

FAMKO-Odense

Analyser af tidlig udvikling, trivsel og relationer hos mor og barn



FAMKO-Odense – Analyser af tidlig udvikling, trivsel og relationer hos mor og barn

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-231-7

Forsidefoto: Odense Kommune

Projekt: 100750-751

Finansiering: Den A. P. Møllerske Støttefond og Odense Kommune

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.



Forord

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

VIVE har i samarbejde med forskere på OUH og SDU gennemført en evaluering af FAMKO-projektet. I denne sidste rapport præsenteres data, der er indsamlet, når børnene er 3-6 måneder og 12-14 måneder gamle.

Seniorforsker Maiken Pontoppidan har været projektleder på evalueringen i tæt samarbejde med ph.d.-studerende Lene Nygaard. FAMKO-projektet og evalueringen er finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond og Odense Kommune.

Vi vil gerne takke de to eksterne reviewere, der har kvalitetssikret rapporten: heriblandt jordemoder og ph.d.-studerende ved Neurobiologisk Forskningsenhed på Rigshospitalet, Stinne Høgh, og en reviewer, der ønsker at forblive anonym. Rapporten er desuden kvalitetssikret af undertegnede. Tak til alle, der har medvirket til evalueringen. Herunder ikke mindst til de gravide/mødrene, der har brugt tid på at besvare vores spørgeskemaer, optage videoer og stille op til undersøgelse af barnets udvikling, samt de fagpersoner, som har arbejdet i projektet.

Sanne Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sund



Indholdsfortegnelse

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

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

1	Indledning	16
1.1	Baggrund for projektet	16
1.2	Aktører og organisering	17
1.3	Evalueringsformål	19
1.4	Metode	20
1.5	Covid-19	21
1.6	Læsevejledning	22

2	Beskrivelse af FAMKO-projektet	24
2.1	Målgruppe	24
2.2	Bekymringsniveau	26
2.3	Deltagerne i projektet	26
2.4	FAMKO-indsatsen	28
2.5	FAMKO-personen	29
2.6	Tilknytningsforløb	30
2.7	Hvad kendetegner den sædvanlige indsats?	31

3	FAMKO-forløbene i praksis	33
3.1	FAMKO-kontakter	33
3.2	Deltagelse i tilknytningsforløb	37
3.3	Samlet deltagelse i FAMKO-interventionen	42

4	Udfaldsmål, frafald og balance	46
4.1	Udfaldsmål	46
4.2	Frafald og balance	48

5	Effekten af FAMKO	53
5.1	Spørgeskema	54
5.2	Mor-barn-relationen	59
5.3	Barnets udvikling	63
5.4	Brug af sundhedsplejen og underretninger	64
5.5	Tilfredshed med kontakt til fagpersonale	72

6	Deltageres og fagpersoners oplevelse med FAMKO-forløb	75
6.1	Fokusgrupper med FAMKO-deltagere	75
6.2	Fokusgrupper med fagpersoner	79
6.3	Opsamling på deltageres og fagpersonernes oplevelse	85

7	Heterogenitet og supplerende analyser	86
7.1	Trivsel og udvikling baseret på spørgeskemadata	87
7.2	Mor-barn-relation	89
7.3	Barnets udvikling	91
7.4	Yderligere analyse i forhold til bekymringsniveau om familien	93
7.5	Opsamling på heterogenitetsanalyser	93
7.6	Deltagelse i FAMKO	93
7.7	Sensitivitet	94

DEL 2	Dokumentation	96
-------	---------------	----

8	Metode	97
8.1	Kvantitative data – effektmåling	97
8.2	Covid-19 og FAMKO-projektet	107
8.3	Statistiske analyser	108
8.4	Cronbach's Alpha	110

9	Supplerende analyser	113
9.1	Complete-case analyse	113
9.2	Deltagelse	116

9.3 LATE	120
<hr/>	
Litteratur	124
<hr/>	
Bilag 1 Beskrivelse af FAMKO-forløb	130
<hr/>	
Bilag 2 Tidlig Tilknytningsforløb	136
<hr/>	
Bilag 3 Tilknytningsinterview	142
<hr/>	
Bilag 4 Gravid- og spædbarnspakke	145
<hr/>	
Bilag 5 Beskrivende statistik	150
<hr/>	
Bilag 6 Brug af sundhedsplejen og andre indsatser	154



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Graviditeten og tiden efter fødslen er karakteriseret ved mange ændringer både for barn og forældre. Det lille barn har behov for stimulering og beskyttelse fra omsorgspersoner, da det udvikles igennem omsorgsfulde interaktioner med voksne. Tidlige omsorgssvigt kan få alvorlige og langsigtede konsekvenser for det lille barn. Børn, hvis forældre er i en sårbar position, er i større risiko for omsorgssvigt. Tidlige indsatser har vist sig at kunne hjælpe nye forældre og deres børn i en lang række af forskellige sammenhænge. Der er derfor fokus på at sætte ind med indsatser tidligt i barnets liv for at støtte barnets og forældrenes trivsel og udvikling.

FAMKO-projektet har netop fokus på tidlig indsats. Indsatsen starter allerede i graviditeten og er målrettet en gruppe af forældre, der er i en sårbar position. Med fokus på den enkelte familie skabes et skræddersyet og tværfagligt forløb gennem graviditet, barsel og frem til, barnet starter i skole.

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

FAMKO-projektet er et samarbejde mellem Familieambulatoriet på Odense Universitets Hospital og Odense Kommune målrettet familier, der har behov for ekstra omsorg og støtte. Evalueringen gennemføres af VIVE i samarbejde med forskere ved OUH og SDU. Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond.

Denne rapport er den anden rapport om projekt FAMKO. Fokus er her at beskrive, hvordan FAMKO-forløbene ser ud i praksis fra graviditet og frem til, at barnet fylder ét år, at præsentere resultater fra interviews med deltagere og fagpersoner samt at evaluere effekten af FAMKO på udfaldsmål fra spørgeskemaer, test og videomateriale, når barnet er 4-6 måneder samt 12-14 måneder gammelt.

Hvad er FAMKO-indsatsen?

FAMKO er en helhedsorienteret og tværfaglig indsats, som ser på hele familien. FAMKO-indsatsen består i, at familien tilbydes en FAMKO-person, der skal støtte og rådgive familien fra graviditet og frem til, barnet starter i skole. FAMKO-personen er enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler.

Familierne tilbydes desuden et tilknytningsforløb. Den ekstra støtte til familien skal give forældrene mere ro til at være forældre for deres børn.

Hvad er et FAMKO-forløb?

I gennemsnit har en FAMKO-familie haft 9,3 kontakter med deres FAMKO-person, når barnet fylder ét år (3,1 før fødslen og 6,2 i det første leveår). Familier med en sundhedsplejerske som FAMKO-person (61 % af deltagerne) har i gennemsnit haft 5,7 kontakter, mens familier med familiebehandler (39 % af deltagerne) har haft 15,0 kontakter. I alt 26 deltagere (16 %) har ingen kontakter haft, hvilket primært skyldes, at familierne har fravalgt indsatsen eller er flyttet kommunen. En kontakt varer i gennemsnit 46 minutter. De hyppigst berørte emner ved kontakterne har været forældreskab og barnets udvikling.

Ud over kontakterne med FAMKO-personen er familierne blevet tilbudt at deltage i et tilknytningsforløb, hvilket i alt 45 % har deltaget i. Familier med en sundhedsplejerske som FAMKO-person blev tilbudt at deltage i gruppeforløbet 'Tryghedscirklen', hvilket 25 familier gjorde, mens 52 familier med en familiebehandler som FAMKO-person deltog i et individuelt og mere intensivt forløb kaldet 'Tidlig Tilknytning'. Når tilknytningsforløbet indregnes, har FAMKO-familierne samlet set modtaget 15 kontakter i gennemsnit, når barnet fylder ét år. Ser vi på kontakter i forhold til bekymringsniveau om familien, så har familier med et lavt bekymringsniveau modtaget i alt 12 kontakter, mens familier med et højere bekymringsniveau om familien har modtaget næsten det dobbelte, nemlig 23 kontakter.

Få og små effekter på selvrapporeret trivsel og udvikling

Når vi sammenligner FAMKO-familier med kontrolfamilier, finder vi, når barnet er tre måneder gammelt, at færre i FAMKO-gruppen ryger i hjemmet. Da det er den eneste signifikante forskel, vi finder på dette tidspunkt, er det muligt, at det er en tilfældig forekomst.

Når vi sammenligner FAMKO-familier med kontrolfamilier finder vi, når barnet er 12 måneder gammelt, at FAMKO-familier bekymrer sig oftere om deres bopligssituation, samt at FAMKO-familier har en forbedret præmentaliserings (dvs. mindre forvrænget mentalisering).

For de resterende udfaldsmål baseret på mors besvarelser finder vi ikke nogen forskel imellem de to grupper på de to tidspunkter.

Svært at konkludere i forhold til mor-barn-relationen pga. datakvalitet

Mor-barn-relationen er undersøgt på baggrund af videooptagelser af fri leg, når barnet er 4-6 måneder og 13,5 måneder gammelt. Vi finder tegn på negative effekter for mor-barn-relationen, når barnet er 4-6 måneder gammelt – dvs., at kontrolgruppen ser ud til at klare sig bedre end FAMKO-gruppen. Denne negative effekt skyldes sandsynligvis et skævt frafald imellem indsats- og kontrolgruppen, som gør, at FAMKO-gruppen i gennemsnit er en mere udsat gruppe end kontrolgruppen.

Vi finder ingen signifikante forskelle mellem grupperne for mor-barn-relationen, når barnet er 13,5 måneder gammelt. På grund af det skæve frafald er det vanskeligt at vurdere effekten af FAMKO i forhold til mor-barn-relationen.

Mødre, der gør deres bedste, men passive børn

Når vi overordnet ser på samspielsoptagelserne på tværs af alle deltagerne, ser vi, at langt hovedparten af mødrene meget gerne vil vise, at de er gode mødre. De smiler, er engagerede, gør deres bedste og vil gerne "gøre det rigtige", fx i form af sanglege og træning. Samtidig ser vi dog mange babyer, der er passive, kun viser få smil og meget lidt glæde, og som ikke rigtig deltager i samværet. En stor del af mødrene kommer til at være meget styrende i samspillet med barnet, som reagerer ved at være passiv i stedet for at søge samvær, støtte, glæde og trøst hos mor.

Ingen forskel i social tilbagetrækning

I forhold til sundhedsplejerskernes vurdering af social tilbagetrækning hos barnet er der kun en meget lille andel af børn (9 svarende til 3,3 %), der scorer over cut-off. Der er ikke nogen forskel imellem de to grupper i forhold til social tilbagetrækning imellem de to grupper.

FAMKO-familiers børn har bedre motorik, når de er 13,5 måneder gamle

Barnets udvikling er undersøgt med en såkaldt Bayley-test, når barnet er 13,5 måneder gammelt. På kognition, kommunikation og sprog finder vi ikke nogen effekter af FAMKO. Men i forhold til motorisk udvikling klarer børnene i FAMKO-gruppen sig bedre end børnene i kontrolfamilierne, særligt hvad angår finmotorik.

Tegn på flere behovsbesøg og underretninger hos FAMKO-familier

Vi har undersøgt, hvor mange ordinære og behovsbaserede besøg familierne har fået af sundhedsplejersken. Vi finder ikke nogen forskel på, hvor mange ordinære besøg familierne har fået af sundhedsplejersken. For behovsbesøg

finder vi, at FAMKO-gruppen i gennemsnit har 58 % flere besøg, fra barnet er tre måneder gammelt og i resten af barnets første leveår. Dette skyldes dog nok dobbelt registrering af kontakter hos FAMKO-familier med en sundhedsplejerske som FAMKO-person.

I forhold til antallet af underretninger, der er registreret i perioden, så er der ingen forskel i antal underretninger i graviditeten eller i andelen af familier, der har en underretning. Men vi ser en tendens til, at FAMKO-gruppen har flere underretninger efter fødslen i forhold til kontrolgruppen.

I forhold til antallet af underretninger, der er registreret i perioden, finder vi ikke nogen forskel på antal underretninger i graviditeten eller i andelen af familier, der har en underretning mellem FAMKO-familierne og kontrolfamilierne. Men vi finder, at FAMKO-gruppen har signifikant flere underretninger i barnets første leveår i forhold til kontrolgruppen.

Ingen forskel i igangsatte indsatser, men måske tegn på færre anbringelser i FAMKO-gruppen

Der er igangsat indsatser af forskellige omfang for i alt 24 familier, og vi finder ikke nogen forskel imellem de to grupper i antallet af indsatser. I alt 11 børn er blevet anbragt uden for hjemmet. Vi finder, at der er flere børn, der er blevet anbragt i kontrolgruppen i forhold til FAMKO-gruppen, men forskellen er ikke signifikant, og vi kan dermed ikke sige, at der er forskel på de to grupper.

Deltagerne er tilfredse med antallet af kontakter til fagpersonale

Langt hovedparten af deltagerne er tilfredse med antallet af kontakter med fagpersonale igennem graviditet og barnets første leveår. Vi ser en tendens til, at færre FAMKO-familier oplever for få kontakter under graviditeten, men der er ikke nogen forskel ved de andre tidspunkter.

Betydning af styrket samarbejde og gode relationer

Både deltagere og fagpersoner er overvejende positive i forhold til FAMKO. Deltagerne oplevede, at tilknytningen af en fast FAMKO-person medvirkede til, at de i større grad søgte råd og vejledning, når de havde behov.

FAMKO-personerne oplever, at det tværfaglige og tværsektorelle samarbejde er blevet mere struktureret samt styrket gennem fælles konsultationer og deltagelse i netværksskabende aktiviteter. Derudover har den energi, som fagpersonerne har oplevet, at de har brugt på at skabe gode relationer til deltagerne, givet resultater. De oplevede også, at man med fordel kan inddrage relevante fagpersoner tidligere. Familiebehandlere var især glade for samtalerne i tilknytningsforløbet. Fagpersonerne gav udtryk for, at måden nye tiltag

blev introduceret på, og måden deltagerne blev involveret, havde en afgørende betydning for, om deltagerne tog imod tilbuddet.

En del af fagpersonerne gav udtryk for, at familierne var mere ressourcestærke end forventet og derfor ikke havde så meget brug for støtte. For nogle fagpersoner var det et svært etisk dilemma at bruge tid med relativt ressourcestærke FAMKO-familier, når de havde andre familier med større behov.

Ikke umiddelbart nogen forskel på effekt i forhold til uddannelse, bekymringsniveau og traumebelastning

Vi finder ikke systematiske mønstre i forhold til, om FAMKO påvirker familier med specifikke karakteristika mere end andre. De få steder, hvor vi finder signifikante forskelle i effekt, er der ikke nogen entydig retning, i forhold til hvilken type familie der har mest gavn af indsatsen.

Skævt frafald giver udfordringer, særligt for data om mor-barn-relationen og barnets udvikling

For særligt observations- og videodata lider undersøgelsen af skævt frafald, hvor flere af kontrolfamilier med større udfordringer er faldet ud af studiet. For spørgeskemadata løser vi denne udfordring ved at imputere data. For video- og Bayleydata er frafaldet desværre så stort og skævt, at det ikke er muligt at imputere data.

Når alle børn er fyldt 2 år, og data er tilgængelige (forventet ved udgangen af 2025), kobler VIVE registerdata på og undersøger, om FAMKO-indsatsen har haft nogen betydning i forhold til relevante registerdata som fx vaccinationer og skadestuekontakter. Dette vil styrke datamaterialet betragteligt, da manglende observationer ikke er et problem i forhold til registerdata, hvor vi kan hente information for alle deltagere.

FAMKO-forløb fortsætter, til barnet starter i skole

Resultaterne i denne rapport er tidlige indikationer på effekten af FAMKO-interventionen. Da interventionen fortsætter, til barnet starter i skole, kan der være effekter, der først indtræder senere i forløbet.

Opmærksomhedspunkter

VIVE gør opmærksom på følgende punkter:

Risikofaktorer i graviditeten

En stor del af deltagerne har ikke haft et stort behov for støtte, og der har været et lavt niveau af bekymring om familien. Potentialet for at skabe store forbedringer er derfor ikke så stort, og vi kan ikke forvente at se store effekter på denne gruppe. Da hovedparten af deltagerne falder i denne gruppe, betyder det derfor, at muligheden for at vise store effekter i projektet er lille, og at eventuelle effekter hos specifikke grupper af deltagere sløres.

En af årsagerne til, at der ikke er så stor bekymring hos mange af familierne, hænger sammen med, at familierne rekrutteres i graviditeten baseret på risikofaktorer. Vi ved, at disse familier har større risiko for at få udfordringer i forhold til forældreskabet senere, men reelt ved vi ikke, hvor stor en andel af familierne der kommer til at få problemer. Hvis en stor del af familierne klarer sig fint, efter barnet er født, bidrager det til at udvande en eventuel effekt af FAMKO-indsatsen.

Mange familier vælger ikke at deltage, og mange falder fra

Det er velkendt i randomiserede studier, at en del deltagere ikke ønsker at være med i et projekt, hvor der skal trækkes lod om indsatsen. I rekrutteringen til dette projekt har der dog været overraskende mange familier, der har valgt at takke nej til at deltage i projektet. Desuden har et væsentligt antal valgt at trække sig ud af studiet ret hurtigt efter igangsættelsen. Normalt vil det mest være kontrolfamilier, der trækker sig ud, men i dette projekt har der også været et relativt stort frafald blandt FAMKO-familierne.

Nogle familier har angivet en grund til, hvorfor de ikke havde lyst til at deltage, men det er langt fra alle. For dem, der har angivet en grund, gælder det for mange, at de synes, FAMKO-forløbet er for omfattende. En del har også ønsket at tage imod det sædvanlige tilbud, da de ikke ønskede at indgå i et projekt for "særligt udvalgte". For nogle deltagere var der et ønske om ikke at blive "sygeliggjort" men om at have en "normal" graviditet.

At så mange familier har valgt ikke at deltage, tyder på, at FAMKO-tilbuddet ikke passer ind i disse familiers behov. Det kan derfor være vigtigt at finde ud af, om disse familier har behov for en anden form for støtte.

Et langt forløb for nogle familier

Et forløb, der strækker sig fra graviditet og helt til skolestart, kan være svært at overskue for familier i en sårbar position. Desuden er det ikke alle familier, der ønsker at have kommunen tæt inde over igennem mange år.

I løbet af projektet har en del af FAMKO-personerne givet udtryk for, at det fungerede bedre, hvis de fortalte om projektet i mindre bidder og ikke om aktiviteterne helt frem til skolestart. De oplevede, at flere familier godt ville tage imod ekstra kontakter, når først de var kommet i gang, og det var sammen med den FAMKO-person, som de havde fået en relation til.

Det tyder på, at det kan være en fordel at dele forløbet op i mindre forløb, som familierne kan deltage i. Det giver mulighed for bedre at overskue forløbet og for at hoppe ud og ind efter behov. Det er selvfølgelig væsentligt, at familierne er ordentligt informeret om, hvad forløbet indeholder.

Kontrolgruppen har også fået et godt tilbud

Når vi vurderer effekten af FAMKO-indsatsen, sammenligner vi med sædvanlig praksis. Da vi ikke etisk kan forsvare slet ikke at støtte deltagere, der modtager det sædvanlige tilbud, betyder det, at deltagere i kontrolgruppen har fået støtte alt efter deres behov. Det medfører, at FAMKO-gruppen skal klare sig væsentligt bedre end kontrolgruppen, for at vi finder signifikante resultater.

Igennem projektperioden er det sædvanlige tilbud blevet styrket på baggrund af et generelt fokus på den tidlige indsats. Dette betyder, at tilbuddet, som kontrolgruppen har fået, ofte er startet i graviditeten, og at det i løbet af projektperioden nok er kommet til at ligne FAMKO-indsatsen mere. Det betyder, at det er sværere at finde en effekt af FAMKO-indsatsen.

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

Målratte FAMKO-forløbet til familier, hvor der er større behov

For de familier, hvor der er et mindre bekymringsniveau om familien ved opstart, og som har en sundhedsplejerske som FAMKO-person, er der registreret relativt få kontakter (5,7 i gennemsnit) med FAMKO-personen frem til, barnet er 12 måneder gammelt. Både familier og personale giver udtryk for, at en stor del af disse familier ikke har så stort et behov for ekstra støtte.

Sundhedsplejerskerne giver udtryk for, at de i langt de fleste tilfælde godt kan rumme denne målgruppe inden for det almindelige system. Det kan derfor overvejes, om FAMKO-indsatsen fremover udelukkende skal målrettes familier med større behov, hvor der tilknyttes en familiebehandler.

Fakta om undersøgelsen

Evalueringen er gennemført som et randomiseret kontrolleret studie, hvor gravide ved lodtrækning blev fordelt til, om de skulle modtage FAMKO-interventionen eller sædvanlig indsats. Familier, der modtager FAMKO, er interventions- eller indsatsgruppe, og familier, der modtager sædvanlig indsats, er kontrolgruppe.

Deltagere i projektet er gravide, bosiddende i Odense Kommune og henvist til Familieambulatoriet på OUH. Familierne er rekrutteret fra september 2018 til august 2021.

Data i projektet består af følgende:

- Spørgeskemadata ved opstart, og når barnet er 3 og 12 måneder gammelt
- Videooptagelser indsamlet, når barnet er 4-6 og 13,5 måneder gammelt
- Undersøgelse af barnets udvikling, når barnet er 13,5 måneder gammelt
- Journaldata fra sundhedsplejerskerne (fra NOVAX)
- Data om andre indsatser og anbringelser (fra Odense Kommune)
- Data om FAMKO-besøg registreret af FAMKO-personerne
- Interviewdata fra fokusgrupper med deltagere og fagpersoner.

I alt 331 gravide kvinder (heraf 163 FAMKO og 168 kontrol) deltager i projektet. 284 deltagere har besvaret spørgeskemaet, når barnet er 3 måneder gammelt. Heraf hører 144 til FAMKO-gruppen og 140 til kontrolgruppen. 248 deltagere har besvaret spørgeskemaet, når barnet er 12 måneder gammelt. Heraf hører 126 til FAMKO-gruppen og 122 til kontrolgruppen.

For 108 FAMKO-familier og 81 kontrolfamilier har vi videodata på, når barnet er 4-6 måneder gammelt. Dette gælder for 103 i FAMKO-gruppen og 91 i kontrolgruppen, når barnet er 13,5 måneder gammelt.

