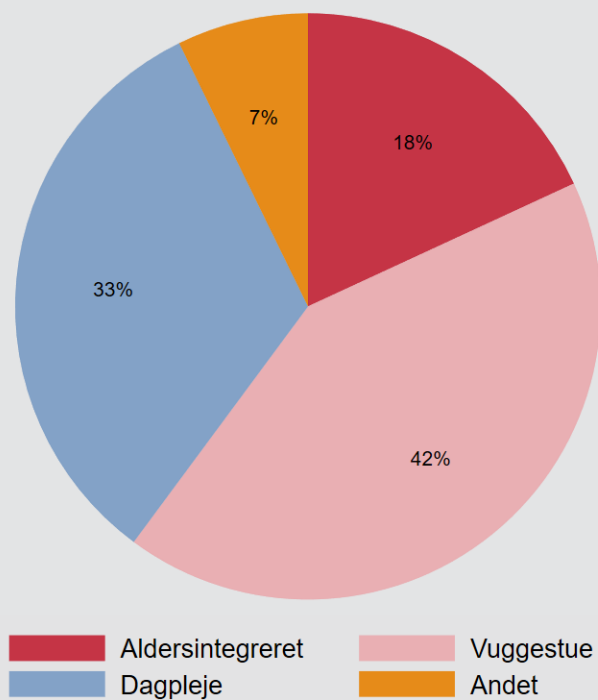
Lidt mere end halvdelen af mødrene, der står uden for arbejdsmarkedet, når barnet er 2 år gammelt, vurderer, at de er i stand til at varetage et ordinært job (fuldtid eller deltid). Det er formodentlig særligt i denne gruppe, at der er et potentiale for at få mor i beskæftigelse eller uddannelse.

6.1.3 Pasning af barnet

Figur 6.4 viser hvordan barnet passes, når det er 2 år gammelt. De fleste børn er, når de er 2 år gamle, i vuggestue eller aldersintegreret institution (60 %), og hvert tredje barn passes i dagpleje (33 %). Kun 7 % har angivet en anden form for pasning.

Figur 6.4 Pasning af barnet

Spørgsmål: *Hvordan bliver [barnets navn, red.] passet i dagtimerne netop nu?*



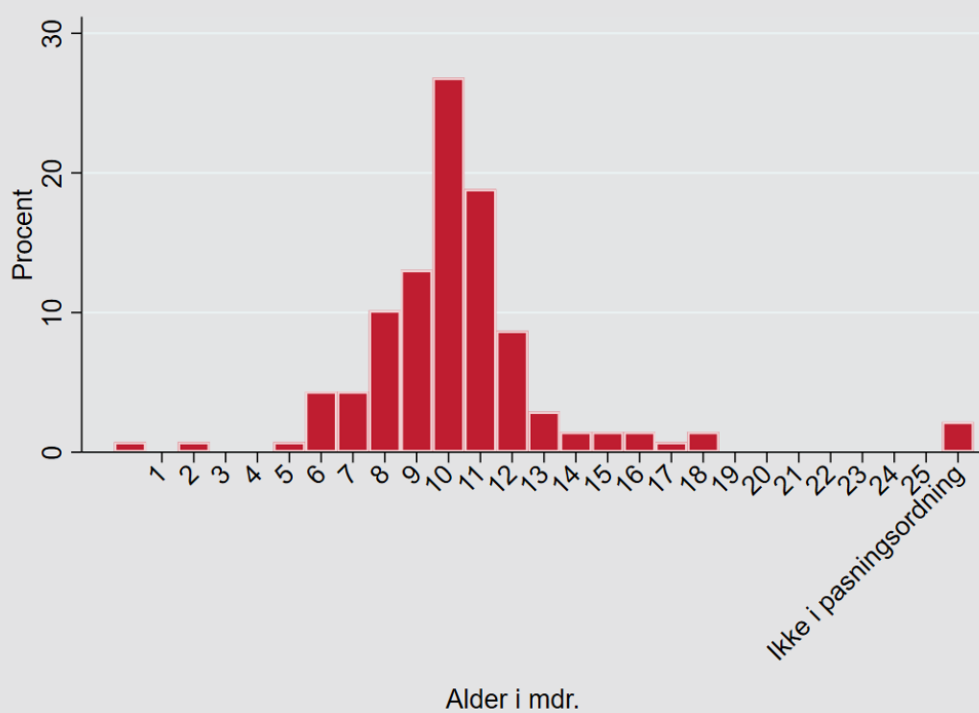
Anm.: N = 138.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Til slut viser Figur 6.5, hvor gammelt barnet var, da det startede i daginstitution. Langt størstedelen af børnene startede, da de var 8-12 måneder gamle. Kun tre angiver, at deres barn ikke er i pasning, når barnet er 2 år gammelt.

Figur 6.5 Alder ved start i dagtilbud

Spørgsmål: *Hvor gammelt var [barnets navn, red.], da han/hun startede i dagtilbud/pasningsordning?*
Angiv svaret i måneder.



Anm.: N = 138.

Kilde: MTB-spørgeskema.

Litteratur

- Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
- Ainsworth, M., 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* (pp. 99–135). Cambridge University Press.
- 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.
- 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*. Basic Books.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- 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* (3. ed, pp. 3–24). 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.
- 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.
- Ding, X.-X., Wu, Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J.-H., & Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders, 159*(81), 103–110.
- Doyle, O. (2020). The first 2,000 days and child skills. *Journal of Political Economy, 128*(6), 2067–2122.
- 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. (2012). Parenting behavior as the environment where children grow. In L. Mayes & M. Lewis (Eds.), *The Cambridge Handbook of Environment in Human Development* (pp. 535–567). Cambridge University Press.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372–380.
- 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. *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.
- 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*. 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.
- Holzkamp, K. (1998). Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordiske Udkast*, 26(2), 3–32.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356–366.
- Kefeli, M. C., Turow, R. G., Yıldırım, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 260, 391–399.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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*. Nationalt Center for Minding the Baby®, Yale University.