1 Indledning

FAMKO-projektet er et tværsektorielt samarbejde mellem Familieambulatoriet på Odense Universitets Hospital (herefter OUH) og Odense Kommune om gravide, småbørn og familier, der har behov for ekstra omsorg og støtte gennem graviditeten og barnets første leveår. Projektets arbejdstitel FAMKO er med reference til samarbejdet mellem FAMilieambulatoriet og Odense KOMmune. FAMKO-projektet har fokus på tidlig indsats, der starter allerede i graviditeten. Med fokus på den enkelte familie skabes et skræddersyet forløb gennem graviditet og barsel, og kontakten fortsætter, indtil barnet starter i skole.

1.1 Baggrund for projektet

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

Relationen imellem forældre og barn begynder at udvikle sig i graviditeten. Tilknytningen til barnet kan dog blive udfordret, hvis forældrene har mentale helbredsproblemer, som fx ubehandlet depression, angst, personlighedsforstyrrelse eller skizofreni. Mentale helbredsproblemer hos moderen er desuden relateret til udfordringer i forhold til fødsel, som fx for tidlig fødsel og lav fødselsvægt (Alder et al., 2007; Cole-Lewis et al., 2014; Ding et al., 2014).

Der er derfor fokus på at sætte ind med interventioner tidligt i barnets liv ("tidlig indsats") for at støtte barnets og forældrenes trivsel og med henblik på at få mere lighed i sundhed. Studier finder positive effekter af forskellige forældreinterventioner (Asmussen et al., 2016; Barlow et al., 2016; Furlong et al.,

2013; Gardner et al., 2016; Rayce et al., 2017; Smith et al., 2020) og finder desuden, at det er en god investering at sætte ind tidligt (Campbell et al., 2014; Darling-Hammond et al., 2008). Det komplekse forhold imellem graviditet, fødsel og mentale helbredsproblemer kalder på en tværfaglig tilgang (Halbreich, 2005), og det er væsentligt, at indsatsen igangsættes under graviditeten (Ordway et al., 2014; Sadler et al., 2013).

1.2 Aktører og organisering

I indsatsen indgår fagpersoner fra følgende aktører:

- Familieambulatoriet, afd. D og H, Odense Universitetshospital (OUH)
- Børn- og Ungeforvaltningen i Odense Kommune
- Beskæftigelses- og Socialforvaltningen i Odense Kommune.

På Odense Universitetshospital foregår samarbejdet primært via Familieambulatoriet, hvorfra der indgår jordemødre, socialrådgivere, læger, psykolog og psykoterapeut fra afd. D samt socialrådgiver og psykolog fra afd. H.

Fra Børn- og Ungeforvaltningen i Odense Kommune indgår der fagpersoner i form af sundhedsplejersker, familiebehandlere og socialrådgivere. Fra Beskæftigelses- og Socialforvaltningen deltager uddannelsesrådgiver, misbrugsbehandler (rusmidler) og behandler fra Alkoholbehandlingen.

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

I 2023 er flere faggrupper flyttet organisatorisk fra Børn- og Ungeforvaltningen og Beskæftigelses- og Socialforvaltningen til Sundhedsforvaltningen i Odense Kommune.

I FAMKO-projektet samarbejdes der desuden med frivillige foreninger og organisationer, der har tilbud, som målgruppen kan få gavn af. I FAMKO-projektet er der fx etableret et samarbejde med Home-Start, Røde Kors, Red Barnet og Mødrehjælpen.

1.2.1 Organisering

Projektejer er Odense Kommune. FAMKO-projektet er organiseret i en indsatsdel og en forskningsdel, hvor der igennem hele projektet har været løbende dialog og møder på tværs for at sikre fælles udvikling, læring og mål.

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

Evalueringen af projektet gennemføres af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd i samarbejde med Odense Kommune og Odense Universitetshospital/Syddansk Universitet. VIVE og OUH/SDU samarbejder tæt om at gennemføre projektets forskellige forskningsaktiviteter. Seniorforsker Maiken Pontoppidan fra VIVE er projektleder og overordnet ansvarlig for den samlede evaluering.

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

I forskningsdelen indgår aktuelt følgende personer:

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

- Specialestuderende Stine Fabech Larsen (Bayley test samt kodning af video)
- Forsker Ingeborg Hedegaard Kristensen (kodning af video)
- Lektor og psykolog Katrine Røhder (supervision og træning i forhold til videokodning).

Der er desuden tilknyttet psykologistuderende fra SDU til at gennemføre undersøgelse med familierne, når barnet er 13,5 måneder gammelt (Bayley-test og videoptagelse).

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

Derudover har professor Theis Lange, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet bidraget med rådgivning i forhold til statistiske analyser.

1.2.2 Bevilling

Projektet er blevet til med støtte fra Den A.P. Møllerske Støttefond. Projektet evalueres af VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analyse-center for Velfærd og Syddansk Universitet/Odense Universitetshospital. Evalueringen følger projektet i de første 6 år fra 2017 frem til slutningen af 2023, hvor alle børn er fyldt 2 år.

1.3 Evalueringens formål

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

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

Der er på nuværende tidspunkt publiceret en protokolartikel om projektet (Pontoppidan et al., 2022) samt en rapport, hvor deltagerne beskrives ved opstart i projektet (Pontoppidan et al., 2021).

I denne rapport er fokus på at formidle resultaterne af data indsamlet, når barnet er 3-6 måneder og 12-14 måneder gammelt, samt resultater fra fokus-gruppeinterviews. Forskerne i projektet arbejder sideløbende med at publicere resultaterne i internationale tidsskrifter.

1.4 Metode

Evalueringsmetode og datagrundlag er beskrevet kort i Boks 1.1. Se kapitel 8 for en mere detaljeret gennemgang.

Boks 1.1 Data og metode i projektet

Indsatsen er gennemført som et randomiseret kontrolleret studie (RCT), således at effekter kan estimeres som forskellen mellem kontrol- og FAMKO-gruppe på analysens udfaldsmål. Forskellene estimeres i separate regressionsligninger for hvert udfaldsmål med robuste standardfejl til af afgøre signifikans. For at håndtere frafald inkluderes der i regressionerne kontrolvariable for ubalancer mellem grupperne. Ligeledes imputeres manglende udfaldsvariable i de to spørgeskemaer for de familier, som ikke har besvaret.

Studiet er registreret ved ClinicalTrials.gov (NCT3659721), og der er publiceret en protokolartikel (Pontoppidan, Nygaard, et al., 2022) samt en rapport, hvor deltagerne beskrives ved opstart i projektet (Pontoppidan, Jensen, et al., 2021).

- Deltagere i projektet er gravide bosiddende i Odense Kommune og visiteret til Familieambulatoriet på OUH.
- Familierne er rekrutteret fra september 2018 til august 2021.

Data i projektet består af følgende:

- Spørgeskemadata ved opstart (331 gravide kvinder, heraf 163 FAMKO og 168 kontrol), og når barnet er tre måneder gammelt (284 kvinder,

heraf 144 FAMKO og 140 kontrol) og 12 måneder gammelt (248 kvinder, heraf 126 FAMKO og 122 kontrol)

- Videoptagelser indsamlet, når barnet er 4-6 måneder (108 FAMKO og 81 kontrol) og 13,5 måneder gammelt (103 FAMKO og 91 kontrol)
- Undersøgelse af barnets udvikling, når barnet er 13,5 måneder gammelt (103 FAMKO og 91 kontrol)
- Journaldata fra sundhedsplejerskerne
- Data om andre indsatser
- Data om FAMKO-besøg registreret af FAMKO-personerne
- Data fra fokusgruppeinterviews med deltagere og fagpersoner om deres oplevelse med FAMKO-forløbet.

1.5 Covid-19

Da projektet har været i gang siden 2018, har der været en stor del af projektperioden, der har været påvirket af Covid-19-epidemien. Således har både 2020, 2021 og starten af 2022 i høj grad været præget af de restriktioner, som Covid-19 førte med sig. Dette har påvirket både rekrutteringen til og deltagelsen i projektet. Både deltagere og medarbejdere skulle finde nye måder at arbejde, samarbejde og få den nye hverdag til at hænge sammen på.

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

Da målgruppen for FAMKO falder under denne kategori, var det muligt at fastholde stort set alle aktiviteterne med borgene på trods af restriktionerne. Der blev fundet nye løsninger, så fagpersoner har kunnet deltage digitalt i fælleskonsultationer, og flere af kontakterne med familierne foregik via telefon, videoopkald eller udendørs. FAMKO-personerne har mødtes fysisk i mindre omfang, men har til gengæld været sammen digitalt. For det samlede FAMKO-netværk er temadage blevet udskudt eller ændret grundet restriktioner omkring forsamlingsforbud.

Baseret på klinikernes oplevelser, så har den digitale kontakt for nogle familier været mere tryk, da man fx ikke behøver at få sundhedsplejersken ind i sit hjem hver gang, og den vil derfor blive et nyt redskab i værktøjskassen fremadrettet. Desuden vil webinarer fremover inddrages i højere grad i forhold til at få ny viden og læring.

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

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

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

Samlet set har covid-19 udfordret både rekruttering til projektet samt fastholdelse. Dette gælder for både FAMKO-familier og for kontrolfamilier. Desuden har covid-19 besværliggjort muligheden for at gennemføre interventionen som planlagt. Samlet set kan alt dette have betydning for resultaterne.

1.6 Læsevejledning



Rapportens struktur og indhold er som følger:

- I kapitel 2 beskriver vi FAMKO-projektet.
- I kapitel 3 beskriver vi, hvordan FAMKO-forløbene er blevet gennemført.
- I kapitel 4 beskriver vi de udfaldsmål, der indgår i rapporten, og undersøger frafald og balance imellem de to grupper på baseline.
- Kapitel 5 er rapportens hovedkapitel, hvor vi analyserer effekten af FAMKO, når barnet er 3-6 måneder og 12-14 måneder gammelt.

- I kapitel 6 beskriver vi deltagerne og FAMKO-personernes oplevelse med FAMKO-forløbet.
- I kapitel 7 laver vi supplerende analyser.
- Del 2 består af kapitel 8 om metode, kapitel 9 om supplerende analyser samt litteraturliste og bilag.

2 Beskrivelse af FAMKO-projektet

I FAMKO-projektet tilbydes familier løbende kontakt gennem hele småbarnsperioden med en gennemgående FAMKO-person. FAMKO-personen er enten familiens sundhedsplejerske eller en familiebehandler afhængigt af familiens behov. FAMKO-personen følger familien fra graviditeten og til skolestart og opbygger en god og tillidsfuld relation til familien. Den løbende kontakt skal både hjælpe med konkrete udfordringer og afsøge behovet for yderligere hjælp samt støtte og motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af sektorer og frivillige organisationer. FAMKO-personens opgave er at hjælpe borgeren (gerne ved ledsagelse) til at opsøge og modtage den nødvendige hjælp og støtte. Dette kan være i eksisterende regionale eller kommunale tilbud eller relevante tilbud i frivillige organisationer.

2.1 Målgruppe

For at kunne deltage i projektet skal den gravide være visiteret til Familieambulatoriet. Kendetegn for målgruppen for projektet er beskrevet i Boks 2.1 og er mere detaljeret beskrevet i den første rapport (Pontoppidan, Jensen, et al., 2021).

Boks 2.1 Målgruppe

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

- Gravide med alvorlig social belastning, også fx kompliceret psykiatrisk sygdom og svære psykiske problemstillinger
- Gravide, hvor far/partner har kompliceret rusmiddelforbrug/alkoholforbrug (eller behandling herfor)
- Gravide med nedsatte mentale ressourcer
- Gravide med svære psykiatiske sygdomme eller svære psykiske problemstillinger, fx følger efter omsorgssvigt eller seksuelle overgreb
- Gravide under 18 år
- HIV-positive gravide
- Øvrige gravide, hvor der er bekymring, fx gravide med tidligere skadeligt forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler samt gravide, hvor der afsendes underretning, og hvor der forventes samarbejde med socialforvaltningen
- Gravide med et risikoforbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, eller som er i behandling herfor.

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

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

2.2 Bekymringsniveau

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

Det er forskelligt, hvor stor en bekymring der er om familien ved visitationstidspunktet. Jordmoderen har derfor ved den første jordemoderkonsultation vurderet, hvilken af de følgende fire grupper den enkelte familie falder indenfor:

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

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

Forventningen var, at omkring haldelen af de deltagende familier ville have et højere bekymringsniveau (1 eller 2), men gruppen er endt med kun at udgøre 27 % af deltagerne.

2.3 Deltagerne i projektet

De 331 deltagere udfyldte spørgeskemaer under graviditeten.

Alle deltagere er henvist til jordemoder på Familieambulatoriet, da det er et af kriterierne for at kunne deltage i FAMKO-projektet. Herudover er 57 % visiteret til en obstetriker, 52 % til en socialrådgiver og 9 % er visiteret til en psykolog eller psykoterapeut.

På baggrund af besvarelserne (som er beskrevet i detaljer i den første rapport om projektet) ved vi, at de gravide i projektet er kendetegnet ved følgende karakteristika:

- Er omkring 30 år gamle.
- Bor sammen med ægtefælle/partner (82 %).
- For 60 % er det deres første graviditet.
- I 18 % af de gravides hjem bliver der talt et andet sprog end dansk.
- 41 % af de gravide har højst gennemført en gymnasial uddannelse.
- 38 % har gennemført en mellemlang eller lang uddannelse.
- 36 % af de gravide er i arbejde.
- 19 % er under uddannelse.
- 17 % er sygemeldt.
- 6 % er arbejdsløs med understøttelse.
- 17 % er på kontanthjælp eller i et ressourceforløb.
- Hovedparten vurderer selv at have en nogenlunde eller god økonomi, men hver fjerde bekymrer sig ofte eller meget ofte om økonomien.
- De gravide angiver at have et meget lavt ugentligt alkoholforbrug både før (0,9 genstande om ugen) og under graviditeten (tæt på 0 genstande om ugen).
- 25 % angiver at have drukket fem eller flere genstande en eller flere gange under graviditeten.
- 12 % af de gravide ryger, og hos 10 % bliver der røget i hjemmet.
- En mindre andel af de gravide angiver enten at have eller have haft et forbrug af hash (omkring 13 %) eller hårdere stoffer (6 %).
- 61 % af de gravide tager medicin (oftest smertestillende).
- Hver tredje tager medicin dagligt.
- 16 % angiver at tage medicin mod depression.
- De gravide har i gennemsnit været udsat for 2,5 forskellige former for traumer i deres barndom.
- 20 % vurderes til at opfylde kravene for en PTSD-diagnose.

Da vi undersøgte, om der er forskel på, hvordan de gravide scorer i forhold til, hvor højt bekymringsniveauet er for familien, fandt vi, at Gruppe 1 (højere niveau af bekymring) adskiller sig signifikant fra gruppe 2 (lavere niveau af bekymring) på følgende karakteristika:

- De er i højere grad visiteret til socialrådgiver og psykolog/psykoterapeut.
- De er yngre (26 år i gennemsnit mod 31 år hos dem, hvor der er et mindre bekymringsniveau).
- De bor mindre hyppigt med partner og mere med andre.
- De har en kortere uddannelse – der er flere, der højst har en gymnasial uddannelse, og færre med mellemlang eller lang uddannelse.
- De er i mindre grad i arbejde og i mindre grad sygemeldt fra et arbejde.
- Der er flere på kontanthjælp/i ressourceforløb.
- De vurderer selv at have et bedre helbred.
- De angiver at være lidt mere ensomme.

- De angiver at bekymre sig mindre om at skulle passe det kommende barn.
- De angiver at tænke lidt mindre på det kommende barn.
- De har oplevet flere traumer.
- De har en højere andel, der opfylder krav til en PTSD-diagnose.
- Der er en højere andel, der ryger, og flere der angiver, at der ryges i hjemmet.
- De angiver at have/have haft et større forbrug af stoffer.

2.4 FAMKO-indsatsen

FAMKO-indsatsen blev udviklet i 2017-18 af en tværfaglig projektgruppe bestående af projektlederne samt omkring 20 praktikere fra Odense Kommune og OUH. FAMKO-indsatsen består i, at familien tilbydes en FAMKO-person, der skal støtte og rådgive familien fra graviditet og frem til, barnet starter i skole.

FAMKO-personen er enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler, der alt efter familiens behov og eksisterende indsatser fra kommunen tilbyder støtte. Familier, hvor der er et højere bekymringsniveau, tilbydes en familiebehandler som FAMKO-person, mens familier, hvor der er et lavere bekymringsniveau, tilbydes en sundhedsplejerske.

De fagprofessionelle omkring familien skal arbejde i samme retning og søge fælles løsninger på tværs af komplicerede situationer. Dette sker bl.a. gennem fælles konsultationer. Den første fælles konsultation sker ved 2. jordemoderbesøg, hvor familien bliver introduceret til deres FAMKO-person.

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

FAMKO-indsatsen er en fleksibel indsats, der tilpasses den enkelte kvinde og familiens behov. Der er ikke udviklet en manual for FAMKO-personens arbejde, men der er guidelines, der specificerer forskellige opgaver eller områder, som FAMKO-personen kan arbejde ud fra (se Boks 2.2 og Bilag 1). For tilknytningsforløbet er der en manual for Tryghedscirklen samt interviewguide og guidelines for Tidlig Tilknytning-forløbet.

2.5 FAMKO-personen

I graviditeten og i løbet af barnets første år er der afsat i alt 47 timer til, at FAMKO-personen kan opbygge en god og tillidsfuld relation til familien. Det er hensigten, at hovedparten af timerne skal anvendes under graviditeten og de første måneder af barnets liv. Da mange af familierne ikke havde behov for så meget støtte, blev det i løbet af projektet muligt at tilbyde færre besøg, da det ellers blev alt for omfattende og overvældende for mange af familierne.

Fra barnet er 1-6 år, er der afsat 10 timer årligt, hvor FAMKO-personen har mulighed for at følge op med familien. FAMKO-personen har løbende kontakt med familien og kan dermed både hjælpe med konkrete udfordringer og af-søge behovet for yderligere hjælp samt støtte og motivere familien i at søge og modtage relevante tilbud på tværs af kommune, region og frivillige organi-sationer. Eksempler på opgaver, som FAMKO-personen kan varetage, er be-skrevet i Boks 2.2. Oversigtsark over de anbefalede kontakter for både sund-hedsplejersker og familiebehandlere som FAMKO-personer er i Bilag 1.

Da målgruppen er familier med særlige behov, skal FAMKO-personen tage sig af mange forskellige opgaver samt kunne inddrage tværfaglige samarbejds-partnere. Det er ambitionen, at antallet af fagpersoner i familiernes liv ikke øges, men at man tildeler en fagperson, som alligevel vil blive tilknyttet fami-lien. Hvis der ved opstart allerede er en vis bekymring, tildeles de en familie-behandler, som vil kunne levere en eventuel foranstaltning senere.

Boks 2.2 Opgaver, som FAMKO-personen kan arbejde med

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

2.6 Tilknytningsforløb

FAMKO-familierne tilbydes et forløb med fokus på tilknytning. Der tilbydes enten individuelle samtaler (Tidlig Tilknytning) eller et gruppebaseret tilbud (Tryghedscirklen).

Tidlig Tilknytning-forløbet er udviklet som en del af FAMKO-projektet i et samarbejde mellem de deltagende familiebehandlere fra Center for Indsatser til Børn og Unge under Familie og Forebyggelse i Odense Kommune og psykolog Line Sangild Thimmer fra Center for Mentalisering. Forløbet tilbydes til kvinder/familier, hvis FAMKO-person er en familiebehandler.

I forløbet tilbydes individuelle samtaler omkring hver anden uge fra graviditeten til ca. 2 måneder efter barnets fødsel. Der er fokus på at styrke tilknytningen og forældrenes mentaliseringsevne, fx ved brug af et tilknytningsinterview i graviditeten. Samtalerne planlægges ud fra den enkelte families behov og overskud til at indgå i arbejdet. Rammerne for tidlig tilknytningsforløb samt tilknytningsinterviewet kan ses i Bilag 2 og Bilag 3.

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

2.7 Hvad kendetegner den sædvanlige indsats?

Familierne, der har modtaget den sædvanlige indsats, har modtaget forskellige tilbud alt efter deres behov.

Vi vil her gennemgå nogle af de tilbud, som er en del tilbudsviften i Odense, og som derfor kan være tilbudt til både FAMKO-familier og til kontrolfamilier.

2.7.1 Sundhedsplejen

Tilbud til målgruppen igennem sundhedsplejen omfatter:

- Graviditetsbesøg til alle, inkl. screening for efterfødselsreaktion vha. screeningsredskaberne EPDS og Gotland (implementeret i 2019).
- Barselsbesøg i hjemmet på 4.-5. dagen efter fødsel.
- Etableringsbesøg i hjemmet i løbet af de første 14 dage.
- 3-4 ugers kontakt i hjemmet eller i Sundhedshuset til førstegangsfødende og ved behov til flergangsfødende (implementeret i 2019).
- Konsultation i Sundhedshuset ved 2 mdr. (inkl. screening vha. metoden ADBB), 4-6 mdr. og 8-10 mdr. til alle (i 2019 blev det implementeret, at 8-10 mdr.-kontakt var til alle og ikke kun førstegangsfødende som hidtil).
- Mulighed for behovskontakt ved 1,5 år, 2,5 år og 3,5 år (implementeret i 2020).
- Alle forældre tilbydes at deltage i en forældregruppe. Sundhedsplejen sammensætter grupperne, men det er familierne selv, der mødes.
- Depressionsgruppe.
- Præmaturgruppe.
- God Start (unge under 24 år).
- Tilbud om det fødsels- og forældreforberedende forløb Sund Start Sammen (indtil marts 2020).

2.7.2 Tværfaglig Sundhed og Forebyggelse

Tværfaglig Sundhed og Forebyggelse har tæt samarbejde med almenområdet, herunder Sundhedsplejen og Dagtilbud på småbørnsområdet. De tilbyder tidlige, forebyggende indsatser fra fagpersoner som fysioterapeut, ergoterapeut, sprogkonsulenter, småbørnspsykologer, familiebehandlere med flere.

2.7.3 Center for Indsatser til Børn og Unge

Familiebehandlernes i FAMKO er ansat i Center for Indsatser til Børn og Unge.

Afdelingen leverer foranstaltninger og har et meget omfattende ydelseskatalog. I forhold til graviditet og barnets første leveår omfatter det særligt en gravid- og spædbarnsindsats, som er den ydelse, som flest har fået. Indsatsen fås i en lille pakke på 10 timer pr. måned og en stor pakke på 22 timer pr. måned og varer i 9 måneder. Formålet er at afdække og sikre tilknytning og relation til barnet fra primær omsorgsperson samt sikre en god udvikling og følge den i barnets første leveår. Gravid- og spædbarnsindsatsen er beskrevet i Bilag 4.