- Mesman, J., & Emmen, R. A. G. (2013). Mary Ainsworth's legacy: A systematic review of observational instruments measuring parental sensitivity. *Attachment & Human Development, 15*(5–6), 485–506.
- Nyström, K., & Ohrling, 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.
- 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.
- 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*(1), 529.
- Pontoppidan, M., Vixø, K., Thorsager, M., Risbjerg, A. W., Hirani, J. C., & Friis-Hansen, M. (2023). *Minding the Baby: Præsentation af de gravide samt analyser af udvikling, trivsel, samspil og anbringelser, når børnene er 3 og 12 måneder gamle*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- 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*(1), 223.
- Ravnholt, I. S., & Jensen, L. B. (2023). *Hvor er far? En kritisk psykologisk undersøgelse af fædres oplevelse af deltagelse i den tidlige forebyggende indsats Minding the Baby*. Aarhus Universitet, DPU.
- Reuter, A., Silfverdal, S. A., Lindblom, K., & Hjern, A. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatrica, 109*(9), 1717–1732.
- 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. (2018). *The Pregnancy Interview - Revised*. Yale Child Study Center, Yale School of Medicine.
- Slade, A., Sadler, L. S., Webb, D., Simpson, T., & Close, N. (2018a). *Minding the Baby® Home Visitation Program: Treatment manual*. (5. ed.). Yale University.
- Slade, A., Sadler, L. S., Webb, D., Simpson, T., & Close, N. (2018b). *MTB Danmark. Forkortet behandlingsmanual. Dansk indsats- og undervisningsvejledning*. 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*. Guilford Publications.
- Smith-Nielsen, J., & Væver, M. S. (2019). EPDS I DANMARK – et forslag til forskningsbaserede retningslinjer for screening for fødselsdepression. *Sundhedsplejersken*, 2, 36–41.
- Sundhedsstyrelsen. (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 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.
- White, I. R., Royston, P., & Wood, A. M. (2011). Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine*, 30(4), 377–399.

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.

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.

Bilag 1 Interviewguide: MTB-klinikere

Bilagstabel 1.1 Interviewguide: MTB-klinikere

Emne	Interviewspørgsmål
Baggrund	<ul style="list-style-type: none"> • Vil du kort præsentere dig selv? • Navn? • Sundhedsplejerske eller familiekonsulent? • Kommune? • Hvor mange års erfaring inden for området? • Har du været med på projektet fra begyndelsen? • Hvis ikke, hvornår begyndte du som kliniker på MTB? • Hvor mange familier har du haft igennem, imens du har været kliniker på MTB?
MTB vs. sædvanlig indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg kunne godt tænke mig at høre lidt om, hvordan du oplever MTB-forløbet ud fra dit faglige perspektiv? • Hvordan adskiller MTB sig fra jeres normale forløb?
Ændringer hos familierne	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg vil gerne have dig til at vurdere de MTB-forløb, du har gennemført, både delvist og helt. • Hvordan har det set ud ved afslutningen af forløbet med familierne, hvis du skal tænke på familiens udvikling for hvert forløb? Har der været forværringer, ingen ændringer eller forbedringer (notér hvor mange af hver)? Du må gerne komme med eksempler. • Nu må du gerne tænke på hvert enkelt forløb. • Hvis der er sket forværringer, hvorfor tror du, det er sådan? • Hvilke udfordringer er det, som gør, at MTB ikke har haft en positiv indvirkning på de familier? Kom gerne med eksempler. • Hvad skal der til for at kunne skabe en positiv ændring hos disse familier? • Hvis der ikke er nogen ændringer, hvorfor tror du ikke, familien har udviklet sig? • Hvilke udfordringer er det, som gør, at MTB ikke har haft en positiv indvirkning på de familier? Kom gerne med eksempler. • Hvad skal der til for at kunne skabe en positiv ændring hos disse familier? • Hvad med de familier, hvor der er sket en positiv ændring, hvorfor tror du, der er sket denne positive ændring? • Hvad for nogle ændringer ser du hos de familier efter MTB-forløbene? Kom gerne med eksempler. • Er der nogle ændringer, som går igen hos familierne? Hvilke? • Hvordan adskiller disse familier sig fra de familier, som er forværret, eller hvor der ingen ændringer er sket? Kom gerne med eksempler? • Hvad er det, som netop MTB-forløbene har kunnet bidrage positivt med hos disse familier? • Er der noget, som MTB-forløbet mangler, som kunne have støttet familierne endnu mere? Kom gerne med eksempler.
Muligheder ved MTB som indsats	<ul style="list-style-type: none"> • Giver MTB-forløbene nogle muligheder, som jeres sædvanlige forløb ikke giver? • Hvis ja, hvilke muligheder er det? • Hvis ja, hvordan påvirker det dig som fagperson, når du skal arbejde med den her type af familier? • Hvis nej, hvorfor ikke? • Hvad synes du om MTB-forløbene helt overordnet? • Har du oplevet nogle problemer ved MTB-forløbene?

Emne	Interviewspørgsmål
	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="456 309 1023 338">• Hvis ja, hvilke problemer? Kom gerne med eksempler.<li data-bbox="456 342 1286 403">• Er MTB et forløb, som du vil fortsætte med, hvis du selv kunne bestemme? Hvorfor/hvorfor ikke?

Kilde: VIVE.