Enkelte familier har desuden haft en familieanbringelse på mor-barn-hjem.

2.7.4 Ekstern leverandør

Der er desuden mulighed for at få en indsats leveret af ekstern leverandør. Det vil typisk ske i situationer, hvor kommunen ikke selv har kapacitet til at tage en familie ind, eller hvor det vurderes, at kommunen ikke selv har kompetencerne til at løfte opgaven. Indholdet i indsatsen afhænger af leverandøren.

3 FAMKO-forløbene i praksis

Afhængig af bekymringsniveauet omkring familien er de blevet tilbudt enten en sundhedsplejerske eller en familiebehandler som FAMKO-person. FAMKO-personen har til opgave at støtte og rådgive familien fra graviditeten og frem til, barnet går i skole. FAMKO-indsatsen – og heraf også antallet af besøg fra familiens FAMKO-person – tilpasses den enkelte gravide og hendes families behov.

I dette kapitel beskriver vi, hvad FAMKO-forløbene har bestået af for de forskellige deltagere i projektet. Hvert FAMKO-forløb består af to dele:

1. FAMKO-kontakter
2. Tilknytningsforløb.

Vi beskriver først de to dele hver for sig, og til sidst samler vi oplysningerne og giver et overblik over, hvordan det samlede forløb har set ud for FAMKO-deltagerne.

3.1 FAMKO-kontakter

Der er i alt blevet registreret 1.513 kontakter af FAMKO-personerne fordelt på de 163 deltager, der blev randomiseret til at modtage indsatsen. Heraf er 40 % foretaget af en sundhedsplejerske, og 60 % er foretaget af en familiebehandler. Barnets mor har deltaget ved 98 % af kontakterne, mens barnets far har deltaget ved 40 % af kontakterne. Herudover har der i enkelte tilfælde været andre til stede, fx en partner til barnets mor, bedsteforældre, søskende eller andre.

Figur 3.1 viser fordelingen over det samlede antal kontakter, som deltagerne i FAMKO-gruppen har modtaget i løbet af graviditeten og i barnets første leveår. I gennemsnit har deltagerne haft i alt 9,3 kontakter (median 7). Familier med en sundhedsplejerske som FAMKO-person har i gennemsnit haft 5,7 kontakter, mens familier med familiebehandler har haft 15,0 kontakter.

Det fremgår af Figur 3.1, at 26 deltagere, svarende til 16 %, ikke har fået registreret nogen kontakter med deres FAMKO-person. Årsagen til, at nogle deltagere ikke har haft kontakt af deres FAMKO-person, er ifølge vores oplysninger, at deltageren er fraflyttet Odense Kommune eller ikke ønsker at deltage i interventionen alligevel. I nogle tilfælde er det fordi, de synes, det bliver for

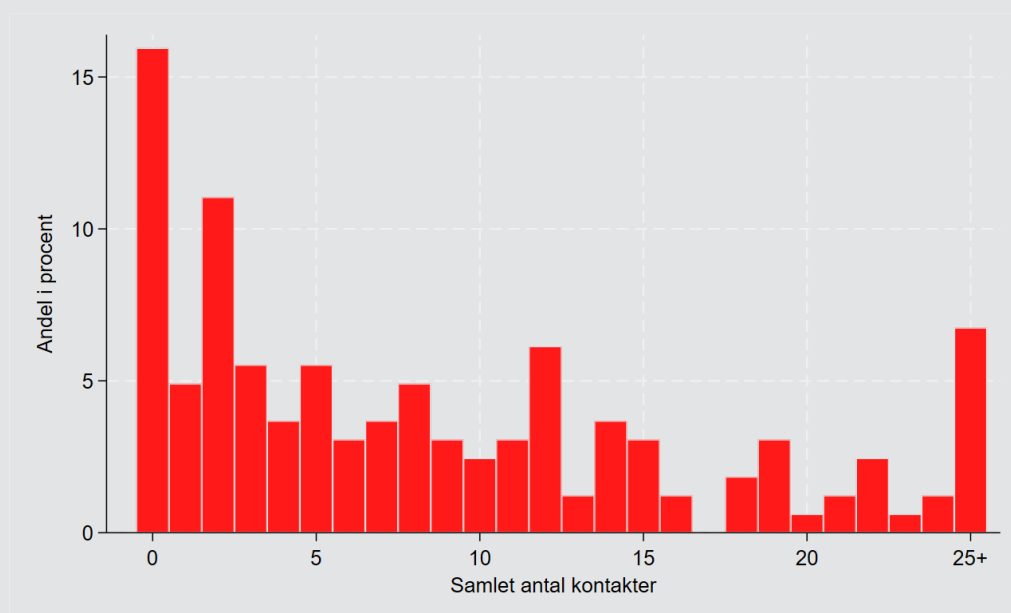
meget med FAMKO-interventionen, og i andre tilfælde er det fordi, det vil betyde et skift af sundhedsplejerske.

De 16 % af deltagerne, der aldrig har modtaget en FAMKO-kontakt, indgår dog stadig i analyserne. Effektundersøgelser som denne udføres efter et princip, der hedder Intention to Treat (ITT, der betyder, at alle analyseres på baggrund af den gruppe, de er tildelt, uanset om de følger tildelingen. Dette afspejler virkeligheden, hvor ikke alle følger en behandling, de bliver tildelt (fx fordi de flytter), og giver dermed det bedste bud på en realistisk effekt af interventionen.

Overordnet set illustrerer Figur 3.1, at der er stor variation i, hvor mange kontakter deltagerne i FAMKO-gruppen har modtaget.

Figur 3.1 Antal FAMKO-kontakter

Fordeling over antallet af kontakter, som deltagerne i FAMKO-gruppen har fået af deres FAMKO-person. Angivet i procent.



Anm.: Antal individer: 163. Antal kontakter: 1.513.

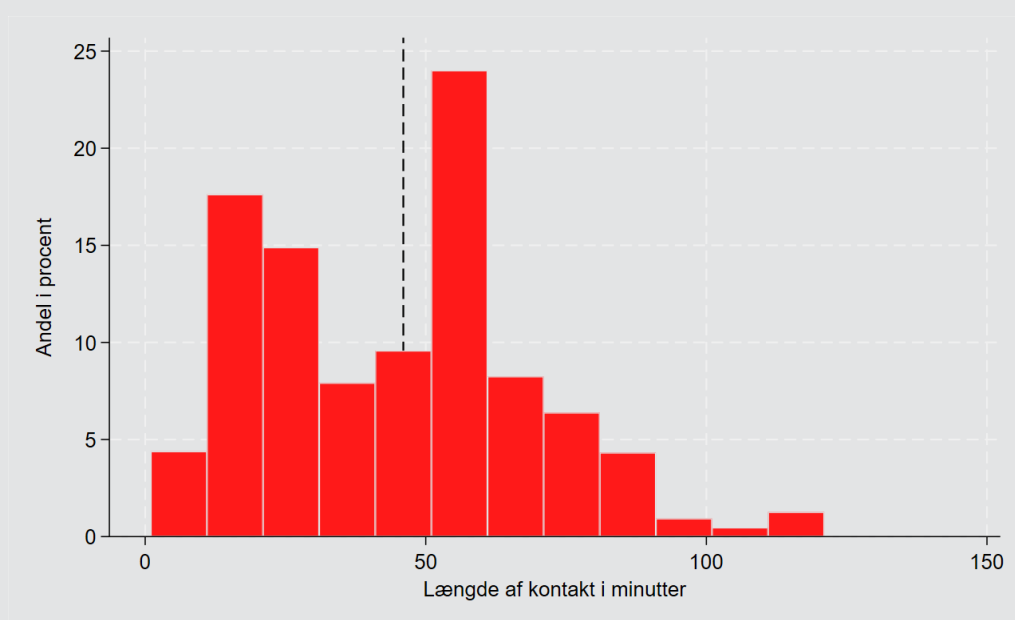
Kilde: Visitationsdata.

Der er registreret 504 kontakter i graviditeten (33 %) og 1.009 (67 %) i barnets første leveår. I gennemsnit har deltagerne haft 3,1 kontakter før fødslen (median 2), mens de i gennemsnit har haft 6,2 kontakter efter fødslen (median 4).

Tre ud af fire FAMKO-familier (74 %) har haft mellem 0 og 3 kontakter under graviditeten. Efter fødslen er der større variation mellem antallet af kontakter. Hver fjerde FAMKO-familie har ikke haft nogen kontakter efter fødslen, mens tæt på 25 % af deltagerne har haft mere end 10 kontakter efter fødslen. FAMKO-familier, der minimum har haft én kontakt med deres FAMKO-person, har i gennemsnit haft 11 kontakter i alt.

Figur 3.2 Varighed af kontakter

Fordeling over varigheden af kontakter angivet i minutter. Andelen af kontakter er angivet i procent.



Anm.: N = 1513 kontakter fordelt på 137 individer.

Note: Den lodrette linje angiver den gennemsnitlige varighed af besøgene.

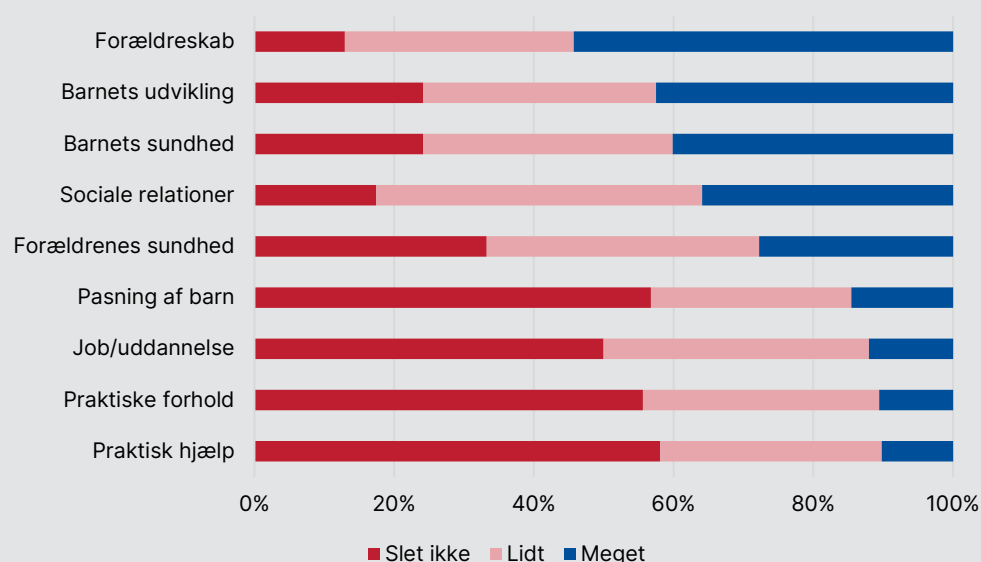
Kilde: Visitationsdata.

FAMKO-personerne har registreret længden af kontakterne. Af Figur 3.2 fremgår fordelingen af kontaktens varighed (angivet i minutter) for alle kontakter foretaget under graviditeten og frem til udgangen af første leveår. Gennemsnitligt varer hver kontakt 46 minutter (median 45 minutter). Der er en stor variation i længden af kontakten. Næsten en fjerdedel af alle kontakter varer mellem 51 og 60 minutter. Hvert femte kontakt varer mere end time, mens omkring hver tredje kontakt varer under 30 minutter. Dette gælder både kontakter før og efter fødslen.

Gennemsnitslængden for en kontakt foretaget af en sundhedsplejerske er 41 minutter, hvilket er lidt kortere end gennemsnittet blandt familiebehandlere, hvor det er 49 minutter. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at flere sundhedsplejersker har registreret kortere kontakter i forbindelse med enten et standard eller ekstra besøg.

Figur 3.3 Emner ved kontakterne

Fordeling over, hvilke emner deltager og FAMKO-person beskæftiger sig med under FAMKO-kontakterne.



Anm.: N = 1.513 kontakter fordelt på 137 individer.

Kilde: Visitationsdata.

FAMKO-personerne er blevet bedt om at angive, hvor meget de har beskæftiget sig med forskellige emner under kontakterne. En fordeling over emnerne er angivet i Figur 3.3. De emner, som har fyldt mest, er forældreskab og barnets udvikling, som man har beskæftiget sig med ved hhv. 54 % og 43 % af kontakterne. Andre væsentlige emner har været barnets sundhed samt sociale relationer, som har været temaer i større eller mindre grad under hhv. 76 % og 83 % af kontakter. De emner, som oftest ikke har været berørt ved FAMKO-kontakter, er praktiske forhold, praktisk hjælp samt pasning af barnet.

Ved 256 (16,6 %) af kontakterne har der deltaget andre fagpersoner end FAMKO-personen. Ved 125 (8,3 %) af kontakterne deltog en jordemoder ud

over FAMKO-personen. Dette hænger sammen med, at den første kontakt ofte gennemføres ved den anden konsultation med jordemoderen. I få tilfælde har en sundhedsplejerske, familiebehandler, socialrådgiver, en fra psykiatrien eller en fra dagtilbud deltaget. I de forløb, hvor familien har en familiebehandler som FAMKO-person, har sundhedsplejersken deltaget i 5 % af kontakterne.

Herudover har der ved 7,4 % af kontakterne deltaget andet fagpersonale end det angivne ud over deltagerens FAMKO-person. Det kan eksempelvis være læger, fysioterapeuter eller kontaktpersoner. Der er ikke registreret deltagelse af job-/uddannelsesrådgiver.

Covid-19-epidemien og de medfølgende restriktioner havde en indvirkning på FAMKO-personernes kontakter hos deltagerne. Derfor er det siden foråret 2020 blevet registreret, hvorvidt besøgene er blevet gennemført via telefon af særlige årsager, fx pga. covid-19-epidemien. Samlet set er 244 (34 %) af kontakterne, registreret siden foråret 2020, gennemført via telefonen.

3.2 Deltagelse i tilknytningsforløb

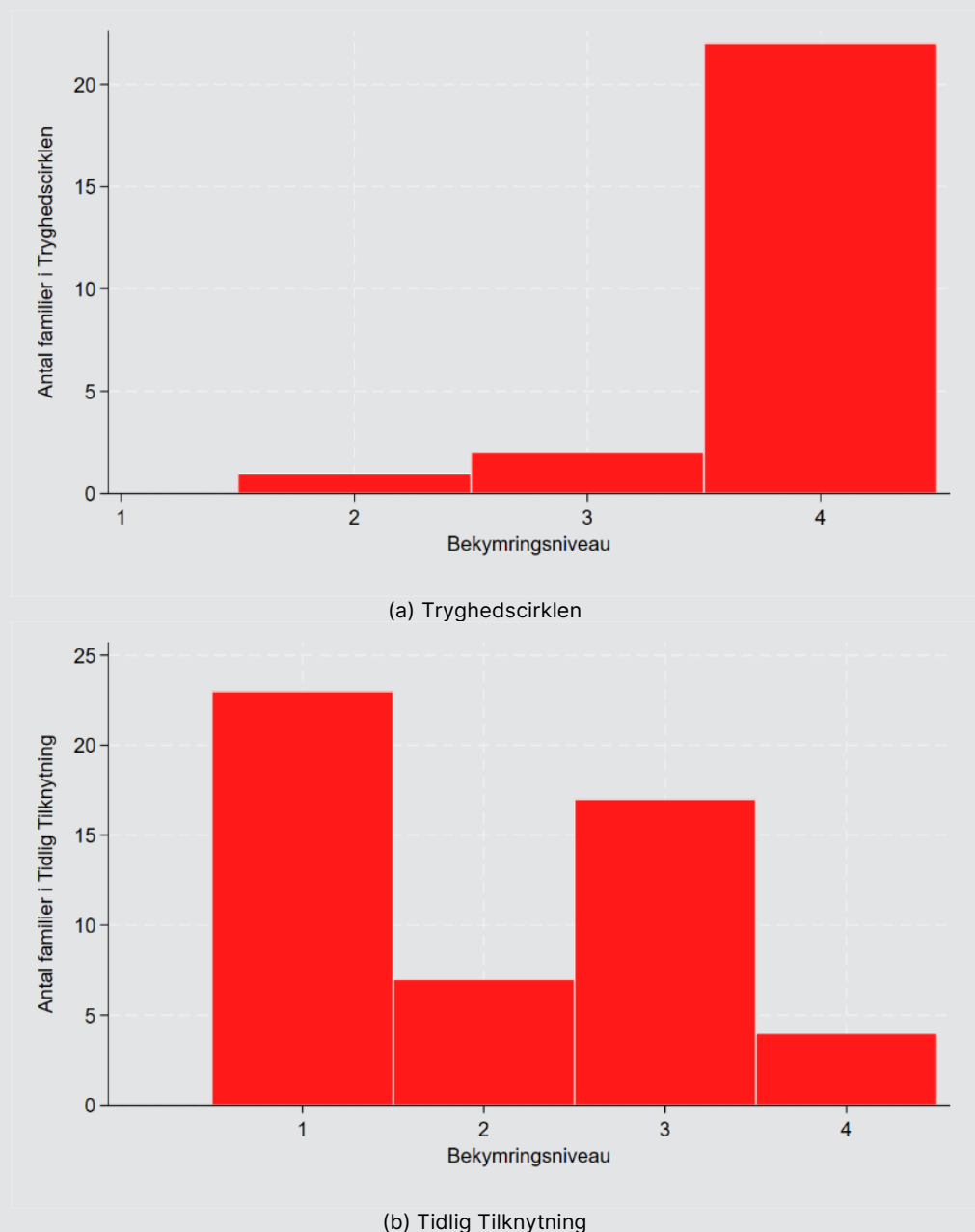
Som beskrevet i kapitel 2.6 tilbydes alle FAMKO-familierne ud over kontakterne til FAMKO-personen et tilknytningsforløb. I dette afsnit beskriver vi, hvordan FAMKO-familierne har deltaget i tilknytningsforløbene.

For FAMKO-familier, hvor der er ikke er bekymringer om familien, og hvor FAMKO-personen er sundhedsplejerske, vil familien blive tilbudt at deltage i gruppeforløbet Tryghedscirklen (Circle of Security – Parenting, COS-P (Hoffman et al., 2006)). Tryghedscirklen er frivilligt at deltage i. Familier, hvor der er et højere bekymringsniveau, og som har en familiebehandler som FAMKO-person, tilbydes at deltage i et individuelt forløb kaldet Tidlig Tilknytning.

I alt 25 familier har deltaget i Tryghedscirklen, mens 51 familier har deltaget i Tidlig Tilknytning. Figur 3.4 viser bekymringsniveauet om familien, alt efter hvilket forløb de har deltaget i.

Figur 3.4 Deltagelse i tilknytningsforløb opdelt på bekymringsniveau

Antallet af familier, som deltager i Tryghedscirklen og Tidlig Tilknytning, opdelt efter deres bekymringsniveau. 1 er højest bekymringsniveau (Underretning/aktiv sag), mens 4 er lavest bekymringsniveau (Gravid uden større bekymring).



Anm.: 25 i Tryghedscirklen og 51 i Tidlig Tilknytning.

Kilde: Visitationsdata.

Som forventet er der et lavere bekymringsniveau om hovedparten (23) af de 25 familier, som har deltaget i Tryghedscirklen. Tilsvarende tilhører hovedparten (47 svarende til 92 %) af familierne, der har deltaget i Tidlig Tilknytning, gruppen med højere bekymringsniveau.

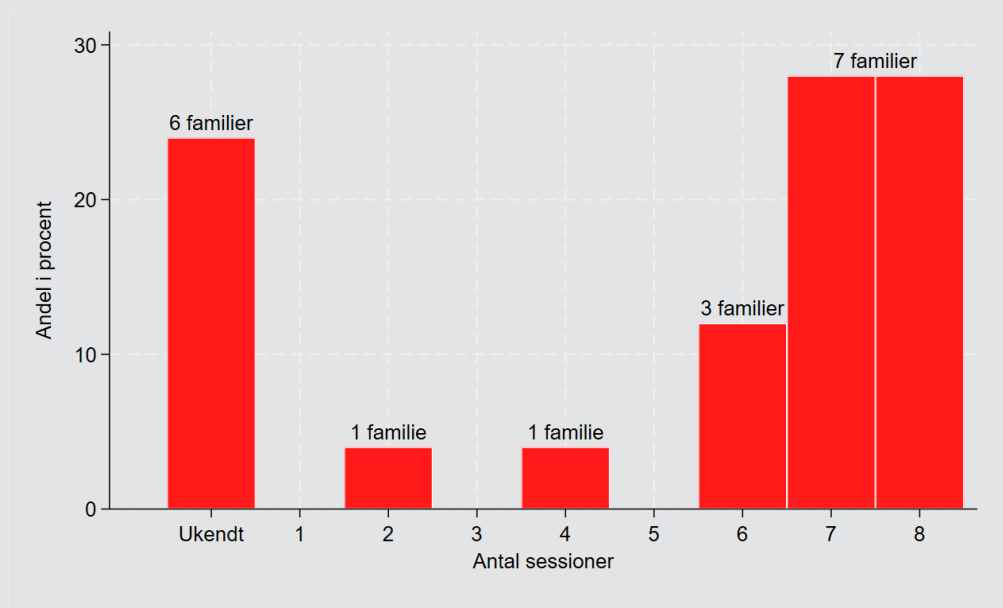
Enkelte familier i bekymringsgruppe 4 (gravid uden større bekymring) har modtaget et Tidlig Tilknytningsforløb. Dette er en følge af, at der opstod en øget bekymring om familien og derfor et skift til en familiebehandler som FAMKO-person.

3.2.1 Tryghedscirklen

Forløbet Tryghedscirklen består af otte sessioner a to timers varighed. Figur 3.5 viser fordelingen over antallet af sessioner, som deltagerne i Tidlig Tilknytningsforløbet har deltaget i. For de 25 familier, der har deltaget i Tryghedscirklen, har 76 % deltaget i minimum to sessioner. Herudover ser vi, at familier, der har deltaget i minimum én session, i gennemsnit har deltaget i lige knap syv sessioner (6,8 sessioner). For et hold med seks deltagere (24 %) har vi ikke information om antal sessioner, de deltog i, da det ikke blev registreret for dette hold.

Figur 3.5 Deltagelse i Tryghedscirklen

Fordeling af antallet af sessioner, som deltagerne i Tryghedscirklen har deltaget i.



Anm.: N = 25.