Bilag 2 Interviewguide: Fædre

Bilagstabel 2.1 Interviewguide: Fædre

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Noter/kommentarer/opmærksomhedspunkter
Præsentation	Præsentation af, hvem vi er.	<i>Start med at fortælle om dagens formål, tavshedspligt, hvem er vi, der deltager, interviewform.</i>
Projektets formål	Projektet ønsker at undersøge, hvordan fædre oplever overgangen til faderskabet, og hvordan MTB har lykkedes med at inddrage faren.	<i>Tid: Ca. 45 minutter. Spørg, om vi må lydoptage. Indhent mundtligt samtykke.</i>
Interviewets form	Semistruktureret interview. Samtale mellem interviewer og interviewperson på baggrund af en række spørgsmål.	<i>Det er helt okay, hvis der er ting, du IKKE ønsker at svare på! Helt okay at afbryde og spørge – uformel samtale.</i>
Fortrolighed/samtykkeerklæring	Interviewet opbevares fortroligt, deles ikke med andre, og du anonymiseres, så du ikke kan genkendes.	
Hvem er interviewpersonen?	Navn, alder, uddannelse, job? Familiekonstellation? Barnets alder?	<i>Biologisk far/far der er tilstede.</i>
Hvordan er farens deltagelsesmuligheder i familiens hverdagsliv?	Deltager du i lægebesøg, jordemoderbesøg m.m.? <ul style="list-style-type: none"> • Ja: Hvordan oplevede du disse besøg? • Nej: Hvad var årsagen til, du ikke deltog? <p>Kan du fortælle om din første uge som far?</p> <p>Hvordan oplevede du det?</p> <p>Har du holdt barsel? Hvor længe?</p> <p>Hvad er årsagen til varigheden af barslen?</p> <p>Kan du fortælle om, hvordan jeres hverdag fungerer?</p> <p>Hvornår føler du dig allermost vigtig for dit barn?</p> <p>Er der nogle særlige tidspunkter, hvor du føler dig utilstrækkelig som forælder?</p>	<i>Muligheden for lang barsel? Lyst?</i> <i>Fx. hente barnet, indkøb, madlavning, samvær med børn m.m.</i> <i>Både i starten af barnets liv og senere(nu)</i> <i>Evt. som moren kan, men du ikke kan?</i>
Hvad var farens oplevelse af Minding the Baby?	Hvordan kom det i stand, at I skulle være med i MTB-forløbet?	

	<p>Fortalte de, hvorfor at de tænkte, I skulle deltage i MTB?</p> <p>Hvordan har du oplevet muligheden for at kunne deltage? Havde du lyst til at deltage?</p> <p>Var der møder, du ikke deltog i?</p> <p>Hvis du ikke deltog – hvorfor gjorde du ikke det?</p> <p>Hvordan vil du beskrive din relation til MTB-personerne?</p> <p>Oplevede du, at der var noget i forløbet, der var særligt rettet mod dig som far?</p>	<p><i>Hvor ofte? Alene, sammen?</i></p>
<p>Oplevede faren, at MTB havde en betydning for hans rolle som far?</p>	<p>Hvad var det vigtigste, du fik med dig fra MTB?</p> <p>Hvad var det vigtigste, moren fik med sig?</p> <p>Tror du, MTB har haft en indflydelse på den relation, du har til dit barn i dag?</p> <p>Hvordan har MTB påvirket jeres families hverdag?</p>	<p><i>Primært, hvis faren er lidt negativt stemt.</i></p> <p><i>Fx job, daglige pligter, forholdet.</i></p>

Kilde: VIVE.

Bilag 3 Skema med oplysninger om anden indsats

Underretninger

- Antal underretninger i graviditeten og i barnets første to leveår.

Indsatser foretaget i graviditeten og i barnets første andet leveår:

- Antal indsatser
- Hvornår handlingen er påbegyndt og afsluttet
- Lovgrundlaget for iværksættelsen af handlingen
- Iværksat handling
- Fokusområde for foranstaltning
- Intensitet (i timer pr. måned)
- Intensitet (i antal kontakter pr. måned)
- Samlet antal timer i indsatsperioden
- Deltagere i handlingen
- Om handlingen er købt uden for kommunen.

Bilag 4 Beskrivende statistik, når barnet er 24 måneder

Bilagstabel 4.1 24 måneders-opfølgning af MTB- og kontrolgruppe

	Kontrol		MTB		Total		Test af forskel	
	Gnm	SD	Gnm	SD	Gnm	SD	T-test	p-værdi
SWEMWBS: Trivsel	23,87	3,80	24,14	3,86	24,09	3,84	-0,38	0,71
Selvurderet eget helbred	7,41	2,15	7,02	2,05	7,10	2,07	0,99	0,32
Tilfredshed med livssituation	7,62	2,63	7,80	1,93	7,76	2,07	-0,46	0,65
Ensomhed#	2,59	0,87	2,55	0,88	2,56	0,87	0,23	0,82
Praktisk netværk	3,81	1,18	3,91	1,21	3,89	1,20	-0,40	0,69
Fortroligt netværk	4,66	0,60	4,42	0,99	4,47	0,93	1,28	0,20
EPDS: Fødselsdepression#	8,21	5,85	8,80	5,53	8,69	5,58	-0,56	0,58
WHO-5: Mentalt helbred	55,53	20,95	58,79	21,45	58,18	21,34	-0,80	0,42
Partnerrelation	8,09	10,47	10,39	10,33	9,96	10,36	-1,17	0,24
Mor-barn-forhold: Total#	4,88	5,76	7,01	4,83	6,61	5,07	-2,23	0,03
Mor-barn-forhold: Fjendtlighed#	1,50	2,12	2,38	2,42	2,21	2,38	-1,95	0,05
Mor-barn-forhold: Tilknytning#	1,38	1,89	2,25	1,68	2,09	1,75	-2,66	0,01
Mor-barn-forhold: Ængstelighed#	2,00	2,35	2,38	1,77	2,31	1,89	-1,07	0,29
Forældrestress#	31,94	10,22	29,65	9,67	30,08	9,79	1,19	0,24
Mangel på forældretilfredshed#	14,00	4,28	14,31	4,50	14,25	4,45	-0,35	0,72
Forvrænget mentalisering#	10,91	4,12	10,66	4,34	10,71	4,29	0,30	0,76
Vished om tanker og følelser	29,03	7,13	29,54	5,81	29,45	6,07	-0,44	0,66
Nysgerrighed og interesse	37,26	4,14	38,28	4,21	38,09	4,20	-1,27	0,20
Aktiviteter med barn	2,33	0,89	2,39	0,77	2,38	0,79	-0,45	0,65
Oplevelse af for få kontakter med fagprof.#	0,09	0,30	0,04	0,19	0,05	0,21	1,38	0,17
I arbejde	0,50	0,51	0,38	0,49	0,40	0,49	1,28	0,20
I uddannelse	0,06	0,25	0,27	0,45	0,24	0,43	-1,78	0,08
Barnets helbred	9,26	0,96	8,81	1,42	8,89	1,35	1,79	0,07
Sprogforståelse#	9,88	3,38	9,26	2,89	9,38	2,99	1,09	0,28
Talesprog#	14,97	4,71	13,64	4,02	13,89	4,18	1,68	0,10