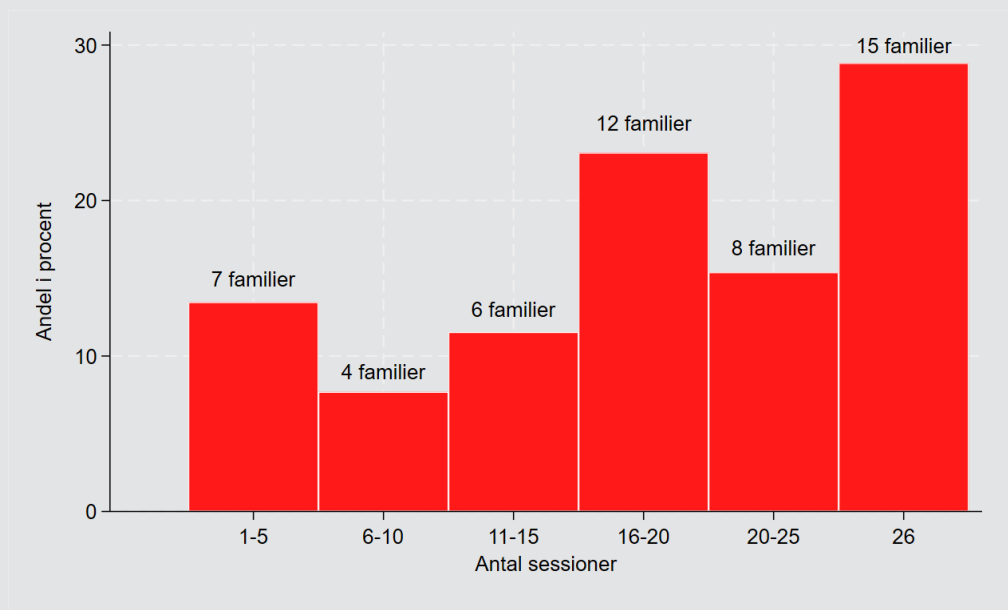
Kilde: Visitationsdata.

3.2.2 Tidlig tilknytning

Tidlig Tilknytningsforløbet er målrettet familier med større behov og består af op til 26 sessioner, som tilpasses efter familiens behov. Figur 3.6 viser en fordeling over antallet af sessioner, som deltagerne i Tidlig Tilknytningsforløbet har deltaget i. Heraf fremgår det, at knap halvdelen (45 %) har deltaget i 21-26 sessioner, en fjerdedel har deltaget i 16-20 sessioner, mens resten har deltaget i færre sessioner. Det gennemsnitlige antal sessioner er 17,6.

Figur 3.6 Deltagelse i Tidlig Tilknytningsforløbet

Fordeling af antallet af samtaler, som deltagerne i Tidlig Tilknytningsforløbet har deltaget i.



Anm.: N = 51.

Kilde: Visitationsdata.

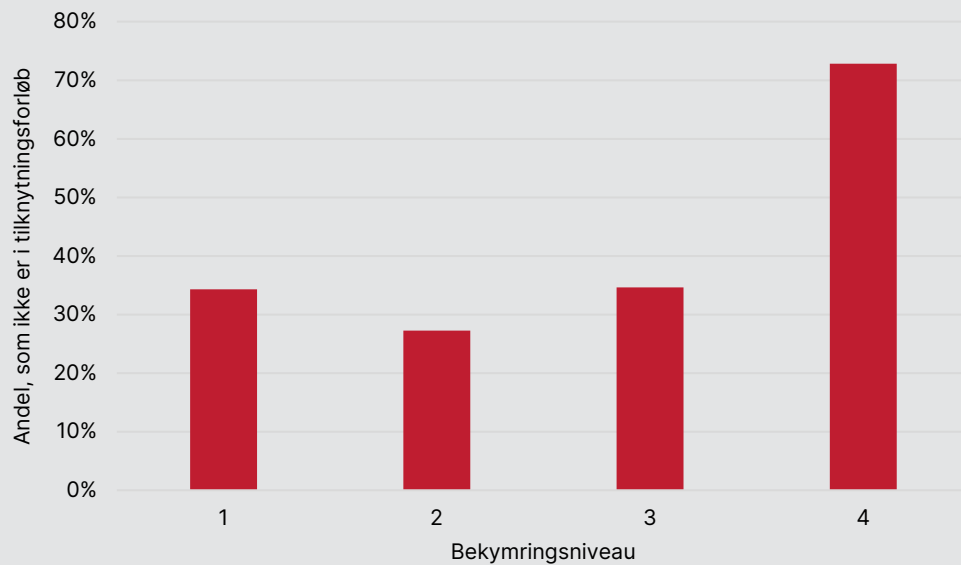
3.2.3 Familier uden tilknytningsforløb

Mere end halvdelen af FAMKO-familierne (91 svarende til 55 %) har ikke deltaget i noget tilknytningsforløb (hverken i Tryghedscirklen eller Tidlig Tilknytning).

Tre ud af fire familier (67 svarende til 73 %) i gruppen med lavere bekymringsniveau deltager ikke i et tilknytningsforløb, mens 24 ud af 72 (33 %) af dem med højere bekymringsniveau ikke deltager.

Figur 3.7 viser andelen, der ikke har deltaget i tilknytningsforløb, fordelt på de fire bekymringsgrupper. Figuren viser, at der særligt er mange familier i gruppen med lavest bekymringsniveau om familien, der ikke har deltaget i noget tidlig tilknytningsforløb.

Figur 3.7 Fravalgt deltagelse i tilknytningsforløb efter bekymringsniveau



Anm.: 164 personer allokeret til indsatsen.

Kilde: Visitationsdata.

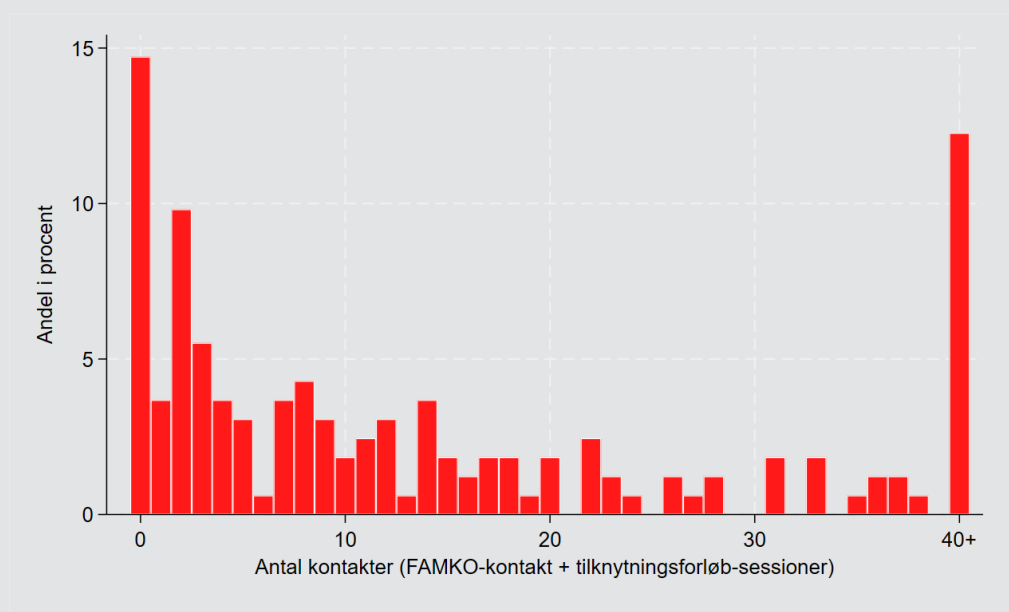
3.3 Samlet deltagelse i FAMKO-interventionen

FAMKO-interventionen består af en kombination af FAMKO-besøgene og tilknytningsforløbet. I dette afsnit har vi derfor samlet oplysningerne fra de forskellige forløb for at give et overblik over, hvad deltagerne i projektet samlet set har deltaget i fra graviditeten og frem til, barnet fylder ét år.

Figur 3.8 viser det samlede antal kontakter som summen af FAMKO-besøg og sessioner i det tilbudte tilknytningsforløb. Det gennemsnitlige antal kontakter er 15, men spredningen er meget stor. 14 % af deltagerne har samlet set 0 kontakter, mens familien med flest kontakter har 92 kontakter igennem graviditet og det første leveår. 54 % har 10 eller færre kontakter, mens 46 % har over 10 kontakter, og 12 % af deltagerne har 40 eller flere kontakter.

Figur 3.8 Samlet antal kontakter i FAMKO-forløb

Fordeling af antallet af det samlede antal kontakter (FAMKO-person-kontakter samt tidlig tilknytning eller Tryghedscirklen) igennem graviditet og barnets første leveår.



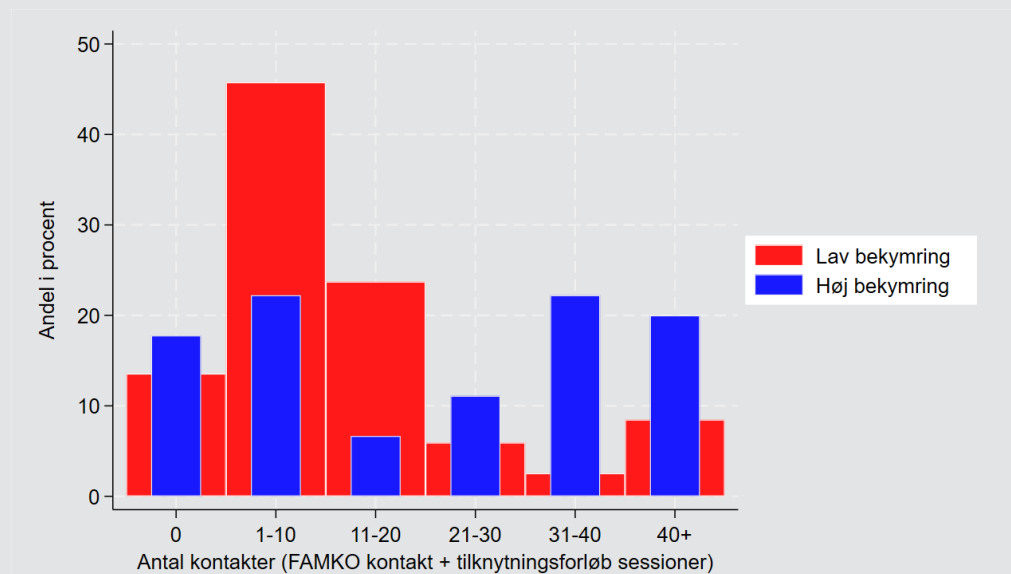
Anm.: N = 163.

Kilde: Visitationsdata.

FAMKO interventionen er designet, så dem med højest bekymringsniveau modtager en mere intensiv indsats, særligt fordi tilknytningsforløbet i udgangspunktet er væsentligt længere for disse familier. I Figur 3.9 viser vi det samlede antal kontakter, FAMKO-familierne har modtaget, opdelt efter bekymringsniveau.

Figur 3.9 Antal kontakter i alt efter bekymringsniveau

Fordeling af det samlede antal FAMKO-kontakter (både FAMKO-person og tilknytningsforløb) opdelt efter bekymringsniveau omkring familien. De røde søjler viser fordelingen af antal FAMKO-kontakter for gruppen af familier, hvor der er et lavt bekymringsniveau, mens de blå søjler viser fordelingen for familier med højt bekymringsniveau.



Anm.: N = 163. 118 med lav bekymring og 45 med høj bekymring. Lavt bekymringsniveau er gruppe 3+4, og høj er gruppe 1+2.

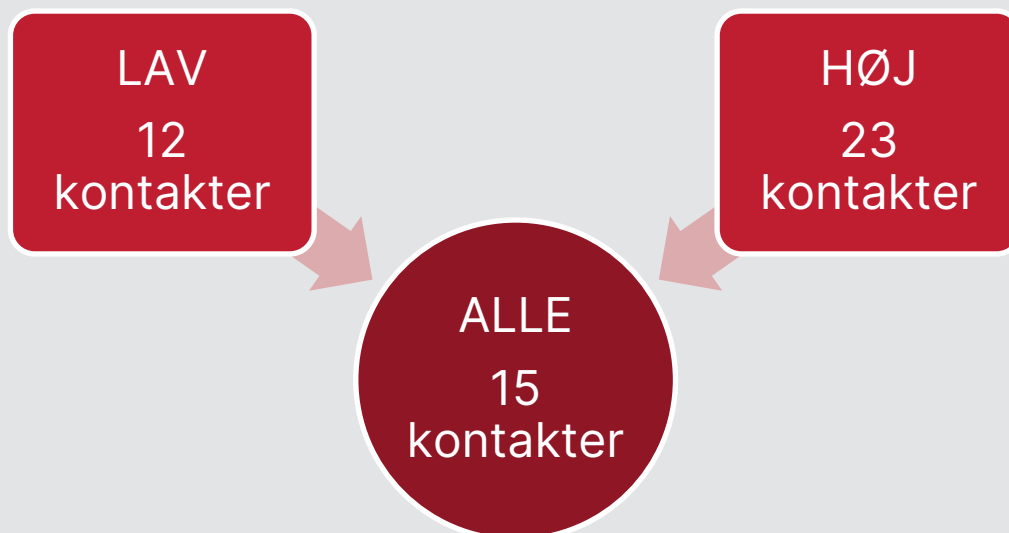
Kilde: Visitationsdata.

Som figuren viser har knap 85 % af familierne, hvor der er et lavt bekymringsniveau, 20 eller færre kontakter, mens det tilsvarende gør sig gældende for ca. 45 % af familierne, hvor der er et højt bekymringsniveau. Generelt har familier med højt bekymringsniveau markant flere kontakter sammenlignet med familier med lavt bekymringsniveau. Der er dog en relativt stor gruppe af familier med højt bekymringsniveau (40 %), der kun har modtaget mellem 0-10 kontakter.

Det gennemsnitlige antal kontakter fordelt på bekymringsniveau fremgår af Figur 3.10.

Figur 3.10 Samlet antal FAMKO-kontakter

Det gennemsnitlige antal kontakter for alle samt for familier, hvor der er høj og lav bekymringsgrad omkring familien.



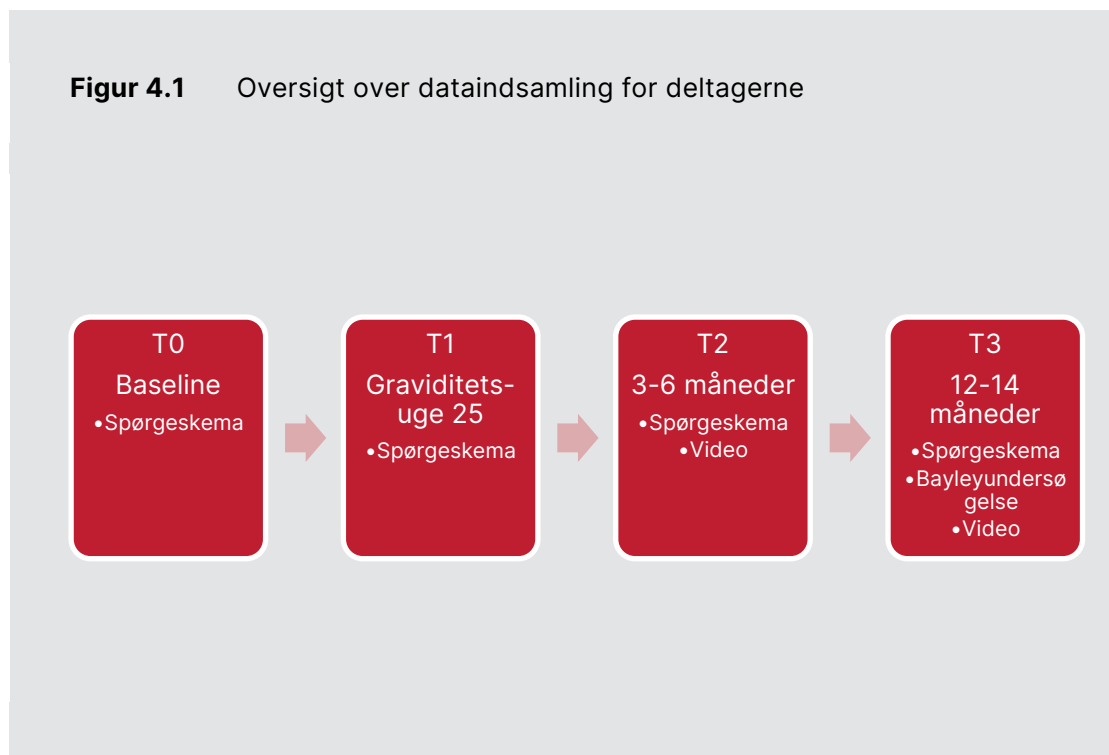
Anm: Lavt bekymringsniveau er gruppe 3+4 og høj er gruppe 1+2.

4 Udfaldsmål, frafald og balance

I dette kapitel beskriver vi de udfaldsmål, der indgår i projektet, samt undersøgelsesfrafald, og hvordan dette påvirker sammenligneligheden mellem kontrol- og FAMKO-gruppen.

4.1 Udfaldsmål

For at effekten af FAMKO kan evalueres, er alle deltagere (både FAMKO-gruppen og kontrolgruppen) blevet bedt om at svare på fire spørgeskemaer, deltage i to samspilsvideoer samt deltage i en undersøgelse af barnet. Forløbet er vist i Figur 4.1.



Spørgeskemaerne, som deltagerne besvarer, består af en række forskellige måleredskaber, som fremgår af Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Oversigt over indhold i spørgeskemaerne

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

Vi anvender desuden sundhedsplejerskernes journaldata og information om underretninger, andre indsatser og anbringelser.

Samlet set anvender vi således fem typer af udfaldsmål:

- Spørgeskema, når barnet er tre måneder og 12 måneder gammelt

- Videoptagelse af mor og barn, når barnet er 4-6 måneder og 13,5 måneder gammelt
- Undersøgelse af barnets udvikling, når barnet er 13,5 måneder gammelt (Bayley test)
- Sundhedsplejerskejournaldata fra NOVAX
- Information om underretninger, andre indsatser og anbringelser.

Det primære udfaldsmål er mors sensitivitet, når barnet er 13,5 måneder gammelt, baseret på videoptagelse. De resterende mål er sekundære udfaldsmål.

Se desuden afsnit 8.1.10.1 og 8.1.10.2 for en detaljeret beskrivelse af udfaldsmålene.

4.2 Frafald og balance

I dette kapitel beskriver vi undersøgelsens frafald, og hvordan dette påvirker sammenligneligheden mellem kontrol- og FAMKO-gruppen. Deltagerne betragtes som frafaldet, hvis de vælger at trække sig fra studiet, hvis de udgår som følge af fx abort eller anbringelse af barnet, eller hvis de ikke har besvaret et spørgeskema eller deltaget i samspilsvideo eller undersøgelse. En familie kan således godt være frafaldet videoptagelsen, når barnet er 4-6 måneder, hvis den ikke blev optaget, men deltagte igen ved optagelsen, når barnet er 13,5 måneder gammelt.

Tabel 4.2 viser frafaldet for hver type af udfaldsmål for hhv. kontrol- og FAMKO-gruppe. Frafaldet er omkring 15 % fra baseline til tre måneders-spørgeskemaet. Ved 12 måneders-spørgeskemaet er frafaldet steget med yderligere 10 procentpoint. Frafaldet er marginalt højere i kontrolgruppen for spørgeskemaerne. Anderledes skævt er det for videoptagelserne og for Bayley-undersøgelsen. Her er frafaldet for det første ret højt og desuden skævt, således at frafaldet er langt større i kontrolgruppen. Dette gælder særligt for videoptagelser, når barnet er 4-6 måneder gammelt, hvor der er 15 procentpoint færre videoer i kontrolgruppen i forhold til FAMKO-gruppen.

Det er ikke overraskende, at frafaldet er større i kontrolgruppen end i FAMKO-gruppen. FAMKO-personerne har haft tættere kontakt med familierne, har løbende opfordret dem til at svare på spørgeskemaer og har hjulpet med at optage video, når barnet er 4-6 måneder gammelt.

Tabel 4.2 Frafald og antal observationer

	Baseline	3 mdr.- spørge- skema	12 mdr.- spørge- skema	Video 4-6 mdr.	Video 12 mdr.
Samlet					
Antal observationer	331	284	248	189	194
Procent relativ til baseline	-	85,8 %	74,9 %	57,1 %	58,6 %
Kontrolgruppe					
Antal observationer	168	140	122	81	91
Procent relativ til baseline	-	83,3 %	72,6 %	48,2 %	54,2 %
FAMKO-gruppe					
Antal observationer	163	144	126	108	103
Procent relativ til baseline	-	88,3 %	77,3 %	66,4 %	63,2 %

Anm: VIVEs egne beregninger.

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

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

I Tabel 4.3 viser vi data for frafaldet i FAMKO-gruppen og kontrolgruppen opdelt på bekymringsniveauet om familien. På baseline var kontrol og FAMKO-gruppen lige store og med en ligelig fordeling af deltagernes bekymringsniveau (ca. 72,5 % med lavt bekymringsniveau og 27,5 % med højt). Når vi ser på frafaldet ved de efterfølgende dataindsamlinger, kan vi se, at frafaldet er størst blandt familier, hvor der er et højt bekymringsniveau om familien og særligt hos denne slags familier i kontrolgruppen.

For effektevalueringen er det skæve frafald et problem, da grupperne derfor ikke ligner hinanden mere ved opfølgningstidspunkterne. Det betyder, at mange af kontrolfamilierne, hvor der er et højt bekymringsniveau om familien

(og, som vi forventer, vil have dårlig trivsel og udvikling), er faldet ud af studiet, og at gruppen samlet set derfor ikke mere er sammenlignelig med FAMKO-gruppen. Dette medfører, at eventuelle estimerede forskelle mellem kontrol- og FAMKO-gruppen lige så vel kan skyldes forskelle før indsatsen som selve indsatsen. Derfor skal effekter fortolkes varsomt. Dette gælder særligt for videodata ved 4-6 måneder, hvor 70 % af kontrolfamilierne, hvor der er et højt bekymringsniveau om familien, er frafaldet.

Tabel 4.3 Sammenhæng mellem frafald og allokering

	Antal besvarelser			Frafald kontrol		Frafald FAMKO	
	Total	Lavt	Højt	Lavt	Højt	Lavt	Højt
Bekymringsniveau							
Baseline	331	240	91	122	46	118	45
Ændring i forhold til baseline							
3 mdr.-spørgeskema	284	218	66	10 %	35 %	8 %	20 %
12 mdr.-spørgeskema	248	196	52	20 %	48 %	17 %	38 %
Video 4-6 mdr.	189	153	36	45 %	70 %	27 %	51 %
Video 12 mdr.	194	153	41	41 %	59 %	31 %	51 %

Anm.: VIVEs egne beregninger. Lavt bekymringsniveau er gruppe 3+4 og højt er gruppe 1+2.

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

Figur 4.2 illustrerer, om frafaldet er ensartet eller skævt på tværs af kontrol- og FAMKO-gruppen for de forskellige typer af udfaldsmål. Figuren viser t-test for forskellen mellem kontrolgruppen og FAMKO-gruppen på en række baseline-karakteristika, og hvordan denne forskel er signifikant forskellig fra 0. Hver markering er altså forskellen på et specifikt karakteristika på et konkret opgørelsestidspunkt. Hvis markeringen ligger inden for det beige område, så er der ikke signifikant forskel, men hvis markeringen ligger ude i det grå område på den ene eller anden side af det beige område, så er forskellen signifikant.

På baseline var grupperne sammenlignelige, hvilket indikerer, at randomiseringen var succesfuld i forhold til at anvende kontrolgruppen som kontrafaktisk grundlag for FAMKO-gruppen før frafald.

For besvarelsene af 3 og 12 måneders-spørgeskemaerne ses en tendens til et frafald, som skaber ubalancer mellem grupperne. Effekterne estimeret for disse udfaldsmål skal derfor fortolkes med forbehold for ubalancerne mellem de to stikprøver. Eventuelle signifikante forskelle på udfaldsmål fra de to spørgeskemaer mellem kontrol- og FAMKO-gruppe kan ikke udelukkende tilskrives indsatsen, da forskellene lige så vel kan skyldes eksisterende forskelle mellem de to grupper.

Forskellene imellem grupperne er ikke entydige i forhold til at vurdere, hvilken gruppe der er bedst/dårligst stillet. FAMKO-gruppen virker bedre stillet i forhold til binge-drinking i graviditet, tilknytningsevne samt bekymringer, mens kontrolgruppen er bedre stillet i forhold til adgang til fortroligt netværk, ensomhed, refleksionsevne, PTSD-diagnose og depressionssymptomer.

I praksis løser vi udfordringen med forskelle i frafald ved at kontrollere for de variable, hvor vi finder signifikante ubalancer (10 %'s signifikansniveau). Bemærk, at dette ikke løser problemet helt, da der kan være forskelle mellem grupperne på uobserverbare karakteristika. I afsnit 8.3.1 lister vi de konkrete kontrolvariable, som anvendes i regressionerne. Desuden imputerer vi udfaldsmål fra spørgeskemaerne således, at vi opretholder balancen mellem grupperne. Læs mere om imputering i afsnit 0.

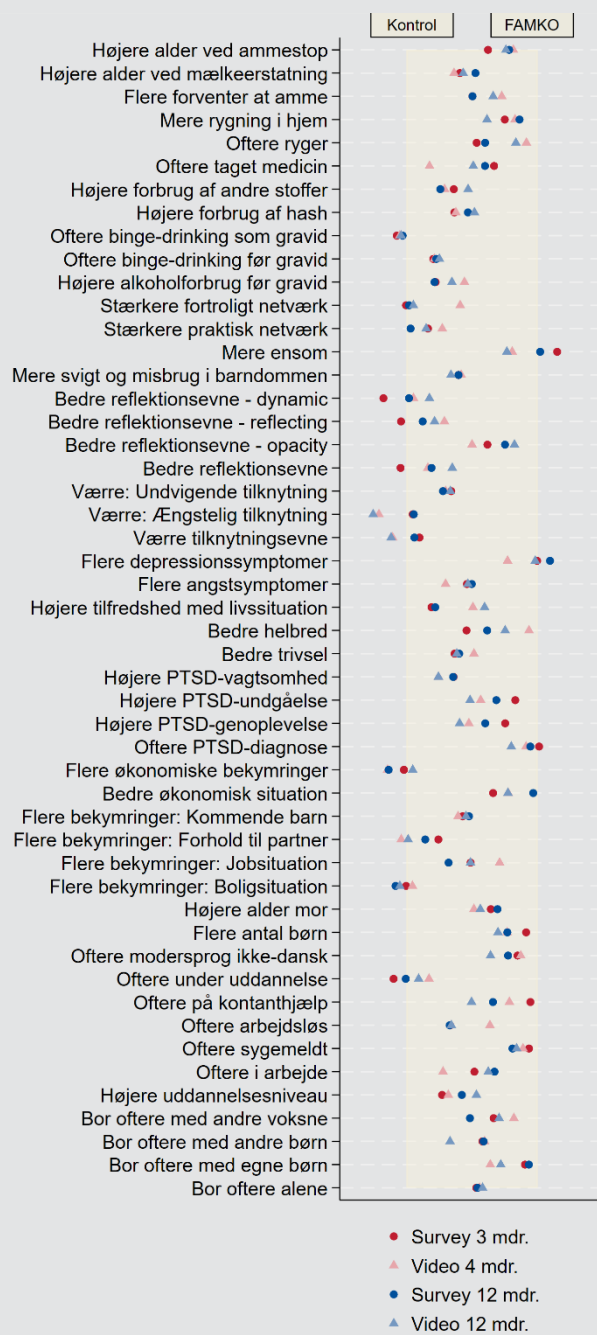
For udfaldsmål baseret på sundhedsplejerskejournaldata, underretninger og andre indsatser er der intet tab af observationer pga. frafald, da disse informationer ikke afhænger af besvarelses fra deltagerne.

For videooptagelser og Bayley-undersøgelse ses også ubalancer mellem grupperne, og generelt er frafaldet ret markant her (jf. Tabel 4.3). Her undlader vi derfor at imputere data, men estimerer effekten af FAMKO i en regression med kontroller for ubalancer på det data, som er til rådighed.

I baseline-rapporten kan findes en grundig beskrivelse af kontrol og FAMKO-gruppen ved opstart i projektet (Pontoppidan, Jensen, et al., 2021).

Figur 4.2 Balance mellem kontrol- og FAMKO-gruppe efter frafald

Figuren viser den standardiserede forskel mellem FAMKO- og kontrolgruppe med tilhørende bånd for, om forskellen er signifikant på 10 %'s niveau baseret på t-test



Anm.: N=331, som har besvaret baseline spørgeskemaet.

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

5 Effekten af FAMKO

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

Kapitlet er opdelt som følger: Først præsenterer vi analyser af effekter baseret på udfaldsmål fra spørgeskemaerne, der er udfyldt af mødrene, når barnet er tre måneder og 12 måneder gammelt. Derefter fokuserer analysen på de kommunale indberetninger omkring brug af sundhedsplejerskeydelse, underretninger, andre indsatser og anbringelser. Dernæst præsenterer vi analyser af effekten på mor-barn-relationen baseret på videomateriale, hvorefter vi behandler effekten på barnets udvikling ved Bayley-testen. Til slut undersøger vi effekten på deltagerens tilfredshed med antallet af kontakter med fagpersonale.

I Boks 5.1 er der en vejledning til, hvordan resultaterne skal læses.

I bilag 2 ses tabeller med gennemsnit og standardafvigelser for alle udfaldsmålene opdelt på kontrol- og FAMKO-gruppe.

Boks 5.1 Sådan læses effektmålingsresultater

Figurerne præsenterer resultaterne af effektmålingen med enten et effekt-estimat eller en effektstørrelse (målt ved Cohens d) med tilhørende 95 %'s konfidensintervaller.

Effekttestimatet er den estimerede effekt af indsatsen. Effekttestimatet måler ændringen i udfaldsmålet som følge af indsatsen, når der tages højde for de inkluderede kontrolvariable. Helt konkret er effekttestimatet forskellen i udfaldsmålet mellem kontrol- og FAMKO-gruppe.

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

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

Som hovedregel kan effektstørrelsens værdi fortolkes på følgende måde:

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

5.1 Spørgeskema

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

Vi viser først analyserne for spørgeskema udfyldt, når barnet er tre måneder gammelt, derefter for 12 måneder.

Eftersom FAMKO-interventionen fortsætter, til barnet starter i skole, kan resultaterne ved begge tidspunkter betragtes som kortsigtede effekter af indsatsen.

5.1.1 Trivsel og udvikling når barnet er tre måneder gammelt

Figur 5.1 viser effekter, når barnet er tre måneder gammelt, på udfaldsmålene baseret på spørgeskemabesvarelser.

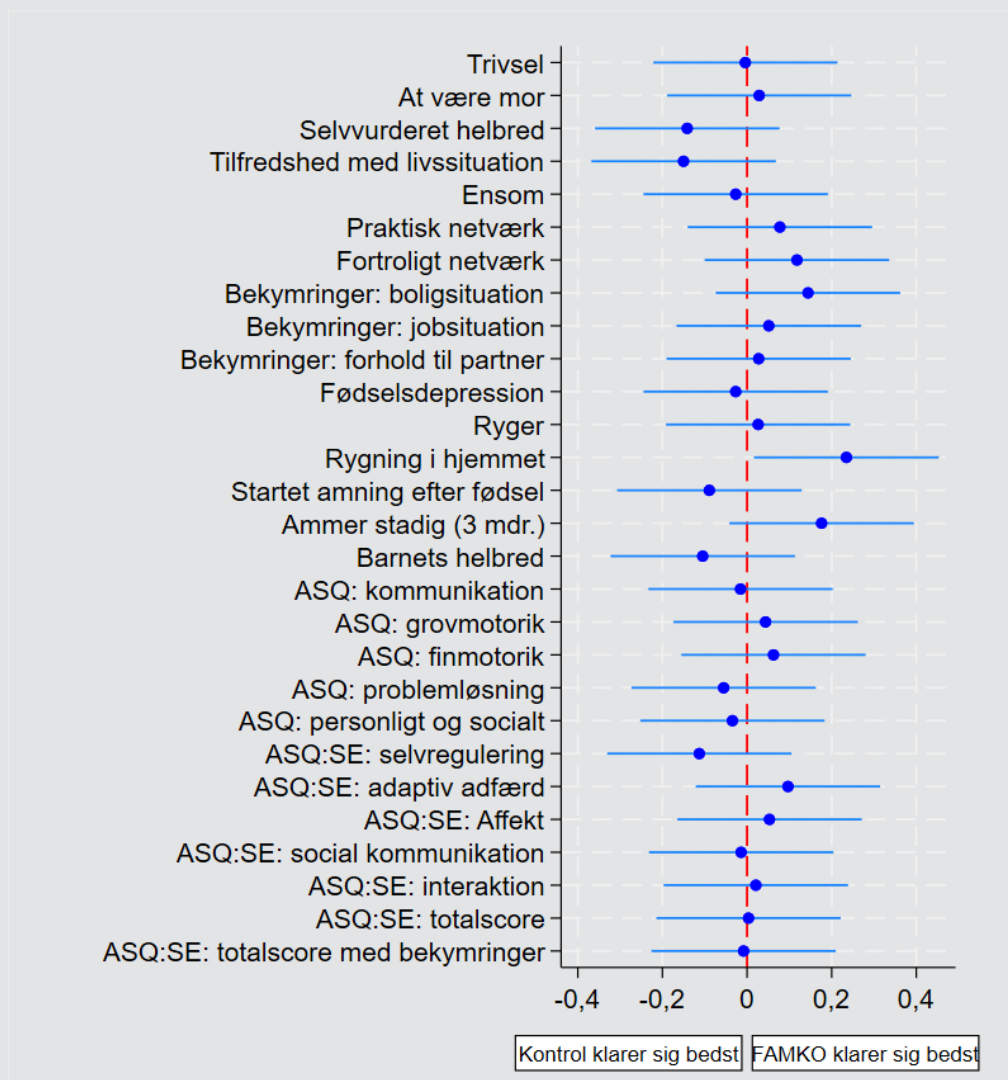
Vi finder, at der er signifikant færre i FAMKO-gruppen, der ryger i hjemmet, når barnet er tre måneder gammelt i forhold til kontrolgruppen. Dette resultat skal dog fortolkes varsomt, da det er den eneste signifikante ud af 28 antal test. Med et signifikansniveau på 5 % vil 1 ud af 20 analyser kunne være opstået ved en tilfældighed. Vi finder ikke nogen effekt i forhold til, om moderen selv ryger, hvilket er et relateret udfaldsmål.

Det overordnede billede er således, at der ikke er tegn på, at familierne, der har modtaget FAMKO-indsatsen, klarer sig bedre eller værre i forhold til kontrolgruppen, når vi undersøger moderens og barnets selvrappede trivsel og helbred, når barnet er tre måneder gammelt.

Figur 5.1 Effektmåling af udfaldsmål fra tre måneders-spørgeskema

Den estimerede effektstørrelse af FAMKO samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl.

Den blå prik er effektestimaten. Hvis prikken er til højre for den røde linje, klarer FAMKO-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimaten. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N=324. 282 som har besvaret spørgeskema, mens resten er imputeret.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

5.1.2 Trivsel og udvikling, når barnet er 12 måneder gammelt

For analysen baseret på spørgeskemadata, når barnet er 12 måneder gammelt, finder vi enkelte effekter af FAMKO-indsatsen. Figur 5.2 viser effektstørrelser og konfidensintervaller for udfaldsmål relateret til trivsel og helbred baseret på spørgeskema udfyldt af mor, når barnet er 12 måneder gammelt.

For 2 ud af de i alt 35 udfaldsmål er forskellen mellem kontrol- og FAMKO-gruppe signifikant. Forskellene tyder på mindre effekter, da effektstørrelserne er små (omkring eller under 0,2).

Når barnet er 12 måneder gammelt, finder vi følgende effekter:

- FAMKO-familier bekymrer sig oftere om deres boligsituation.
- FAMKO-familier har en forbedret præmentaliserings (dvs. mindre forvrænget mentalisering).

I forhold til mentaliseringsevne er det positivt, at mødre i FAMKO-gruppen oplever mindre forvrænget mentalisering end kontrolgruppen, når barnet er 12 måneder gammelt. Nyere forskning finder, at præmentalisering prædikterer både forældre-barn relationen (Rostad & Whitaker, 2016) og barnets socio-emotionelle udvikling (De Palma et al., 2023; Madsen et al., 2023). Det er derfor et potentielt vigtigt resultat.

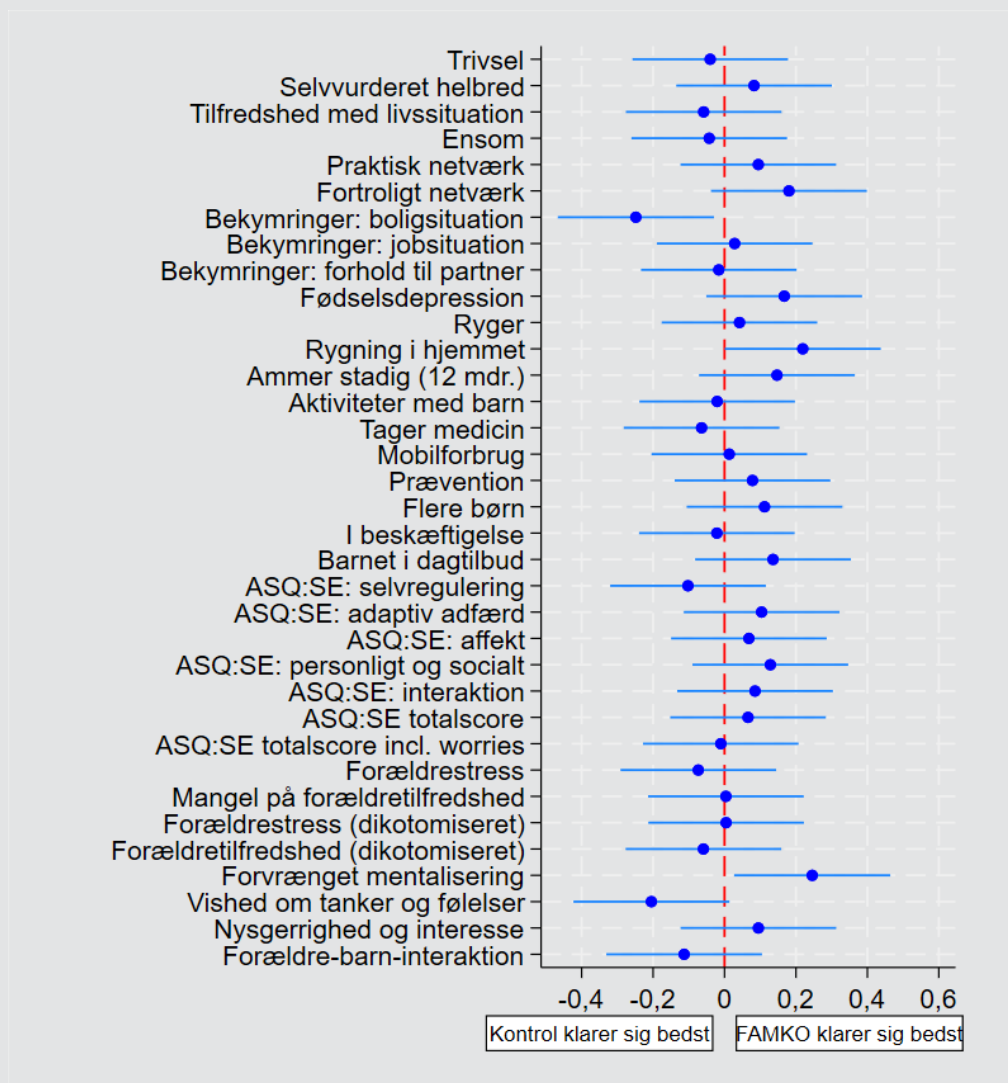
I lighed med analysen, da barnet var tre måneder gammelt, finder vi tegn på, at FAMKO-familier ryger mindre i hjemmet. Denne effekt er dog kun signifikant på 10 %'s niveau.

For alle de resterende udfaldsmål finder vi ingen signifikante forskelle imellem de to grupper på dette tidspunkt.

Figur 5.2 Effektmåling af udfaldsmål fra 12 måneders-spørgeskema

Den estimerede effektstørrelse af FAMKO samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression med multiple imputerede data og robuste standardfejl.

Den blå prik er effektestimaten. Hvis prikken er til højre for den røde linje klarer FAMKO-familierne sig bedre, og hvis prikken er til venstre for den røde streg, klarer kontrolfamilierne sig bedst. De blå linjer er konfidensintervallet omkring estimaten. Hvis linjerne krydser den røde streg (effektstørrelse på 0), er der ikke nogen signifikant forskel imellem de to grupper.



Anm.: N=324. 248 som har besvaret spørgeskema, mens resten er imputeret.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

5.2 Mor-barn-relationen

På baggrund af videooptagelser af samspil imellem mor og barn, der er lavet, når barnet er 4-6 måneder og 13,5 måneder gammelt, undersøger vi, om FAMKO-indsatsen har nogen effekt på mor-barn-relationen.

Vi anvender systemet Coding Interactive Behavior (CIB) (R. Feldman, 2012) til at kode videoerne. CIB måler forældre-barn-relationen og kodes på baggrund af en seks minutter lang videooptagelse af fri leg, der er optaget enten på familieambulatoriet, ved kommunen eller i hjemmet, alt efter hvad familien foretrækker.

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 - sensitivity
- Påtrængenhed - intrusiveness
- Grænsesætning - limit setting
- Involvering - involvement
- Tilbagetrækning - withdrawal
- Efterlevelse - compliance
- Samspil - dyadic reciprocity
- Negativ tilstand - dyadic negative states.

For yderligere information om CIB, se afsnit 8.1.10.1 i del 2.

Figur 5.3 viser de estimerede effekter af indsatsen på total CIB score samt opdelt på subskalaer og de to måletidspunkter.

Som vist i afsnittet om frafald og balance, er frafaldet særlig stort på videoerne 4-6 måneder efter fødsel. Frafaldet er desuden skævt (flere familier, hvor der er et højere bekymringsniveau omkring familien i kontrolgruppen er faldet ud), hvilket medfører en del ubalancer (forskelle i baggrundskarakteristika) mellem de kontrol- og FAMKO-familier, vi har videodata fra. Vi kontrollerer for

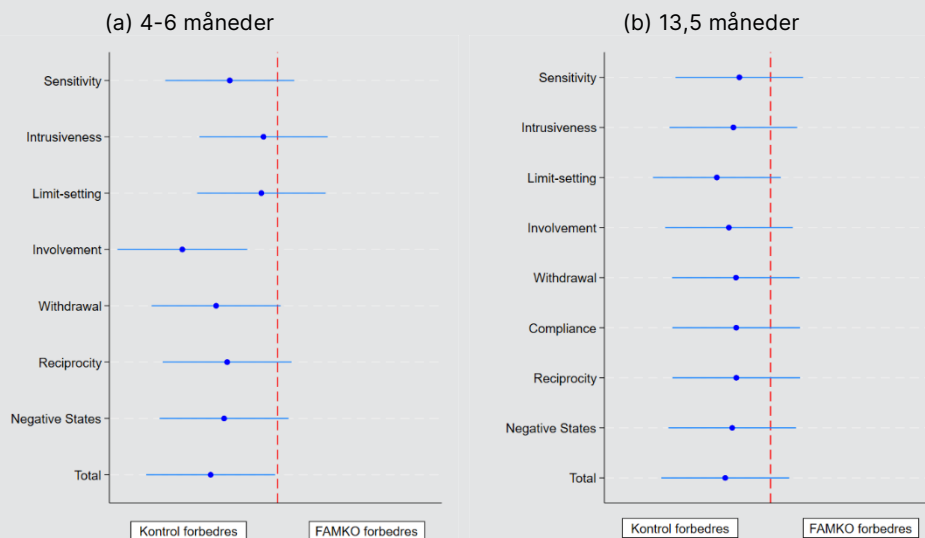
disse forskelle, men effekterne præsenteret i dette kapitel skal tages med det forbehold, at grupperne ikke er helt balancerede.

Når vi sammenligner mor-barn-relationen hos FAMKO- og kontrolgruppe, når barnet er 4-6 måneder gammelt, finder vi tegn på negative effekter – altså at kontrolgruppen ser ud til at have en bedre mor-barn-relation end FAMKO-gruppen (panel (a) i Figur 5.3). Således er subskalaen for involvering samt totalscoren signifikant dårligere i FAMKO-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

En nærliggende forklaring herpå er det store frafald i kontrolgruppen relativt til FAMKO-gruppen. Konkret er det de mest sårbare familier fra kontrolgruppen, som er udgået eller fravælger at deltage i denne del af dataindsamlingen. Dette fører til, at FAMKO-gruppen, som deltager i videoerne, i gennemsnit er en mere sårbar gruppe end kontrolgruppen. Dette forvrider resultaterne, da vi mangler besvarelser fra de familier i kontrolgruppen, som, vi forventer, vil have de dårligste scorere. Det gør det vanskeligt at drage konklusioner om årsagssammenhænge, da grupperne i denne del af analysen ikke er sammenlignelige.