	Kontrol		MTB		Total	Test af forskel		
SDQ:								
Emotionelle problemer#	1,29	1,66	1,23	1,31	1,24	1,38	0,23	0,82
SDQ: Adfærdsproblemer#	2,06	1,52	1,73	1,51	1,79	1,51	1,16	0,25
SDQ: Problemer med jævnaldrende#	1,50	1,66	1,23	1,42	1,28	1,47	0,98	0,33
SDQ: Prosocial	7,44	2,09	7,40	2,48	7,41	2,41	0,10	0,92
SDQ: Total#	8,71	5,08	7,86	4,48	8,02	4,60	0,96	0,34
ASQSE: Selvregulering#	10,44	9,56	9,83	7,16	9,94	7,65	0,42	0,67
ASQSE: Indvilligelse#	1,97	2,78	0,84	1,97	1,05	2,18	2,74	0,01
ASQSE: Tilpasningsevne#	6,62	7,25	4,27	5,40	4,72	5,86	2,13	0,03
ASQSE: Autonomi#	1,52	2,65	2,17	2,82	2,05	2,79	-1,21	0,23
ASQSE: Affekt#	1,91	3,02	1,50	2,72	1,58	2,78	0,77	0,44
ASQSE: Social kommunikation#	6,47	8,03	3,81	6,17	4,32	6,62	2,13	0,03
ASQSE: Interaktion med andre#	11,32	7,52	10,63	7,43	10,76	7,43	0,49	0,63
ASQSE: Totalscore med bekymring#	46,36	36,62	36,50	24,57	38,35	27,39	1,73	0,09
ASQSE: Totalscore#	42,65	29,65	34,90	21,85	36,38	23,66	1,88	0,06
Sensitivitet Ainsworth	6,30	1,22	6,48	1,11	6,45	1,13	-0,64	0,52
CIB: Sensitivitet	3,45	0,42	3,40	0,45	3,41	0,44	0,44	0,66
CIB: Påtrængenhed#	1,99	0,23	1,94	0,22	1,95	0,22	0,80	0,42
CIB: Grænsesætning	3,99	0,56	3,98	0,55	3,98	0,55	0,07	0,94
CIB: Involvering	3,68	0,34	3,69	0,38	3,68	0,38	-0,08	0,94
CIB: Tilbagetrækning#	1,22	0,35	1,25	0,34	1,25	0,34	-0,40	0,69
CIB: Efterlevelse	3,95	0,36	3,98	0,52	3,97	0,49	-0,21	0,83
CIB: Gensidighed	3,87	0,48	3,85	0,53	3,86	0,52	0,11	0,91
CIB: Negative tilstande#	1,30	0,34	1,33	0,54	1,32	0,52	-0,20	0,84
CIB total	4,02	0,33	3,99	0,38	4,00	0,37	0,29	0,77

Anm.: N=170 for spørgeskema udfald og N=124 for CIB.

Note: #lavt er godt.

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

Bilag 5 Effektmåling

Bilagstabel 5.1 Effektestimater

	Estimat	95-%'s KI	P-værdi	Cohen's d	
SWEMWBS: Trivsel	-0,02	-1,80	1,77	0,99	0,00
Selvurderet eget helbred	-0,80	-1,80	0,19	0,11	-0,39
Tilfredshed med livssituation	-0,08	-1,25	1,08	0,89	-0,04
Ensomhed#	-0,14	-0,56	0,28	0,51	-0,16
Praktisk netværk	0,30	-0,21	0,81	0,24	0,25
Fortroligt netværk	-0,23	-0,57	0,12	0,20	-0,24
EPDS: Fødselsdepression#	1,44	-1,17	4,05	0,28	0,26
WHO-5: Mentalt helbred	1,91	-8,32	12,13	0,71	0,09
Partnerrelation	-3,58	-7,22	0,06	0,05+	-0,35
Mor-barn-forhold: Total#	-0,54	-2,85	1,77	0,65	-0,11
Mor-barn-forhold: Fjendtlighed#	-0,06	-0,97	0,86	0,90	-0,02
Mor-barn-forhold: Tilknytning#	0,16	-0,63	0,95	0,69	0,09
Mor-barn-forhold: Ængstelighed#	-0,64	-1,59	0,30	0,18	-0,34
Forældrestress#	-2,68	-7,75	2,40	0,30	-0,28
Mangel på forældretilfredshed#	0,30	-1,67	2,27	0,76	0,07
Forvrænget mentalisering#	-0,22	-2,05	1,61	0,81	-0,05
Vished om tanker og følelser	0,89	-2,01	3,79	0,54	0,15
Nysgerrighed og interesse	1,20	-0,60	3,01	0,19	0,29
Aktiviteter med barn	0,01	-0,39	0,40	0,97	0,01
Oplevelse af for få kontakter med fagprof.#	-0,10	-0,24	0,04	0,15	-0,48
I arbejde	-0,15	-0,39	0,08	0,20	-0,32
I uddannelse	0,18	-0,04	0,40	0,10+	0,43
Barnets helbred	-0,24	-0,69	0,21	0,29	-0,18
Sprogforståelse#	-0,64	-2,07	0,79	0,38	-0,22
Talesprog#	-1,41	-3,52	0,70	0,19	-0,34
SDQ: Emotionelle problemer#	0,09	-0,41	0,59	0,72	0,06

	Estimat	95-%'s KI	P-værdi	Cohen's d	
SDQ: Adfærdsproblemer#	-0,36	-1,09	0,37	0,33	-0,24
SDQ: Problemer med jævnaldrende#	-0,60	-1,21	0,00	0,05*	-0,42
SDQ: Prosocial	0,68	-0,31	1,66	0,18	0,28
SDQ: Total#	-1,29	-3,22	0,63	0,19	-0,28
ASQSE: Selvregulering#	0,53	-2,69	3,75	0,75	0,07
ASQSE: Indvilligelse#	-1,11	-2,20	-0,02	0,05*	-0,52
ASQSE: Tilpasningsevne#	-2,47	-5,15	0,20	0,07†	-0,43
ASQSE: Autonomi#	0,94	-0,19	2,06	0,10	0,34
ASQSE: Affekt#	-0,98	-2,12	0,16	0,09†	-0,36
ASQSE: Social kommunikation#	-2,97	-5,68	-0,26	0,03*	-0,46
ASQSE: Interaktion med andre#	-0,94	-3,96	2,09	0,54	-0,13
ASQSE: Totalscore med bekymring#	-8,61	-19,44	2,21	0,12	-0,32
ASQSE: Totalscore#	-7,72	-17,40	1,97	0,12	-0,33
Sensitivitet Ainsworth	-0,13	-0,74	0,48	0,68	-0,12
CIB: Sensitivitet	-0,10	-0,33	0,13	0,41	-0,22
CIB: Påtrængenhed#	0,03	-0,10	0,17	0,60	0,16
CIB: Grænsesætning	-0,04	-0,36	0,28	0,80	-0,07
CIB: Involvering	-0,04	-0,24	0,16	0,71	-0,10
CIB: Tilbagetrækning#	0,08	-0,14	0,29	0,47	0,23
CIB: Efterlevelse	0,02	-0,24	0,28	0,85	0,05
CIB: Gensidighed	-0,03	-0,34	0,28	0,85	-0,06
CIB: Negative tilstande#	0,04	-0,23	0,31	0,78	0,08
CIB total	-0,08	-0,28	0,12	0,42	-0,22

Anm.: KI: Konfidensinterval. N=170 i survey og N=124 for video. Den estimerede effekt af MTB samt 95-%'s konfidensintervaller opnået ved lineær regression og robuste standardfejl med kontrolvariable: Bor alene, antal børn, arbejdsmarkedsstatus, barnets alder ved forventet amnestop, antal genstande før graviditet, kvindernes "frygt for intimitet" (ECR-R), barnets alder og tidspunkt for besvarelse af baseline.

Note: #lav score er godt. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, † p<0.10.

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

Bilag 6 Moderatoranalyse

Bilagstabel 6.1 Effekter af MTB, når barnet er 2 år gammelt – opdelt efter mors alder, og om hun er førstegangsfødende

	Alder		Førstegangsmor	
	Effektestimat	P-værdi	Effektestimat	P-værdi
SWEMWBS: Trivsel	1,87	0,21	-0,59	0,74
Selvurderet eget helbred	-0,03	0,97	1,84	0,03*
Tilfredshed med livssituation	-0,23	0,81	1,69	0,11
Ensomhed#	-0,68	0,08	-0,55	0,22
Praktisk netværk	0,91	0,03*	0,38	0,46
Fortroligt netværk	0,30	0,26	0,26	0,35
EPDS: Fødselsdepression#	0,25	0,92	-2,93	0,27
WHO-5: Mentalt helbred	5,31	0,55	10,01	0,35
Partnerrelation	2,09	0,59	5,68	0,08
Mor-barn-forhold: Total#	0,18	0,92	-1,82	0,51
Mor-barn-forhold: Fjendtlighed#	-0,14	0,86	-0,95	0,38
Mor-barn-forhold: Tilknytning#	-0,17	0,79	0,20	0,83
Mor-barn-forhold: Ængstelighed#	0,49	0,50	-1,07	0,27
Forældrestress#	-8,04	0,04*	-6,31	0,23
Mangel på forældretilfredshed#	-0,24	0,88	-2,83	0,18
Forvrænget mentalisering#	-1,09	0,48	-1,01	0,61
Vished om tanker og følelser	-2,62	0,30	-0,13	0,97
Nysgerrighed og interesse	-1,28	0,41	-0,80	0,65
Aktiviteter med barn	-0,45	0,20	-0,39	0,32
Oplevelse af for få kontakter med fagprof.#	0,16	0,13	-0,11	0,21
I arbejde	-0,29	0,13	-0,27	0,22
I uddannelse	-0,14	0,63	0,29	0,22
Barnets helbred	0,65	0,10	-0,11	0,85
Sprogforståelse#	0,93	0,47	-0,54	0,68
Talesprog#	0,24	0,90	0,96	0,63

		Alder	Førstegangsmor	
SDQ: Emotionelle problemer#	-0,26	0,66	0,65	0,44
SDQ: Adfærdsproblemer#	-1,10	0,10	-0,58	0,38
SDQ: Problemer med jævnaldrende#	0,05	0,92	-0,08	0,90
SDQ: Prosocial	1,40	0,12	-1,10	0,26
SDQ: Total#	-2,12	0,27	-1,28	0,59
ASQSE: Selvregulering#	-2,05	0,56	3,57	0,36
ASQSE: Indvilligelse#	-0,96	0,36	1,76	0,16
ASQSE: Tilpasningsevne#	-1,15	0,68	3,31	0,36
ASQSE: Autonomi#	0,73	0,47	0,74	0,61
ASQSE: Affekt#	-2,60	0,03*	1,38	0,36
ASQSE: Social kommunikation#	-2,11	0,47	2,93	0,48
ASQSE: Interaktion med andre#	-3,87	0,20	1,11	0,74
ASQSE: Totalscore med bekymring#	-13,74	0,28	18,27	0,33
ASQSE: Totalscore#	-10,74	0,29	14,70	0,32
Ainsworth sensitivitet	-0,94	0,07†	-0,31	0,59
CIB: Sensitivitet	-0,25	0,21	-0,24	0,35
CIB: Påtrængenhed#	0,01	0,95	-0,01	0,91
CIB: Grænsesætning	-0,31	0,24	-0,27	0,51
CIB: Involvering	-0,11	0,54	-0,17	0,44
CIB: Tilbagetrækning#	0,18	0,29	-0,03	0,88
CIB: Efterlevelse	-0,22	0,25	-0,18	0,58
CIB: Gensidighed	-0,38	0,12	-0,31	0,35
CIB: Negative tilstande#	0,34	0,12	0,19	0,52
CIB: Total	-0,16	0,34	-0,18	0,42

Anm.: N = 170 for survey og N=124 for video. Regressionsmodel med et interaktionsled mellem karakteristika og MTB-allokering samt karakteristikaet og de samme kontrolvariable som hovedregressionerne. I tabellen er estimatet for interaktionsledet præsenteret samt tilhørende p-værdi for signifikans.