Figur 5.3 Effektmåling af CIB

Den estimerede effektstørrelse af FAMKO-indsatsen samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression med robuste standardfejl og kontrol for ubalancer.



Anm.: N=189 i (a) og N=194 i (b)

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

Panel (b) i figuren viser mor-barn-relationen- når barnet er 13,5 måneder gammelt. Her finder vi ingen signifikante forskelle mellem kontrol- og FAMKO-gruppen. Dette kan skyldes, at frafaldet er knap så skævt på dette tidspunkt. Igen er det værd at huske, det skæve frafald betyder, at det er vanskeligt at vurdere effekten af FAMKO på dette udfaldsmål.

5.2.1 Refleksioner om mor-barn-relationen hos deltagerne

På trods af det skæve frafald imellem de to grupper, i forhold til videodata om mor-barn-relationen, er der nogle overordnede ting, vi har noteret os i forhold til videooptagelserne på tværs af FAMKO- og kontrolgruppen samt ved de to undersøgelsestidspunkter (når barnet er 4-6 måneder og 13,5 måneder gammelt).

Generelt ser vi mødre, der meget gerne vil vise, at de er gode mødre. De fleste smiler og er engagerede, og det er tydeligt, at de gør deres bedste, og at de gerne vil gøre "det, der er rigtigt." Samtidig ser vi dog mange babyer, der ikke rigtig deltager i samværet. Mange babyer er ret passive i samværet og viser kun få smil, få pludreløde og meget lidt glæde. En del babyer kigger stort set ikke på mor i løbet af de fem minutters video, vi koder. Dette er bekymrende, da baby gerne både skal søge samvær, støtte, glæde og trøst hos mor. I en del tilfælde er baby positioneret, så det vender ansigtet væk fra mor, så de ikke kan se på hinanden.

Umiddelbart ser det ud som om, at mor i mange tilfælde i sin iver for at vise, hvor god en mor hun er, kommer til at blive styrende og kontrollerende over for baby og overser, at baby faktisk ikke er med i legen.

Dette ser vi særligt for børnene på 4-6 måneder, fx ved at mor igangsætter fx sanglege og gymnastikøvelser, men ikke får stoppet op løbende og afventet babys reaktion, og om baby synes, at det er sjovt at lave aktiviteten. Det er tydeligt, at mange mødre har fået information om, at det er vigtigt, at baby ligger på maven, og at de har lært mange fine sanglege, de kan lave med barnet. Det er helt sikkert vigtige aktiviteter for babys udvikling, men det er dog altafgørende, at baby synes, at det er sjovt at lave øvelserne og sangene, og særligt at man ikke fortsætter for længe. I nogle få tilfælde har sangleg eller ligge på maven-øvelser fyldt stort set alle fem minutter af optagelsen. Her har baby været stort set passiv eller ligget med hovedet på gulvet og været tydeligt træt, ked af det eller endda decideret vist ubehag efter at holde hovedet oppe.

Mange mødre bliver desuden på begge tidspunkter ret styrende i forhold til at kræve babys opmærksomhed ved at kalde eller ved at introducere nyt legetøj, selvom baby er i gang med at have fokus på noget andet. En del af legetøjet,

der introduceres, har lyd på, der tiltrækker barnets opmærksomhed, og som fortsætter med lyd, selvom barnet har fokus på noget andet. Ved hele tiden at introducere nyt legetøj forstyrres barnets aktivitet og mulighed for at initiere en fælles aktivitet med udgangspunkt i barnets interesser.

Mors kontrollerende adfærd og barnets passive adfærd medfører, at det dyadiske samspil og synkronien i mor-barn-relationen bliver udfordret. Vi ser således ikke særlig meget samspil og turtagning imellem mor og barn, hvor udgangspunktet er barnets initiativ.

Derudover har vi også observeret, at mange babyers forsøg på at selvregulere bliver tolket som en afvisning af mødrene. Hvis baby drejer hovedet væk for at nedregulere, ser mor det som en afvisning og prøver at kalde på baby, eller hun følger med og fortsætter stimulering. Mange tager også babys hånd eller fingre ud af munden, hvis baby prøver at regulere ved at sutte på hånden eller fingrene.

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 også tegn på nervøsitet hos en del mødre, som fx at pille i håret, tale hurtigt eller kigge nervøst ind i kameraet. Alle mødre er dog i samme situation, og vores erfaring er, at forældres værdier bliver forstørret i sådan en optagelse – så de fx laver ekstra mange sanglege eller bringer endnu mere nyt legetøj ind i legen, end de ellers ville have gjort.

I forhold til at vurdere, hvor normalt det, der foregår på videoen, er for baby, kigger vi på babys reaktioner. Hvis baby siger fra ved fx at græde eller vende sig væk, er det et tegn på, at baby ikke har lyst og fint kan sige fra. I hovedparten af de videoer, der indgår i dette materiale, ser vi dog ikke rigtig nogen reaktion fra baby, men mere en passiv accept af, hvad der foregår. Det tyder på, at det ikke er ualmindeligt, at deres signaler ikke bliver set.

I forhold til at gøre mor mere opmærksom på babys signaler er det vigtigt at være opmærksom på følgende.

- **Hvad har baby lyst til?** Prøv at stoppe op, observer baby, og afvent babys reaktioner og initiativer i stedet for at sætte noget nyt i gang hele tiden.
- **Alt med måde!** Lav sanglege og øvelser med baby, men kun hvis baby synes, det er sjovt.
- **Dit ansigt er guld værd.** Husk, at særligt for små babyer er mors ansigt det mest spændende i verden. Det er mere interessant end legetøj.

- **Baby skal lære at selvregulere.** Vær opmærksom på, at baby får plads og rum til at træne selvregulering. Baby afviser ikke mor, men har bare brug for lige at få ro på indeni. Selvregulering er en væsentlig egenskab, som barnet skal bruge i resten af sit liv.
- **Baby skal lære at tale.** Fortæl, hvad du laver i legen, sæt ord på, hvad baby laver, og svar gerne, når baby pludrer til dig.

5.3 Barnets udvikling

Da barnet blev 13,5 måneder gennemførte trænede psykologistuderende en undersøgelse af barnets udvikling – en såkaldt Bayley test (Bayley Scales of Infant and Toddler Development 3rd Edition – Screening Test (BSID)) (Bayley, 2006).

BSID er en standardiseret normbaseret test, som består af tre hoveddele; en kognitiv del, en sproglig del (receptiv og ekspresiv) og en motorisk del (fin- og grovmotorik). I størstedelen af opgaverne anvendes forskelligt legetøj og billedmateriale. Rå scorere for hver subskala konverteres til skalascorer (fra 1 til 19, gennemsnit = 10, standardafvigelse = 3), og en composite score (gennemsnit = 100, standardafvigelse = 15) udregnes på baggrund af skalascoren for kognitiv udvikling og summen af de sproglige skalascorer.

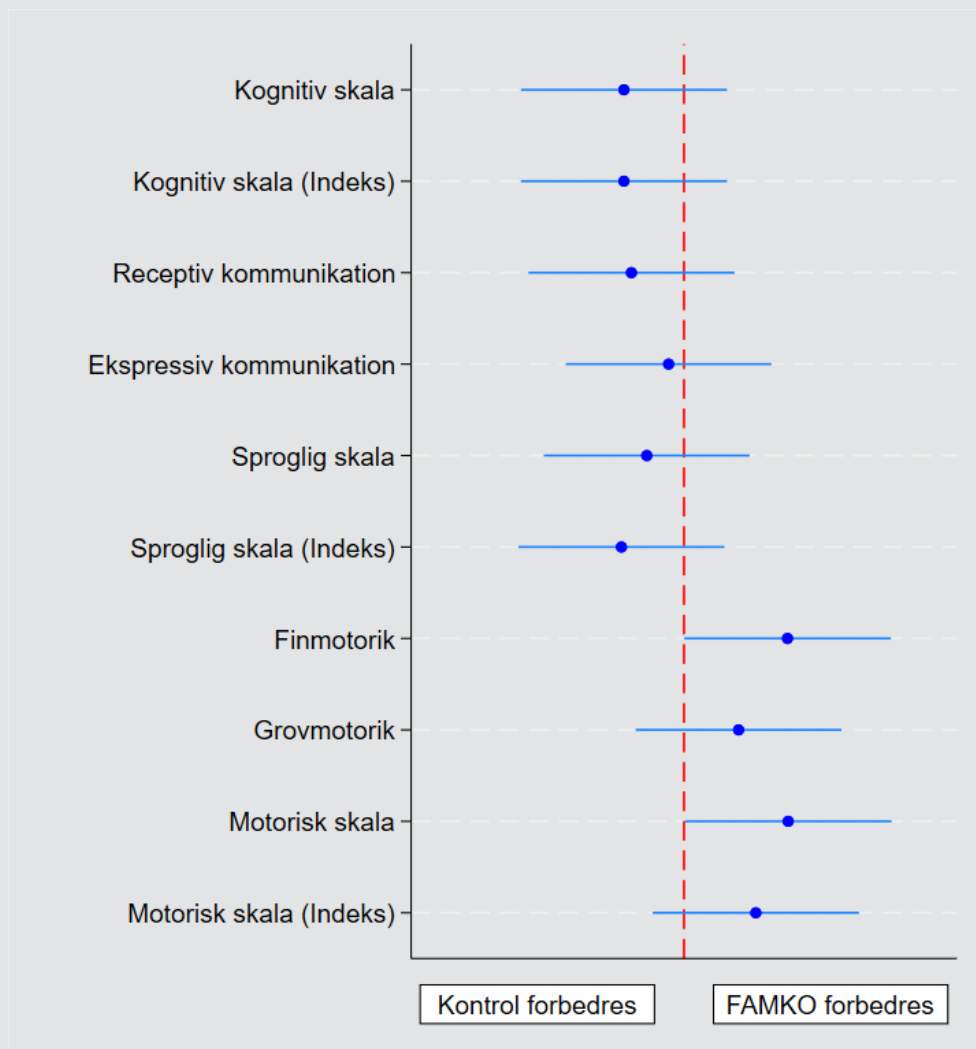
For yderligere information om BSID, se afsnit 8.1.10.2 i del 2.

Figur 5.4 præsenterer resultaterne af effekten på barnets udvikling målt ved BSID, når barnet er 13,5 måneder gammelt. I forhold til kognition, kommunikation og sprog observeres ingen effekter af FAMKO. Der er en tendens til, at børnene i FAMKO-gruppen klarer sig bedre end kontrolbørnene i forhold til motorisk udvikling, herunder særligt hvad angår finmotorik, men resultatet er kun signifikant på et 10 %-niveau.

Bayley data lider ligesom videodata af skævt frafald. Selvom deltagelsen i kontrolgruppen er højere, når barnet er 13,5 måneder gammelt i forhold til ved 4-6 måneder, forholder det sig stadig sådan, at når vi ser på baggrundskarakteristika på dem, der har gennemført Bayley-undersøgelsen, så er FAMKO-gruppen stillet en anelse værre end kontrolgruppen. Eftersom vi ser tegn på positiv effekt på barnets motoriske udvikling på trods af det skæve frafald, er det en god indikation på, at FAMKO-indsatsen har en positiv indflydelse på barnets motoriske udvikling.

Figur 5.4 Effektmåling: Bayley Scales of Infant and Toddler Development 12 måneder efter fødsel

Den estimerede effektstørrelse af FAMKO-indsatsen samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression med robuste standardfejl og kontrol for ubalancer



Anm.: Antal observationer = 196.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

5.4 Brug af sundhedsplejen og underretninger

Alle børnefamilier tilbydes besøg af sundhedsplejersken, og der er mulighed for at tilbyde ekstra besøg efter behov. Disse besøg registreres i familiens journal hos sundhedsplejen. Vi har desuden fået oplysninger om eventuelle

underretninger fra Odense Kommune. Bemærk, at både standardbesøg og behovsbesøg er en del af det sædvanlige tilbud fra sundhedsplejen til alle familier og dermed ikke en del af FAMKO-indsatsen.

Det er dog interessant at undersøge, hvorvidt de sædvanlige tilbud påvirkes af FAMKO-indsatsen.

Vi undersøger, om der er forskel mellem kontrol- og FAMKO-gruppen i forhold til følgende:

- Antal ordinære sundhedsplejerskekontakter
- Behovsbesøg
- Tidspunktet for kontakterne (timing)
- Andelen af børn med underretninger.

Data til denne analyse er baseret på administrative data og ikke selvrapporterede. Derfor er frafald ikke et problem for disse udfaldsmål, og grupperne er balancerede som følge heraf.

Vi foretager en række analyser, som afdækker eventuelle effekter på både antal, timing og fordelingen af ekstra indsatser. For at undersøge, om besøg fordeler sig forskelligt, grupperer vi antallet af besøg på følgende måde:

- 0-2 besøg
- 3-4 besøg
- 5 besøg eller mere.

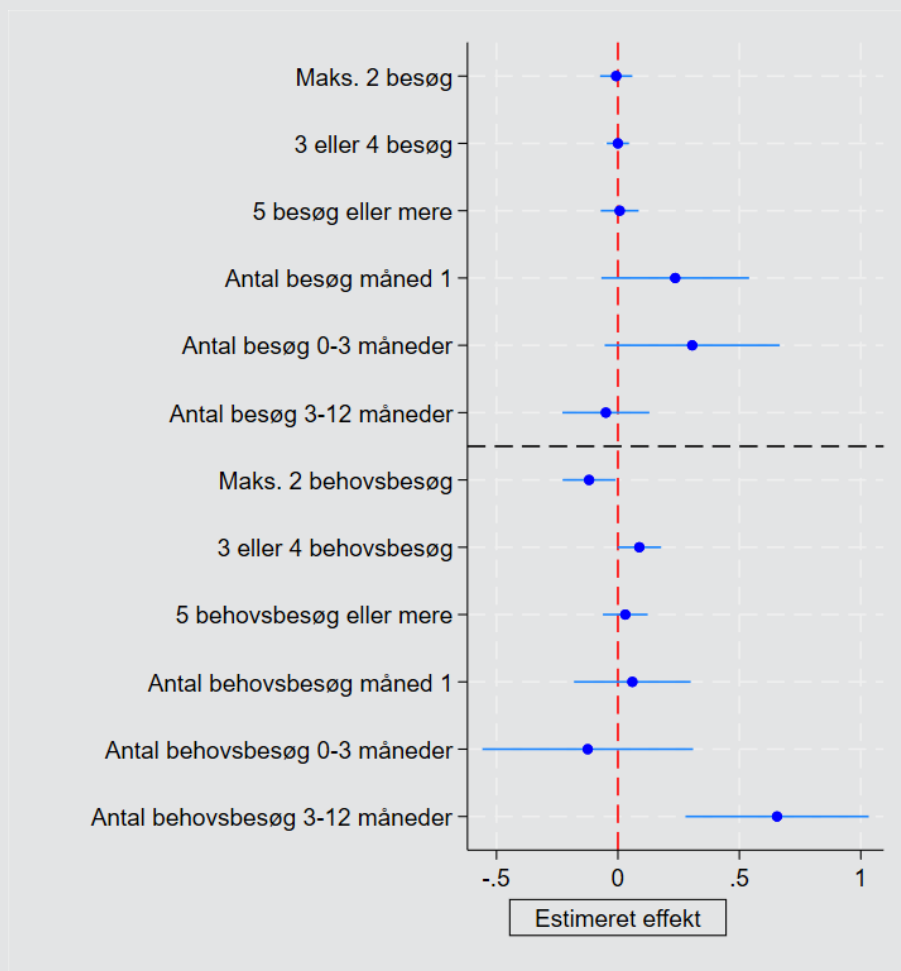
Effekter på timing undersøger vi ved at gruppere besøg alt efter, hvornår de er foretaget. Vi tæller, hvor mange besøg der er foretaget i følgende perioder:

- Første levemåned
- De første tre måneder efter fødsel
- Fra barnet er fyldt tre måneder og resten af første leveår.

Vi undersøger både ordinære besøg og behovsbesøg. Resultaterne er præsenteret i Figur 5.5 som de estimerede effekter af FAMKO (forskellen mellem kontrol- og FAMKO-gruppe) med tilhørende konfidensintervaller.

Figur 5.5 Effekter på antal og timing af ordinære- og behovssundhedsplejerskebesøg

Den estimerede effekt af FAMKO-indsatsen samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression med robuste standardfejl. Ordinære besøg står over den stiplede sorte linje, og behovsbesøg står under.



Anm.: N=313. Antal observationer svarer til antal observationer i baseline, da data er fra administrative registre og derfor ikke er afhængig af deltagelse uden anbragte og aborterede børn.

Kilde: NOVAX-data.

5.4.1 Ordinære besøg af sundhedsplejersken

Når vi undersøger fordelingen af de ordinære sundhedsplejerskebesøg og timingen af dem, finder vi ikke nogen forskel imellem de to grupper. Der er en tendens til, at FAMKO-gruppen modtager flere ordinære besøg tidligt i barnets liv, men forskellene er ikke signifikante.

5.4.2 Behovsbesøg af sundhedsplejersken

I den nederste del af Figur 5.5 ses resultaterne for behovsbesøg.

I forhold til det *samlede antal* behovsbesøg finder vi følgende signifikante forskelle:

- FAMKO-gruppen er *mindre* tilbøjelige til at have 2 eller færre behovsbesøg.
- FAMKO-gruppen er *mere* tilbøjelige til at have mellem 3-4 behovsbesøg.

Andelen, der modtager 5+ behovsbesøg, er ikke påvirket af indsatsen, da der ikke er nogen forskel her.

Flere FAMKO-familier end kontrolfamilier har således fået 3-4, men for familier, der modtager 5 eller flere behovsbesøg, er der ikke nogen forskel imellem de to grupper.

Hvis vi ser på, *hvornår* behovsbesøgene finder sted, finder vi følgende forskel:

- FAMKO-gruppen modtager *flere* behovsbesøg end kontrolfamilier, når barnet er 3-12 måneder gammelt.

Vi finder ikke nogen forskel i antallet af behovsbesøg i de første tre måneder af barnets liv.

Konkret har FAMKO-gruppen i gennemsnit 0,66 flere behovsbesøg sammenlignet med kontrolgruppen. Relativt til gennemsnittet i kontrolgruppen (1,13 besøg) svarer denne effekt til en stigning på 58 % i perioden.

5.4.3 Sundhedsplejerskebesøg samlet set

Resultaterne præsenteret her for ordinære og behovsbaserede besøg af sundhedsplejersken peger i retning af, at FAMKO-gruppen har modtaget et mere intenst sundhedsplejerskeforløb end kontrolgruppen. Det gælder særligt for behovsbesøg.

Der kan være forskellige grunde til, at vi ser disse forskelle. Det er muligt, at sundhedsplejerskerne tilbyder FAMKO-familierne flere besøg, fordi de vurderer, at der er et behov hos familien. Det er ligeledes muligt, at FAMKO-gruppen

i højere grad tager imod tilbud om besøg fra sundhedsplejen, fordi de har indset, de har behov for hjælp, eller fordi de har opbygget et tillidsfuldt forhold til FAMKO-personen, som i mange tilfælde også er familiens sundhedsplejerske.

Det er også muligt, at forskellene hænger sammen med, hvordan besøg registreres. Hvis en FAMKO-familie med en sundhedsplejerske som FAMKO-person får registreret et besøg som både en FAMKO-kontakt og som et behovsbesøg, er kontakten registreret dobbelt, og ovenstående effekt er ikke et reelt udtryk for, at FAMKO-gruppen ikke modtager flere behovsbesøg.

For at undersøge, om effekten skyldes registreringspraksis, estimerer vi effekten på sundhedsplejerskebesøg separat for familier med højt bekymringsniveau (1+2+3), som er blevet tildelt en familiebehandler, og for familier med lavt bekymringsniveau (4), som er blevet tildelt en sundhedsplejerske. Hvis vi kun ser effekten blandt familier, som er tildelt en sundhedsplejerske som FAMKO-person, men ikke blandt dem med familiebehandler, er effekten sandsynligvis drevet af dobbelt registrering. Resultaterne er vist i Bilagsfigur 6.1. Her finder vi, at effekten på antal behovsbesøg ses mest markant på familier med sundhedsplejerske som FAMKO-person, hvor vi ligeledes også ser, at FAMKO-gruppen får signifikant flere ordinære sundhedsplejerskebesøg i de første tre måneder af barnets liv.

Disse resultater tyder således på, at de flere sundhedsplejerskebesøg, der er noteret hos FAMKO-gruppen, nok skal tilskrives registreringspraksis og ikke er en reel effekt af FAMKO.

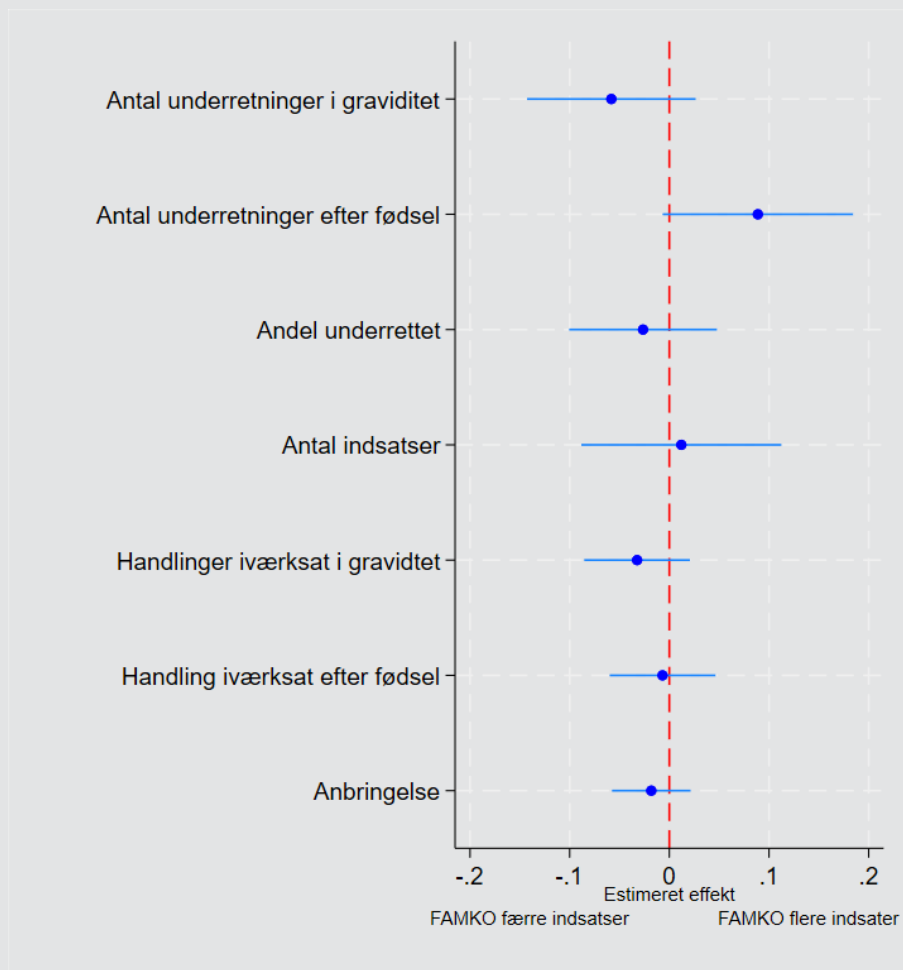
5.4.4 Underretninger og foranstaltninger

Vi har indhentet oplysninger om kommunale underretninger, samt hvorvidt disse har ført til handlinger i familierne. Vi har desuden indhentet oplysninger om anbringelser.

Figur 5.6 viser analysen af andre kommunale foranstaltninger. Konkret undersøger vi, om der er forskel på antallet af underretninger, handlinger, indsatser og anbringelser mellem kontrol- og FAMKO-gruppe.

Figur 5.6 Effekter på underretninger, handlinger, indsatser og anbringelser

Den estimerede effekt af FAMKO-indsatsen samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression med robuste standardfejl.



Anm.: Antal observationer = 313. I regressionen med anbringelser er antallet af observationer 324.

Kilde: Data fra Odense Kommune.

For underretninger viser vi både det samlede antal, samt hvordan de fordeler sig under graviditeten, og efter barnet er født. Resultaterne viser en tendens til, at FAMKO-gruppen har flere underretninger efter fødslen. Der er ingen effekt på antal underretninger i graviditeten eller i andelen af familier, hvor der er en underretning.

Når vi ser på, hvor mange handlinger, der er iværksat, og hvor mange indsatser, der er sat i gang, ser vi ikke nogen forskel på de to grupper. Samlet set

modtager 51 familier (15 %) en eller anden form for underretning, indsats, handling eller anbringelse. 33 (49 % af familierne i den gruppe) af disse familier er i højeste bekymringsgruppe, 7 (29 % af familierne i den gruppe) familier er i næsthøjeste bekymringsgruppe, 6 (9 % af familierne i den gruppe) er i næstlaveste bekymringsgruppe, mens 5 (3 % af familierne i den gruppe) er i laveste bekymringsgruppe. Ikke overraskende falder andelen, som modtager en eller anden form for foranstaltning, i takt med, at det initiale bekymringsniveau falder.

I Bilagstabel 6.1 vises gennemsnittet af de valgte udfaldsmål på underretninger, indsatser og handlingerne opdelt på kontrol og FAMKO-gruppe.

5.4.4.1 Beskrivelse af igangsatte indsatser

Der er igangsat indsatser hos i alt 24 familier i projektet fordelt på 10 i kontrolgruppen og 14 i FAMKO-gruppen. I forhold til små og store pakkeforløb på henholdsvis 10 og 22 timer om måneden (se nærmere beskrivelse i afsnit 2.7.3) er der stort set lige mange i begge grupper. I FAMKO-gruppen er der givet fem små og tre store pakkeforløb, og i kontrolgruppen er der givet seks små (to til samme familie) og to store pakkeforløb.

I FAMKO-gruppen er der ud over de otte pakkeforløb givet to pakkeforløb, hvor vi ikke ved, om de er små eller store. En enkelt familie har fået både en lille pakke og en stor pakke samt efterfølgende familiebehandling (14 timer om måneden). Der er desuden registreret et § 11.3-familiebehandlingsforløb, et familieflex-forløb (8-17 timer om måneden), to familiebehandlingsforløb (ca. 16 timer om måneden) samt et enkelt familiebehandlingsforløb, hvor omfanget ikke er angivet.

I kontrolgruppen er der ud over de otte pakkeforløb givet familiebehandlingsforløb (20-40 timer om måneden), et familiebehandlingsforløb ved ekstern leverandør (10 timer om ugen) samt døgnophold med efterfølgende familiebehandling (18-35 timer om måneden).

5.4.5 Anbringelser

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

VIVE har registreret de børn, der er blevet anbragt uden for hjemmet i løbet af projektet. Af etiske og praktiske hensyn udgår familien af projektet, hvis bar-

net bliver anbragt. Oplysningerne baserer sig på information fra Odense Kommune 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, hvis barnet er blevet anbragt.

Samlet set er 11 børn blevet anbragt uden for hjemmet ifølge VIVEs oplysninger. Alle 11 familier hører til gruppen, hvor der ved opstart var en højere bekymringsgrad omkring familien. I alt syv børn i kontrolgruppen og fire i FAMKO-gruppen er blevet anbragt.

I Figur 5.6 ses det, at selvom der er flere børn i kontrolgruppen, der anbringes, end i FAMKO-gruppen, er forskellen ikke signifikant.

5.4.6 Tilbagetrækning hos barnet

Alarm Distress Baby Scale (ADBB) er et redskab, der anvendes af sundhedsplejerskerne til at undersøge, om små børn viser tegn på social tilbagetrækning og mistro.

ADBB undersøger otte forskellige områder i spædbarnets adfærd i en social interaktion med en fagprofessionel:

1. Ansigtstudtryk
2. Øjenkontakt
3. Generelt aktivitetsniveau
4. Selvstimulerende adfærd
5. Vokaliseringer
6. Reaktionstid i forhold til stimulation
7. Evne til at indgå i en relation
8. Opmærksomhedsinitiering og fastholdelse.

Hvert område får en score på en skala fra 0 til 4. En høj ADBB er forbundet med dårligere trivsel (mere tilbagetrækning). Hvis et barn samlet set scorer 5 eller højere (hvilket omtales som en cut-off værdi på 4), er der tegn på tilbagetrækning og mistro.

Sundhedsplejerskerne udfører ADBB ved nogle besøg i hjemmet, og vurderingen noteres i journalen. Vi har data om ADBB for 270 børn (129 i kontrolgruppen og 141 i FAMKO-gruppen), når barnet er omkring otte uger gammelt.

Når vi sammenligner den gennemsnitlige ADBB score for de to grupper, finder vi ikke nogen signifikant forskel. FAMKO-gruppen scorer lidt lavere (0,35) end kontrolgruppen (0,52), men forskellen er ikke signifikant. For begge grupper er gennemsnitsscoren langt under cut-off-værdien. Blot 9 af de 270 (3,3 %) børn har ADBB score over cut-off (5 eller højere). Der er ligeledes ikke nogen forskel i andelen af børn, der scorer over cut-off mellem kontrol- og FAMKO-gruppe.

5.5 Tilfredshed med kontakt til fagpersonale

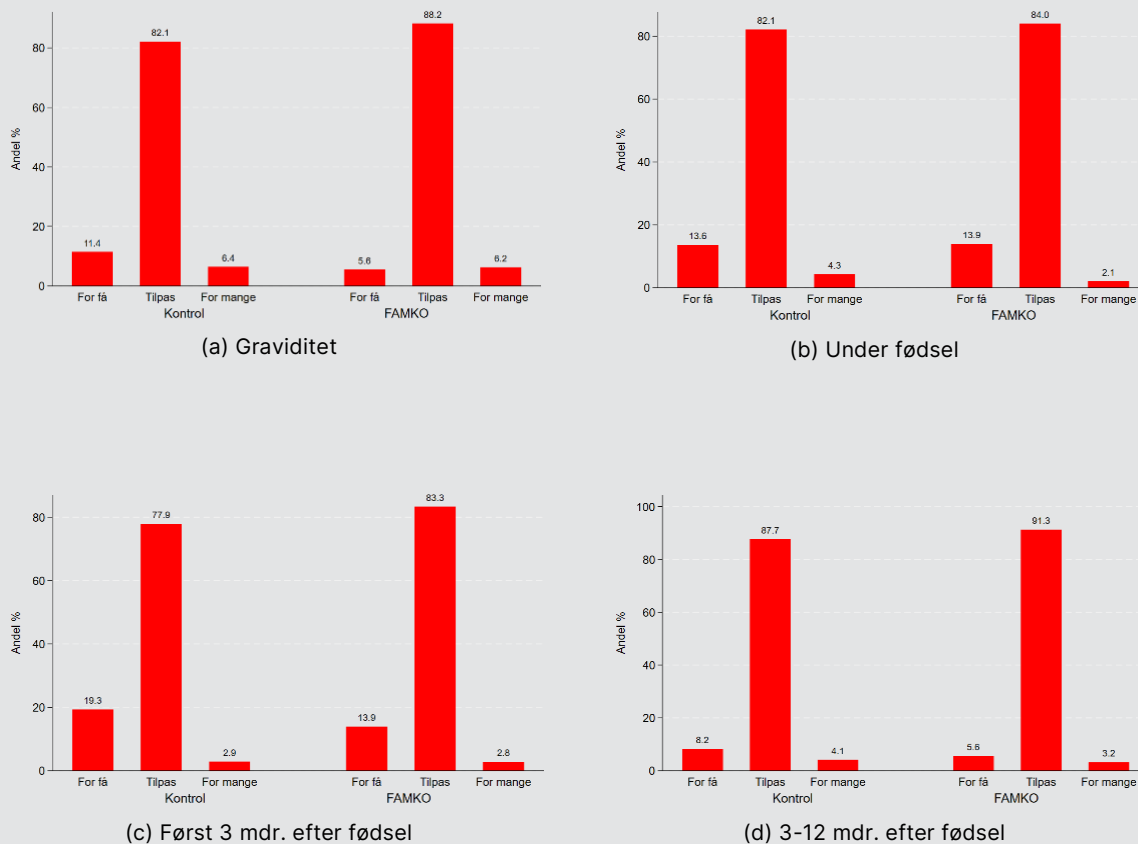
I dette afsnit betragter vi mål for deltagernes tilfredshed med mængden af støtte og kontakt med fagpersonale under graviditeten, igennem fødslen og i tiden efter fødslen. Tilfredshedsmålene er indsamlet i forbindelse med spørgeskemaerne udsendt, når barnet er tre og 12 måneder gammelt.

Figur 5.7 viser tilfredsheden med antallet af kontakter for kontrol- og FAMKO-gruppe i fire perioder: graviditeten, fødselsforløbet, de første tre måneder efter udskrivelse og fra tre måneder og resten af første leveår.

Majoriteten af deltagerne oplever, at antallet af kontakter med fagpersonale er tilpas over alle fire perioder. Der er en tendens til, flere deltagere oplever for lidt kontakt fra graviditeten, til fødselsforløbet og frem til tiden efter udskrivelse, således at utilfredsheden med antallet af kontakter stiger i takt med barnets alder frem mod tre-månedersalderen og herefter aftager igen.

Figur 5.7 Tilfredshed med mængden af kontakt til fagpersoner

Deltagernes oplevelse med antallet af kontakter til fagpersonale, fordelt på kontrol- og indsatsgruppe.



Anm.: Baseret på spørgeskemaer udsendt tre og 12 måneder efter fødsel.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

I Tabel 5.1 sammenligner vi, om der er forskel på FAMKO- og kontrolgruppen i forhold til andelen, som oplever for få kontakter. I kolonne (1)-(4) er udfaldsmålne indikatorer for at have svaret, at man oplever for få kontakter i hhv. graviditet, fødselsforløb, de første tre måneder efter fødsel og fra tredje leve-måned og resten af første år.

Under selve fødselsforløbet er der ingen forskel på andelen, der oplever for få kontakter i de to grupper. Fødselsforløbet er relativt kort, og FAMKO-personen har ikke nogen særlig rolle her, hvorfor det ikke er overraskende, at der ikke er nogen forskel i denne periode.

Både under graviditeten og efter udskrivelsen er der færre i FAMKO-gruppen, som oplever for få kontakter (6 % og 14 %) sammenlignet med kontrolgruppen (11 % og 19 %), men forskellene er ikke signifikante. Der er dog en tendens til, at færre i FAMKO-gruppen oplever for få kontakter under graviditeten ($p = 0,11$).

Tabel 5.1 Effekt på tilfredshed med mængden af kontakt med fagpersonale

	(1) Under graviditet	(2) Fødselsforløb	(3) Op til 3 mdr. efter fødsel	(4) Fra 3 til 12 mdr. efter fødsel
Besvarelse:				
For få kontakter	-0,056 (0,035)	0,002 (0,043)	-0,044 (0,045)	-0,018 (0,033)
p-værdi	0,108	0,955	0,328	0,580
Antal observationer	282	282	282	248

Anm.: Tabellen viser estimat med standardfejl i parentes under estimatet samt tilhørende p-værdier opnået ved lineær regression med robuste standardfejl og kontrol for ubalancer.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

6 Deltageres og fagpersoners oplevelse med FAMKO-forløb

I FAMKO-projektet er der også blevet udført interviews og observationer med familier og fagpersoner.

Den kvalitative del af projektet består af tre dele:

- Fokusgruppeinterviews med deltagere fra FAMKO-interventionsgruppen
- Fokusgruppeinterviews med fagpersoner
- Et casestudie.

I dette afsnit er der fokus på at formidle resultaterne af fokusgruppeinterviews med FAMKO-deltagere og fagpersoner. Casestudiet, hvor flere FAMKO-familier er blevet fulgt igennem et år, vil blive formidlet på et senere tidspunkt.

Fokusgruppeinterviews er blevet konstrueret med induktiv tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Først blev data fra interviews med familierne i projektet analyseret, derefter blev data fra interviews med fagpersonerne analyseret. De temaer, der fremkom af analyserne, præsenteres her.

6.1 Fokusgrupper med FAMKO-deltagere

Der er gennemført fire fokusgruppeinterviews med i alt 12 deltagere i perioden februar til juli 2022 for at få indsigt i deltagernes oplevelse af at deltage i FAMKO-interventionen. Alle deltagere i fokusgrupperne var aktive deltagere i FAMKO-gruppen.

Karakteristika ved de deltagere, der er blevet interviewet, er præsenteret i Tabel 6.1. I alt 10 mødre og to fædre deltog i fokusgrupperne. Heraf var ni førstegangsforældre, og de fleste havde på tidspunktet for interviewet børn i alderen 5-7 måneder. Halvdelen af forældrene havde en sundhedsplejerske som FAMKO-person, mens den anden halvdel havde en familiebehandler som FAMKO-person.

Tabel 6.1 Karakteristik deltagere

Deltagere		Antal (n=12)
Køn	Kvinder	10
	Mænd	2
Første- eller flergangsfarølder	Førstegangsfarølder	9
	Flergangsfarølder	3
Alder på barnet	5-7 mdr. gammel	7
	8-10 mdr. gammel	3
	2-3 år gammel	2
FAMKO-persons faglighed	Sundhedsplejerske	6
	Familiebehandler	6

Kilde: Fokusgruppeinterviews med deltagere i FAMKO.

For deltagerne fremkom der følgende tre temaer:

1. Betydning af at deltage i FAMKO projektet
2. Betydning af kontakt ved behov
3. Betydning af at blive tilbudt ekstra støtte.

De tre temaer bliver uddybet i de følgende afsnit.

6.1.1 Betydning af at deltage i FAMKO-projektet

Deltagerne talte i fokusgrupperne om, hvordan de havde oplevet kontakterne med deres sundhedsplejerske eller familiebehandler. Flere deltagere beskrev, at det havde betydning for dem, at det var de samme personer, de havde kontakt med i graviditeten og efter fødslen. Kontinuiteten i kontakten med de samme personer var betydningsfuld. En deltager fortalte:

“

Når jeg har haft de her samtaler med familiebehandleren. Det, synes jeg, har givet noget, fordi jeg har lidt udfordringer i forhold til min opvækst. Jeg lider en del af angst oveni efter fødselsdepressionen. Jeg har virkelig fået den der støtte og vejledning i, hvordan får man en hverdag til at hænge sammen med ikke noget søvn, og når angsten lige prikker på, og man tænker, nu ryger jeg tilbage i et hul igen. Det har virkelig været rart at have én, der ligesom støtter og guider én igennem hele forløbet, også før fødslen og efter fødslen.

Flergangsforælder, mor.

Relationen til sundhedsplejersken eller familiebehandleren havde betydning for, hvad deltagerne brugte dem til, hvilke oplysninger deltagerne delte, og hvem deltagerne søgte råd og støtte hos. De fleste oplevede at få hjælp og opmuntring fra deres sundhedsplejerske eller familiebehandler, hvis de stod i pressede situationer. En deltager sagde:

“

Jeg vil sige, det som har været allervigtigst for os, det er det der med at have en livline, man kan trække på, som kan gå ind at hjælpe én på psyken. Og kan give én noget energi. Og også lidt ligesom [navn på anden deltager] siger, at bekræfte én i, at man gør det godt nok, når man står i nogle situationer, hvor det bare er rigtig svært.

Førstegangsfar, far.

Flere deltagere nævnte, at de havde oplevet det positivt, at både kvinden og partneren blev inddraget i samtaler med sundhedsplejersken eller familiebehandleren, så der var mulighed for fokus på hele familiens trivsel.

6.1.2 Betydning af kontakt ved behov

Flere af deltagerne nævnte betydningen af, at kontakter med FAMKO-personen blev tilrettelagt ud fra deltagernes behov, så der hverken var for mange eller for få kontakter. Flere deltagere oplevede desuden tryghed ved viden om, at de altid kunne kontakte FAMKO-personen. De oplevede tilgængeligheden til FAMKO-personen let, og der var tid til samtale, når deltagerne havde brug for det. En deltager sagde:



Og det her med, at jeg har en rigtig god relation til min sundhedsplejerske, og jeg skal bare ringe til hende, og jeg skal bare skrive, og så kontakter hun mig, når hun har tid. Det er rart det der med, at man ikke føler sig alene på noget tidspunkt. Det synes jeg helt klart er en af de allervigtigste ting, jeg har taget med mig fra det her. At det sådan er et ekstremt godt tilbud denne der viden om, at der bare er nogen.

Førstegangsfar, mor.

Hvis deltagerne ikke havde behov for besøg, fulgte FAMKO-personen op på familiens trivsel ved enten at ringe eller skrive en sms.

Nogle deltagere beskrev, at behovet for kontakt med FAMKO-personen kunne variere over tid fra graviditeten til tiden efter fødslen. Nogle havde brugt FAMKO-personen til forebyggende samtaler i graviditeten, men efter fødslen viste behovet for samtaler sig mindre, da familien var i trivsel. Andre deltagere beskrev øget behov for kontakt efter fødslen, hvis der var udfordringer i forhold til barnets eller familiens trivsel. De deltagere, der både havde kontakt med en sundhedsplejerske og en familiebehandler, vurderede, hvem de henvendte sig til afhængigt af problemstillingen og årsagen til at søge kontakt.

6.1.3 Betydning af at blive tilbudt ekstra støtte

Nogle af deltagerne oplevede, at det kunne sætte tanker i gang hos dem, hvis de blev tilbudt ekstra støtte, ekstra samtaler eller tilbudt at deltage i aktiviteter, der handlede om forælderrollen, som fx Tryghedscirkelforløbet. Tankerne kunne handle om, hvorfor netop de blev tilbudt ekstra støtte, og hvilke bevæggrunde der lå til grund for tilbuddet. Deltagerne stillede spørgsmålstejn

ved, om de fik ekstra tilbud på baggrund af deres historik med eksempelvis depression, udfordringer i egen opvækst eller lignende. Det kunne også pirre til deres egen usikkerhed om, hvorvidt de nu gjorde det godt nok som forældre. Måden, nye tilbud blev introduceret på, og måden, deltagerne blev involveret i forløbet på, var derfor af betydning for deltagerne.

Flere af deltagerne var blevet tilbudt at deltage i Tryghedscirkelforløbet, men få havde sagt "ja tak" til at deltage. En deltager, som havde valgt at deltage i Tryghedscirklen, beskrev at have haft stor glæde af forløbet, som havde givet refleksioner om interaktionen med barnet.

Flere deltagere oplevede, at samtaleforløbet Tidlig Tilknytning med familiebehandlaren var betydningsfuldt for dem. En af deltagerne sagde:

“

Der, hvor hun gjorde en forskel for os, det var samtalerne. Altså, det var emnerne, hun ligesom fik berørt og fik os til at reflektere lidt over vores samspil som forældre, når man ligesom går fra og bliver forældre og ikke bare er kærester længere.

Førstegangsfar, mor.

6.2 Fokusgrupper med fagpersoner

Der er gennemført i alt otte fokusgruppeinterviews med fokus på fagpersoners oplevelser og perspektiver på FAMKO-projektet. Syv fokusgrupper blev afholdt i perioden juli 2020–august 2020, mens en fokusgruppe blev afholdt i september 2021.

Alle deltagere i fokusgrupperne var fagpersoner, der arbejdede i feltet med gravide og familier i sårbare positioner, herunder sundhedsplejersker, familiebehandlere, læger, jordemødre, alkohol- og rusmiddelbehandlere, socialrådgivere samt en studerende. Sundhedsplejerskerne samt familiebehandlernes var en del af FAMKO-interventionen, hvor de havde funktion som bl.a. FAMKO-person for familierne. De øvrige fagpersoner var involveret i projekt FAMKO gennem arbejdet med gravide og familier i projektets målgruppe samt via deltagelse i faste faglige netværksmøder i projektet. Lægerne deltog dog ikke i netværksmøderne. Deltagerne i fokusgruppeinterviewene vil i dette afsnit blive omtalt som fagpersoner.

Det fremgår af Tabel 6.2, at alle 32 fagpersoner, der deltog i interviewene, var kvinder, og at omkring halvdelen af fagpersonerne var FAMKO-personer i form af sundhedsplejersker og familiebehandlere.

Tabel 6.2 Karakteristik fagpersoner

Deltagere		Antal (n=32)
Køn	Kvinder	32
	Mænd	0
Profession	Familiebehandler	8
	Sundhedsplejerske	9
	Læge	3
	Jordemoder	4
	Alkohol- eller rusmiddelbehandler	3
	Socialrådgiver	4
	Studerende	1

Kilde: Fokusgruppeinterviews med fagpersoner i FAMKO.