Note: #lav score er godt. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, † p<0.10.

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

Bilagstabel 6.2 Baggrundskarakteristika efter deltagelsesintensitet for MTB-familier

	Lav deltagelse	Standard	Høj deltagelse
Bor alene			
Nej	84,21 %	81,51 %	80,00 %
Ja	15,79 %	18,49 %	20,00 %
Taler primært dansk i hjemmet			
Ja	97,37 %	88,98 %	92,00 %
Nej	2,63 %	11,02 %	8,00 %
Arbejdsmarkedsstatus			
I arbejde	26,32 %	16,95 %	12,00 %
Sygemeldt fra arbejde/Sygedagpenge	10,53 %	13,56 %	4,00 %
Arbejdsløs med understøttelse	0,00 %	8,47 %	0,00 %
Førtidspensionist/kontanthjælp	31,58 %	33,05 %	56,00 %
Hjemmegående/orlov	5,26 %	9,32 %	4,00 %
Under uddannelse	15,79 %	9,32 %	8,00 %
Andet	10,53 %	9,32 %	16,00 %
Følelsesmæssige overgreb			
Minimal/ingen	35,48 %	32,69 %	33,33 %
Lavt	16,13 %	16,35 %	8,33 %
Moderat	16,13 %	14,42 %	16,67 %
I svær grad	32,26 %	36,54 %	41,67 %
Fysiske overgreb			
Minimal/ingen	64,52 %	63,73 %	58,33 %
Moderat	6,45 %	9,80 %	4,17 %
I svær grad	29,03 %	26,47 %	37,50 %
Seksuelle overgreb			
Minimal/ingen	74,19 %	71,29 %	62,50 %
Moderat	3,23 %	4,95 %	12,50 %
I svær grad	22,58 %	23,76 %	25,00 %
Følelsesmæssigt omsorgssvigt			
Minimal/ingen	58,06 %	50,49 %	37,50 %

	Lav deltagelse	Standard	Høj deltagelse
Lavt	12,90 %	11,65 %	20,83 %
Moderat	9,68 %	9,71 %	4,17 %
I svær grad	19,35 %	28,16 %	37,50 %
Fysisk omsorgssvigt			
Minimal/ingen	38,71 %	36,54 %	33,33 %
Lavt	12,90 %	9,62 %	12,50 %
Moderat	9,68 %	9,62 %	4,17 %
I svær grad	38,71 %	44,23 %	50,00 %
PTSD: Genoplevelse			
Nej	45,16 %	48,51 %	33,33 %
Ja	54,84 %	51,49 %	66,67 %
PTSD: Undgåelse			
Nej	64,52 %	53,47 %	54,17 %
Ja	35,48 %	46,53 %	45,83 %
PTSD: Vagtsomhed			
Nej	54,84 %	40,59 %	29,17 %
Ja	45,16 %	59,41 %	70,83 %

Anm.: N = 182.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Bilagstabel 6.3 Effekten af MTB blandt deltagende familier

	Estimat	95-%'s KI	P-værdi
SWEMWBS: Trivsel	0,06	-1,74 1,86	0,94
Selvurderet eget helbred	-0,95	-1,98 0,09	0,07+
Tilfredshed med livssituation	-0,17	-1,37 1,03	0,78
Ensomhed#	-0,14	-0,55 0,28	0,52
Praktisk netværk	0,32	-0,20 0,85	0,23
Fortroligt netværk	-0,25	-0,61 0,11	0,17
EPDS: Fødselsdepression#	1,78	-0,86 4,41	0,19
WHO-5: Mentalt helbred	1,36	-8,81 11,53	0,79
Partnerrelation	-0,14	-4,04 3,77	0,95
Mor-barn-forhold: Total#	-0,38	-2,66 1,90	0,75
Mor-barn-forhold: Fjendtlighed#	0,07	-0,85 1,00	0,88
Mor-barn-forhold: Tilknytning#	0,18	-0,62 0,97	0,66
Mor-barn-forhold: Ængstelighed#	-0,63	-1,56 0,31	0,19
Forældrestress#	-2,39	-7,27 2,49	0,34
Mangel på forældretilfredshed#	0,78	-1,28 2,84	0,46
Forvrænget mentalisering#	0,12	-1,75 1,98	0,90
Vished om tanker og følelser	0,85	-2,11 3,82	0,57
Nysgerrighed og interesse	0,93	-0,91 2,77	0,32
Aktiviteter med barn	0,04	-0,35 0,44	0,83
Oplevelse af for få kontakter med fagprof.#	-0,11	-0,25 0,03	0,11
I arbejde	-0,20	-0,44 0,04	0,11
I uddannelse	0,19	-0,01 0,39	0,06+
Barnets helbred	-0,34	-0,78 0,10	0,13
Sprogforståelse#	-2,09	-5,48 1,30	0,23
Talesprog#	-0,72	-2,20 0,75	0,34
SDQ: Emotionelle problemer#	-1,37	-3,56 0,82	0,22
SDQ: Adfærdsproblemer#	0,15	-0,33 0,64	0,53
SDQ: Problemer med jævnaldrende#	-0,61	-1,22 0,00	0,05*
SDQ: Prosocial	0,74	-0,24 1,72	0,14

	Estimat	95-%'s KI	P-værdi	
SDQ: Total#	-1,17	-3,09	0,74	0,23
ASQSE: Selvregulering#	0,49	-2,79	3,77	0,77
ASQSE: Indvilligelse#	-1,12	-2,21	-0,03	0,04*
ASQSE: Tilpasningsevne#	-2,70	-5,43	0,03	0,05†
ASQSE: Autonomi#	1,03	-0,08	2,14	0,07†
ASQSE: Affekt#	-0,94	-2,04	0,15	0,09†
ASQSE: Social kommunikation#	-3,20	-5,93	-0,46	0,02*
ASQSE: Interaktion med andre#	-0,85	-3,88	2,19	0,58
ASQSE: Totalscore med bekymring#	-8,90	-19,43	1,63	0,10
ASQSE: Totalscore#	-8,15	-17,54	1,23	0,09†
Sensitivitet Ainsworth	-0,23	-0,90	0,44	0,50
CIB: Sensitivitet	-0,12	-0,36	0,13	0,34
CIB: Påtrængenhed#	0,03	-0,10	0,17	0,63
CIB: Grænsesætning	-0,08	-0,41	0,25	0,64
CIB: Involvering	-0,06	-0,27	0,15	0,56
CIB: Tilbagetrækning#	0,10	-0,12	0,32	0,39
CIB: Efterlevelse	-0,06	-0,33	0,21	0,66
CIB: Gensidighed	-0,07	-0,38	0,25	0,68
CIB: Negative tilstande#	0,07	-0,21	0,35	0,61
CIB total	-0,11	-0,32	0,10	0,31

Anm.: N=170 i spørgeskema og N=124 for CIB-udfaldsmål. KI: Konfidensinterval. IV-regressionen består af en first stage og en second stage. I first stage predikteres deltagelse i MTB ud fra, om man er randomiseret til MTB. I second stage estimeres effekten på udfaldsmålene.

Note: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, † p<0.10.

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

Bilag 7 Robusthedsanalyser

Bilagstabel 7.1 Robusthedstjek – effektestimater og p-niveauer for alternative analysestrategier med imputering og vægtning (IPAW). Complete case-resultater indsat, så det er nemt at sammenligne resultaterne på tværs af de tre analyser

	Multiple imputering		IPAW		Complete case	
	Effekt-estimat	P-værdi	Effekt-estimat	P-værdi	Effekt-estimat	P-værdi
SWEMWBS: Trivsel	-0,11	0,92	-0,55	0,54	-0,02	0,99
Selvurderet eget helbred	-0,36	0,48	-1,17	0,01*	-0,80	0,11
Tilfredshed med livssituation	0,37	0,61	-0,36	0,54	-0,08	0,89
Ensomhed#	0,05	0,85	-0,01	0,98	-0,14	0,51
Praktisk netværk	0,24	0,48	0,32	0,25	0,30	0,24
Fortroligt netværk	-0,06	0,80	-0,19	0,32	-0,23	0,20
EPDS: Fødselsdepression#	0,25	0,85	2,46	0,05 ⁺	1,44	0,28
WHO-5: Mentalt helbred	1,25	0,82	-1,05	0,83	1,91	0,71
Partnerrelation	-2,52	0,35	-2,67	0,14	-3,58	0,05*
Mor-barn-forhold: Total#	-0,68	0,57	0,27	0,81	-0,54	0,65
Mor-barn-forhold: Fjendtlighed#	-0,19	0,71	0,43	0,35	-0,06	0,90
Mor-barn-forhold: Tilknytning#	-0,10	0,82	0,25	0,53	0,16	0,69
Mor-barn-forhold: Ængstelighed#	-0,64	0,18	-0,42	0,36	-0,64	0,18
Forældrestress#	-3,00	0,20	-2,21	0,39	-2,68	0,30
Mangel på forældretilfredshed#	-0,96	0,39	1,11	0,29	0,30	0,76
Forvrænget mentalisering#	-1,07	0,24	0,54	0,56	-0,22	0,81
Vished om tanker og følelser	2,20	0,22	0,94	0,53	0,89	0,54
Nysgerrighed og interesse	2,01	0,02*	0,43	0,62	1,20	0,19
Aktiviteter med barn	0,02	0,93	0,08	0,69	0,01	0,97
Oplevelse af for få kontakter med fagprof.#	-0,19	0,07 ⁺	-0,06	0,32	-0,10	0,15
I arbejde	-0,11	0,27	-0,10	0,34	-0,15	0,20
I uddannelse	0,27	0,00**	0,13	0,26	0,18	0,10
Barnets helbred	-0,44	0,08 ⁺	-0,44	0,04*	-0,24	0,29

	Multiple imputering			IPAW	Complete case	
Sprogforståelse#	-0,97	0,12	-0,39	0,61	-0,64	0,38
Talesprog#	-1,41	0,19	-1,34	0,27	-1,41	0,19
SDQ: Emotionelle problemer#	-0,12	0,70	0,20	0,42	0,09	0,72
SDQ: Adfærdsproblemer#	-0,36	0,26	-0,20	0,61	-0,36	0,33
SDQ: Problemer med jævnaldrende#	-0,69	0,05*	-0,41	0,15	-0,60	0,05*
SDQ: Prosocial	0,03	0,95	0,57	0,27	0,68	0,18
SDQ: Total#	-1,11	0,21	-0,58	0,58	-1,29	0,19
ASQSE: Selvregulering#	-0,01	1,00	1,03	0,52	0,53	0,75
ASQSE: Indvilligelse#	-1,23	0,04*	-0,99	0,07†	-1,11	0,05*
ASQSE: Tilpasningsevne#	-2,33	0,07†	-2,02	0,13	-2,47	0,07†
ASQSE: Autonomi#	0,00	1,00	1,06	0,04*	0,94	0,10
ASQSE: Affekt#	-0,84	0,15	-0,71	0,20	-0,98	0,09†
ASQSE: Social kommunikation#	-3,19	0,02*	-2,30	0,07†	-2,97	0,03*
ASQSE: Interaktion med andre#	-1,81	0,36	-0,32	0,82	-0,94	0,54
ASQSE: Totalscore med bekymring#	-10,51	0,06†	-4,74	0,32	-8,61	0,12
ASQSE: Totalscore#	-9,55	0,04*	-4,58	0,28	0,53	0,12
Ainsworth sensitivitet	0,13	0,62	-0,23	0,46	-0,13	0,68
CIB: Sensitivitet	-0,09	0,28	-0,10	0,44	-0,10	0,41
CIB: Påtrængenhed#	-0,04	0,44	0,04	0,55	0,03	0,60
CIB: Grænsesætning	0,05	0,69	-0,07	0,68	-0,04	0,80
CIB: Involvering	-0,08	0,32	-0,06	0,56	-0,04	0,71
CIB: Tilbagetrækning#	0,02	0,75	0,08	0,45	0,08	0,47
CIB: Efterlevelse	0,04	0,70	-0,09	0,52	0,02	0,85
CIB: Gensidighed	-0,02	0,89	-0,05	0,76	-0,03	0,85
CIB: Negative tilstande#	0,03	0,72	0,05	0,68	0,04	0,78
CIB: Total	-0,05	0,44	-0,09	0,41	-0,08	0,42

Anm.: N=256.

Note: #lav er godt. * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, † p<0.10.

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

Bilag 8 Intern reliabilitet-måleredskaber

Bilagstabel 8.1 Intern reliabilitet for skalaer i spørgeskemaer målt med Cronbach's Alpha

Cronbach's Alpha	Baseline	3 mdr.	12 mdr.	24 mdr.
P-PRFQ: Total	0.67			
P-PRFQ: Gennemsigtighed/PRFQ – Forvrænget mentalisering	0.62		0.60	0.52
P-PRFQ: Tænker på fosteret/barnet / PRFQ: Vished om tanker og følelser	0.63		0.70	0.42
P-PRFQ: Fleksibilitet / PRFQ: Nysgerrighed og interesse	0.58		0.70	0.69
ECR-S: Total	0.65			
ECR-S: Ængstelse	0.65			
ECR-S: Undgåelse	0.70			
Trivsel	0.78	0.84	0.83	0.84
HADS: Angst	0.83			
HADS: Depression	0.75			
At være mor		0.83		
Fødselsdepression		0.88	0.90	0.88
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	0.77
ASQ:SE: Selvregulering		0.55	0.42	0.41
ASQ:SE: Adaptiv adfærd		0.28	0.25	0.40
ASQ:SE: Affekt		0.23	0.22	0.11
ASQ:SE: Social kommunikation		0.57	0.62	0.64
ASQ:SE: Interaktion med andre		0.30	0.20	0.39
ASQ:SE: Autonomi				0.16
Mor-barn-interaktion			0.73	
Aktiviteter			0.63	0.67

Cronbach's Alpha	Baseline	3 mdr.	12 mdr.	24 mdr.
Forældrestress			0.65	0.71
Mangel på forældretilfredshed			0.72	0.85
WHO-5				0.87
CSI4				0.86
Sproglig udvikling				0.85
Sprogforståelse				0.79
Talesprog				0.78
MIRS: Total				0.79
MIRS: Fjendtlighed				0.66
MIRS: Tilknytning				0.63
MIRS: Ængstelighed				0.60
SDQ: Total				0.74
SDQ: Emotionelle problemer				0.57
SDQ: Adfærdsproblemer				0.55
SDQ: Hyperaktivitet				0.72
SDQ: Problemer med jævnaldrende				0.53
SDQ: Pro social				0.66

Anm.: N = 256 (baseline), N=228 (3 mdr.), N = 187-199 (12 mdr.), N=170 (24 mdr.).

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Bilagstabel 8.2 Intern reliabilitet for skala til kodning af samspil målt med Cronbach's Alpha

Cronbach's Alpha	CIB: 12 mdr.	CIB: 24 mdr.
CIB: Sensitivitet	0.87	0,90
CIB: Påtrængenhed	0.78	0,70
CIB: Grænsesætning	0.91	0,79
CIB: Involvering	0.80	0,80
CIB: Tilbagetrækning	0.50	0,61
CIB: Gensidighed	0.96	0,96
CIB: Negative tilstande	0.78	0,76
CIB: Total	0.95	0,96

Note: N = 124.

Kilde: Videodata indsamlet af VIVE.

Bilag 9 Udvikling over tid for MTB-gruppen

Bilagstabel 9.1 Test for forskel over tid i gennemsnit og fordeling i MTB-gruppens udvikling i trivsel

	12 mdr.	24 mdr.	Test for forskel i gennemsnit		Test for forskel i fordeling	
	Gnm./sd	Gnm./sd	Teststørrelse	p-værdi	Teststørrelse	p-værdi
Trivsel: Mor	24,14(0,34)	24,14(0,33)	-0,111	0,991	0,076	0,843
EPDS	8,90(0,50)	8,88(0,48)	-0,031	0,976	0,049	0,997
I arbejde	0,35(0,04)	0,37(0,04)	0,375	0,708		
I uddannelse	0,23(0,05)	0,27(0,05)	0,581	0,562		
ASQ:SE2: Totalscore	1,15(0,07)	1,16(0,07)	0,069	0,945	0,137	0,175
CIB: Sensitivitet	3,19(0,05)	3,39(0,05)	3,013	0,003**	0,205	0,050+
CIB: Påtrængenhed	1,98(0,03)	1,93(0,02)	-1,262	0,209	0,159	0,215
CIB: Grænsesætning	3,78(0,07)	3,97(0,06)	1,967	0,051+	0,136	0,387
CIB: Involvering	3,56(0,04)	3,68(0,04)	1,963	0,051+	0,193	0,075+
CIB: Tilbagetrækning	1,35(0,04)	1,26(0,04)	-1,589	0,114	0,159	0,215
CIB: Efterlevelse	3,91(0,06)	3,98(0,06)	0,747	0,456	0,080	0,943
CIB: Gensidighed	3,67(0,07)	3,85(0,06)	1,996	0,048*	0,159	0,215
CIB: Negative tilstande	1,39(0,06)	1,34(0,06)	-0,609	0,543	0,091	0,860

Anm.: N = 130 som besvarer både T2 og T3. N = 88 for CIB. 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: gennemsnit, sd: standardafvigelse.

Note: * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001, + p<0.10.

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

VIVÉ