For fagpersonerne fremkom der følgende to temaer:

1. Samarbejde med kollegaer tværfagligt og tværsektorielt
2. Samarbejde med de gravide og familierne.

De to temaer bliver uddybet i de følgende afsnit. Af hensyn til informanternes anonymitet har de fået et nummer og angives ikke med deres titel.

6.2.1 Samarbejde med kollegaer tværfagligt og tværsektorielt

De fagpersoner, der arbejdede tættest omkring FAMKO-interventionen, beskrev, at samarbejdet til deres nærmeste samarbejdspartnere var blevet styrket gennem FAMKO-projektet. Dels gennem fælles konsultationer mellem FAMKO-personer og jordemødre, dels gennem fælles konsultationer mellem FAMKO-personer og sundhedsplejersker/familiebehandlere. Fagpersonerne beskrev, at de via fælles konsultationer fik fælles viden og forståelse for familien. Samtidig fik de indsigt i, hvordan de afhængig af faglighed og organisatoriske muligheder arbejdede forskelligt med familien, også på felter hvor begge faggrupper havde fokus på samme emne, som fx tilknytning. Der blev beskrevet respekt for hinandens kompetencer og tillid i samarbejdet. Viden fra én

fælles konsultation blev fulgt op i den næste konsultation. To deltagere beskrev samarbejdet:

Fagperson 11: I forhold til [samarbejdet med, red.] familiebehandlerne. Dem har vi jo arbejdet sammen med før, men det der samarbejde, man har ude i familien nu: Jeg synes, I de familier, hvor jeg har været sundhedsplejerske, har vi simpelthen lavet så mange besøg sammen, og det giver så god mening. Jeg synes virkelig, det er velfungerende det tværfaglige.

Fagperson 10: Ja, det synes jeg også, det er. Jeg synes også, at det har styrket det tværfaglige samarbejde på den måde der. Man havde det jo også før, men det er blevet mere struktureret nu.

De fagpersoner, der havde deltaget i de netværksskabende dele af projektet, såsom fælles temadage, netværksmøder og praktikdage hos hinanden, beskrev, at de havde lært hinanden at kende, fået større forståelse for hinandens arbejdsopgaver samt fået indsigt i kollegaers muligheder i opgaveløsning. Det netværksskabende i projektet blev brugt aktivt i mødet med familierne. Fagpersonerne vidste, hvem de kunne kontakte og henvise til ved navns nævnelse, hvis en familie havde brug for hjælp. Det relationelle kendskab til hinanden blev også italesat som en tryghed, når der var overgange i familiens forløb, dvs. i skift mellem en faglighed til en anden. Fagpersonerne gav udtryk for, at kendskab til hvem, der fulgte op på forløbet, syntes betydningsfuldt.

Fagperson 29: Sundhedsplejersken eller familiebehandleren er informeret om, hvad er det, der fylder for den gravide, og hvad det er, den gravide kan være bekymret for. Hvilken erfaring har hun med sig fra tidligere, hvis hun har født en gang før? Jamen, at man ved, at det her "noget", der måtte være, det bliver givet videre, og der bliver fulgt op på det efterfølgende. Altså for mig som fagperson giver det også en tryghed i at vide, jamen der er en plan for, når vores forløb stopper her.

De fagpersoner, der ikke havde så mange kontakter med FAMKO-familierne, beskrev, at de følte sig lidt længere væk fra det tætte samarbejde med kollegaerne tværfagligt.

I fokusgrupperne fremkom også viden om, hvor samarbejdet kunne forbedres. Det var tilfældet, hvis en fagperson ikke havde fået vigtig viden om andre iværksatte indsatser for en familie. Det blev beskrevet af en deltager som "at komme baglæns ind i forløbet". Det samme kunne gøre sig gældende, hvis en deltager ikke blev inviteret med til et vigtigt netværksmøde med en familie.

Den manglende invitation kunne skabe refleksioner om, hvad årsagen kunne være dertil. Fagpersonerne var opmærksomme på, at det kunne skyldes organisatoriske årsager, manglende samtykke til deling af information eller lignende. Enkelte beskrev, at de som følge af det tætte samarbejde i FAMKO-projektet var blevet opmærksomme på at få inviteret alle relevante samarbejdspartnere med til et møde med familien, hvis nogen ikke fremgik på indkaldelsen.

6.2.2 Samarbejde med de gravide og familierne

Fagpersonerne i alle fokusgrupperne beskrev, at de lagde meget energi i at skabe en god relation til de gravide og familier, de havde kontakt med. Fagpersonerne beskrev det betydningsfuldt at vise familien tillid og ærlighed samt illustrere oprigtig interesse. De var nysgerrige på at se og lære, hvad der var på spil for den enkelte gravide og familie samt være undersøgende på, hvordan de bedst kunne hjælpe familien godt på vej med deres barn.

Ved en god relation til den gravide og familien beskrev fagpersonerne, at de gravide eller familien brugte dem, ringede til dem og spurgte om råd og vejledning. I de tilfælde, hvor det var svært at etablere en relation til familien, beskrev fagpersonerne, at de blev ved med at forsøge at skabe kontakt. Relationen kunne dermed have betydning for, hvilke handlinger der kunne skabes med familien.

De fagpersoner, der var en del af FAMKO interventionen beskrev, at de fandt det betydningsfuldt at møde den gravide og familien tidligt i graviditeten. Det gav mulighed for at lære familien at kende, ro til samtaler og forberedelse på forælderrollen inden barnet blev født.

Familiebehandlernes beskrev, at forældrene fik en anden base at stå på gennem samtalerne i det tidlige tilknytningsforløb. I FAMKO-projektet havde de kontakt med familier, der var gode nok i forælderrollen, men som kunne have brug for råd og vejledning i forhold til udfordringer i deres eget liv. Det blev beskrevet meningsfuldt, at familiebehandlernes kunne fortsætte arbejdet med familierne i FAMKO-interventionen, selvom et barn var i trivsel. Flere familiebehandlere ytrede sig om, hvilken forskel det gjorde at kunne tilbyde familierne tilknytningsinterview, som i denne dialog har været en gave:

Fagperson 15: Jeg synes jo, at for os som familiebehandlere gør det en forskel, at vi kan tilbyde dem det tilknytningsinterview.

Fagperson 17: Ja.

Fagperson 15: Det har alle, jeg har haft, lært utrolig meget af. Og jeg vil stadig sige, der hvor der er mænd inde over, så ville det være en fordel, at man kunne lave det samme interview med mændene også. Jeg prøver at inddrage dem, men der er jo ikke den samme tid til (...). Og de kan heller ikke finde tid til, tænker jeg, at vi skal ses flere gange om ugen til det, men mændene har jeg forsøgt [at inddrage, red.]. Og de har været med faktisk hver eneste gang, og de har nydt det. De får noget sammen. Det plejer jeg tit at snakke med dem om. I får den her gave, at I får faktisk noget sammen, som vi snakker om. Jeg stiller en masse mærkelige spørgsmål, som jeg tænker, I aldrig ville komme til at tale om, hvis I bare var et par, hvor jeg ikke kom og stillede de her spørgsmål.

Nogle fagpersoner oplevede, at kvinder og familier kom med positive tilbagemeldinger fra deltagelse i Tryghedscirklen, hvorimod andre fagpersoner havde svært ved at få familierne til at tage imod tilbuddet.

FAMKO-personerne beskrev, at de havde hjulpet familier med bl.a. håndholdt vejledning og støtte i relation til familiedannelsen ud fra familiens behov, i plejen af – og i interaktioner med – barnet, kørsel til og fra aftaler for at hjælpe den gravide frem til planlagte møder i social- eller sundhedsvæsenet, etablering af kontakt til fx beskæftigelsesrådgiver, hjælp med opskrivning til pasningsordning, henvisning til tilbud i frivillige organisationer m.m.

De fagpersoner, der udførte FAMKO-interventionen, beskrev, at det var meningsfuldt at kunne give familierne støtte og samtaler, når familierne efterspurgte det, og uden forsinkelse.

I flere af fokusgrupperne blev der talt om, at en del af de deltagende familier i FAMKO-projektet ikke havde så stort behov for støtte som ventet. FAMKO-personerne beskrev derfor, at de forsøgte at tilpasse kontakter ud fra familiens behov.

For de familier, hvor fagpersonerne vurderede, at der var et større behov for støtte, end FAMKO-personen umiddelbart kunne tilbyde, var der flere, der beskrev, at overgangen til igangsættelse af en reel foranstaltning blev mere blid for familien, hvis foranstaltningen kunne gennemføres af FAMKO-personen. Dette var især foranstaltninger udført af familiebehandlere, men det kunne også være i forhold til ekstra behovsbesøg af sundhedsplejersken. Eftersom der allerede var etableret en relation med familien, var det nemmere at overgå til foranstaltningen, da de jo allerede kendte hinanden, og at det jo bare var flere timer sammen med FAMKO-personen.

Hvis FAMKO-personen vurderede, at en familie kunne klare sig uden så mange kontakter, som først planlagt i projektet, da kunne handlingen være at lave op-ringninger eller sende sms'er i stedet for fysiske besøg hos familien. Nogle beskrev, at familier havde meldt sig fra projektet, fordi det blev for meget. Modsat blev det beskrevet, at andre familier var glade for muligheden for den tætte kontakt.

En fagperson fortalte om, hvordan hun tilpassede forløbet efter familiens behov og tempo:

“

Nu har de [en familie, red.] sagt, at efter sommerferien vil de gerne have en samtale sammen igen enten herude eller i hjemmet. Og så tænker jeg, at det er fint. Det er nødt til at være i deres tempo. Der er ikke akut bekymring for den baby. Sundhedsplejersken har også været der at sige, at det er fint. De videoer, hun sender til mig, det ser fint ud. Og de spørgsmål hun har, de er helt relevante at drøfte.

Fagperson 3.

FAMKO-personerne beskrev, hvordan familiernes behov for samtaler kunne ændre sig undervejs i forløbet fra graviditeten til efter barnets fødsel. Det kunne derfor være svært at forudsige familiens forløb, da der hurtigt kunne ske ændringer.

Fagpersonerne havde ud over FAMKO-familierne også familier, der ikke var en del af projektet. Det faktum, at der var et relativt lavt bekymringsniveau om en stor del af FAMKO-familierne, kunne sætte dem i en svær situation. Nogle af fagpersonerne beskrev det således som svært moralsk at bruge så mange timer med forholdsvis ressourcestærke familier i FAMKO-projektet, når de samtidig havde familier, der ikke deltog i projektet, men som de vurderede havde større behov for hjælp.

Nogle fagpersoner drøftede, om det frivillige perspektiv i projektet medvirkede til, at det kunne være en særlig gruppe, der gerne ville tage imod støtte, som deltog i projektet. Andre drøftede, hvordan det frivillige perspektiv bevirkede, at nogle familier i højere grad ønskede at modtage samtaler med FAMKO-personen fremfor, hvis det havde været gennem en foranstaltning.

6.3 Opsamling på deltagernes og fagpersonernes oplevelse

Deltagernes og fagpersonernes oplevelse af FAMKO-forløbet var overvejende positive. Fagpersonerne oplevede, at de gennem samtaler i det tidlige tilknytningsforløb har opnået en større viden om familien, som de har anvendt til at understøtte familiernes og børnenes trivsel. Samtalerne i det tidlige tilknytningsforløb har ligeledes været betydningsfuldt for deltagerne, fordi der blev berørt emner, som fik forældrene til at reflektere over fx samspillet mellem dem. Deltagerne har oplevet, at de gennem gode og trygge relationer til deres FAMKO-person har haft en, de kunne kontakte, når de havde behov for at få hjælp og støtte til at få hverdagen til at hænge sammen.

Fagpersonerne har endvidere oplevet, at deres samarbejde blev styrket gennem fælleskonsultationer og netværksskabende aktiviteter. Disse aktiviteter bidrog til kendskab til hinandens kompetencer og fagfelter, som havde betydning for hurtigt at kunne iværksætte et tiltag blandt deltagerne.

Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at de familier, der har stillet op til fokusgruppeinterview, er de familier, der har et overskud til det. Det er muligt, at de alle er familier, der har været glade for forløbet. Vi har ikke gennemført interviews med familier, der har trukket sig ud af projektet.

7 Heterogenitet og supplerende analyser

I effektmålingen i kapitel 5 fandt vi generelt få og små effekter af FAMKO. Effekterne for hele gruppen kan skjule væsentlige subgruppe-effekter, som vi i dette afsnit vil belyse. Selvom de gravide alle er i højere risiko for at være i en sårbar position, hvilket er grunden til, at de er visiteret til Familieambulatoriet, er der dog forskelle blandt deltagerne, som potentielt kan betyde, at de påvirkes forskelligt af indsatsen.

Alle analyser, der gennemføres i dette afsnit, er beskrevet i protokolartiklen (Pontoppidan, Nygaard, et al., 2022). På grund af det store og skæve frafald har vi dog valgt at begrænse antallet af moderatoranalyser til de tre, vi vurderer, er vigtigst: uddannelse, bekymringsniveau om familien og traumebelastning.

Vi undersøger, om der er forskellige effekter på tværs af følgende karakteristika:

- Uddannelsesniveau – deltagere med gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse versus deltagere med højere uddannelsesniveau
- Bekymringsniveau omkring familien – deltagere, hvor der er et lavt bekymringsniveau om familien (bekymringsgruppe 3+4) versus deltagere, hvor der er et højere bekymringsniveau om familien (bekymringsgruppe 1+2)
- Traumebelastning – deltagere, som har oplevet moderat eller svær grad af følelsesmæssige, fysiske eller seksuelle overgreb versus deltagere, der ikke har.

Vi gennemfører analyserne på data, når børnene er 12-14 måneder gamle. Analyserne er beskrevet i afsnit 8.3.2.

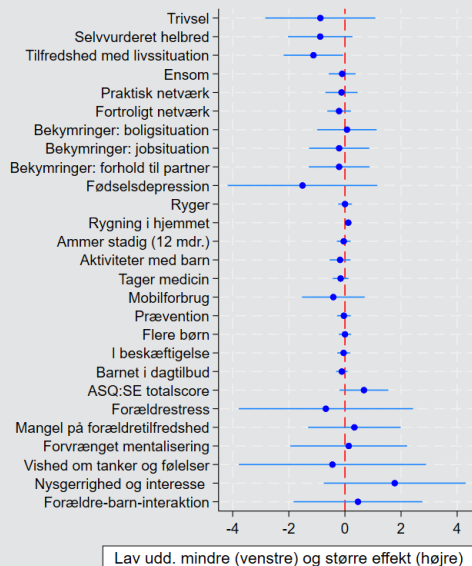
7.1 Trivsel og udvikling baseret på spørgeskemadata

I dette afsnit undersøger vi, om der er differentierede effekter af FAMKO på udfaldsmål vedrørende selvrapporeret trivsel, udvikling og adfærd fra spørgeskemaet udfyldt, når barnet er 12 måneder gammelt. Figur 7.1 præsenterer resultaterne i tre paneler, der viser resultaterne for hhv. uddannelsesniveau, bekymringsniveau og traumebelastning.

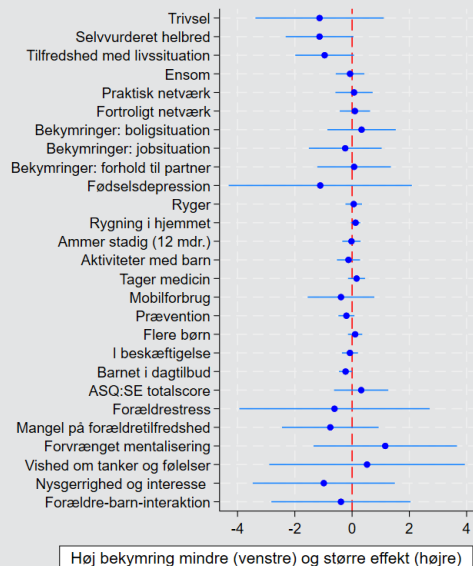
Figur 7.1 Differentierede effekter: 12 måneders-spørgeskema

Figurerne plotter interaktionsleddet mellem karakteristika givet af figurtitlerne og en indikator for, om familien er allokeret til FAMKO. I regressionen indgår desuden en indikator for allokering til FAMKO samt moderatoren foruden kontrolvariable for ubalancer mellem kontrol og indsatsgruppe.

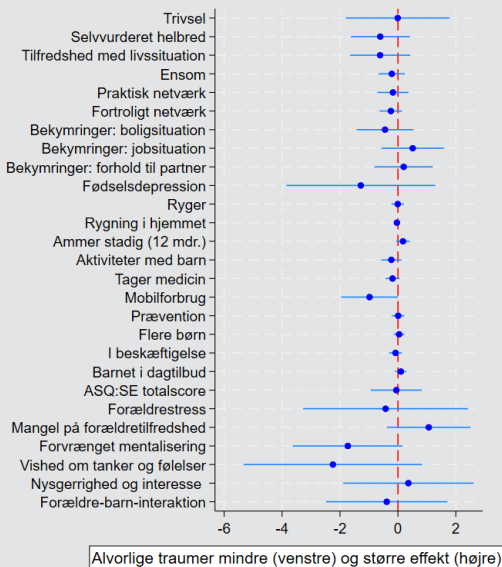
a) Uddannelsesniveau



b) Bekymringsniveau



c) Traumer



Anm.: Antal observationer: 324. 248 besvarelser. Resten er imputeret.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

I forhold til spørgeskemadata finder vi få tegn på forskellige effekter af FAMKO-indsatsen.

Vi finder, at mødre med *højere* uddannelsesniveau end en gymnasial uddannelse og mødre med et *lavt* bekymringsniveau har større effekt af FAMKO i forhold til tilfredshed med livssituation. Mødre med et *lavt* bekymringsniveau har desuden en større effekt af FAMKO i forhold selvvurderet helbred.

Mødre med *højere* traumebelastning oplever *mindre* effekt i forhold til mobilbrug.

Samlet set tyder analyserne her på, at hvis der er nogle heterogene effekter, er der en tendens til, at de *mindst* udsatte mødre er dem, som har mest gavn af indsatsen.

Det er dog væsentligt at nævne, at det kun er 3 udfald ud af 83 analyser, der er signifikante, og vi kan ikke afvise, at de skyldes tilfældighed.

7.2 Mor-barn-relation

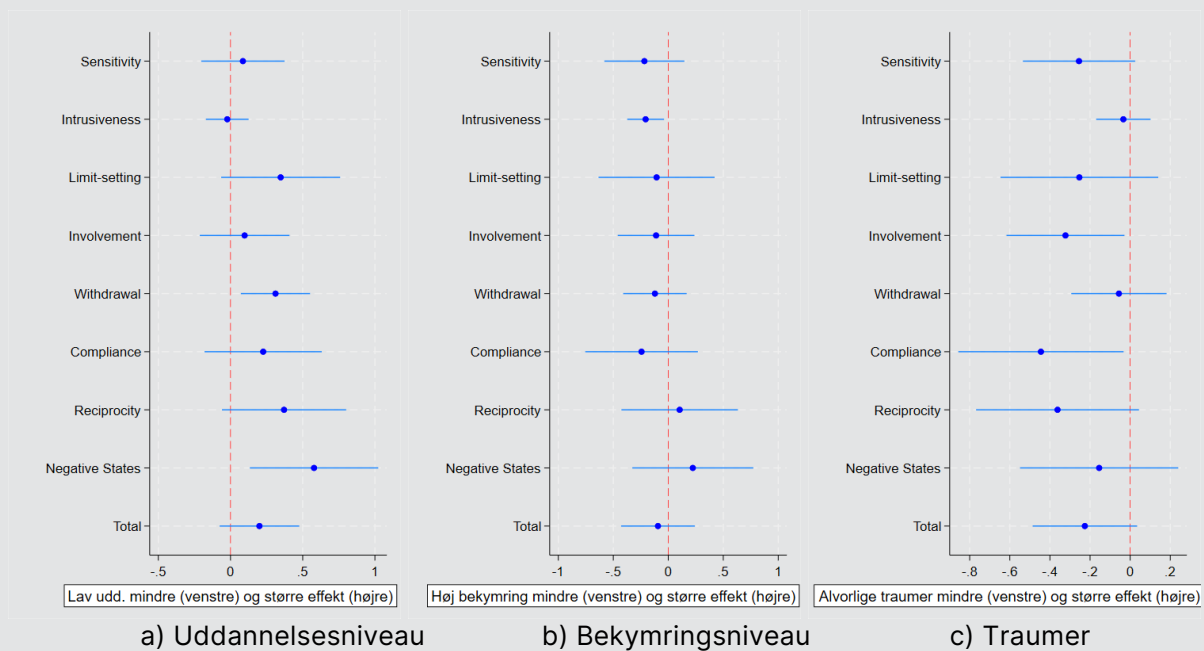
I dette afsnit undersøger vi på samme måde, om der er forskel på effekten af FAMKO på mor-barn-relationen, når barnet er 13,5 måneder gammelt i forhold til uddannelsesniveau, bekymringsniveau og antallet af traumer.

Da frafaldet for videodata som tidligere nævnt er stort og skævt, skal resultaterne her fortolkes varsomt.

Resultaterne er præsenteret i Figur 7.2.

Figur 7.2 Differentierede effekter: CIB

Figurene plottes interaktionsleddet mellem karakteristika givet af figurtitlerne og en indikator for, om familien er al-
 lokeret til FAMKO. I regressionen indgår desuden en indikator for allokering til FAMKO samt moderatoren foruden
 kontrolvariable for ubalancer mellem kontrol og indsatsgruppe.



Anm.: Antal observationer: 194.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

Vi finder følgende:

- Mødre med *lavere* uddannelsesnivea har *mindre* tilbagetrækning (withdrawal) og negative tilstande (negative states).
- Mødre med *højere* bekymringsniveau om familien er *mindre* påtrængende (intrusiveness).
- Mødre med *lavere* traumebelastning er *mere* involverede (involvement), og børnene har *bedre* efterlevelse (compliance). Der er desuden tegn på, at både samspil (reciprocity) og sensitivitet (sensitivity) *forbedres*, men disse resultater er kun signifikante på et 10 %'s niveau.

I forhold til forældre-barn-relationen viser analyserne således en tendens til, at mødre med *kortere* uddannelse og *højere* bekymringsniveau har mest gavn af indsatsen. I forhold til mødre med traumebelastning tyder det derimod på, at mødre med *lavere* traumebelastning har mest gavn af indsatsen.

Det er igen væsentligt at nævne, at det kun er 5 udfald ud af 83 analyser, der er signifikante, og vi kan ikke afvise, at de skyldes tilfældighed.

7.3 Barnets udvikling

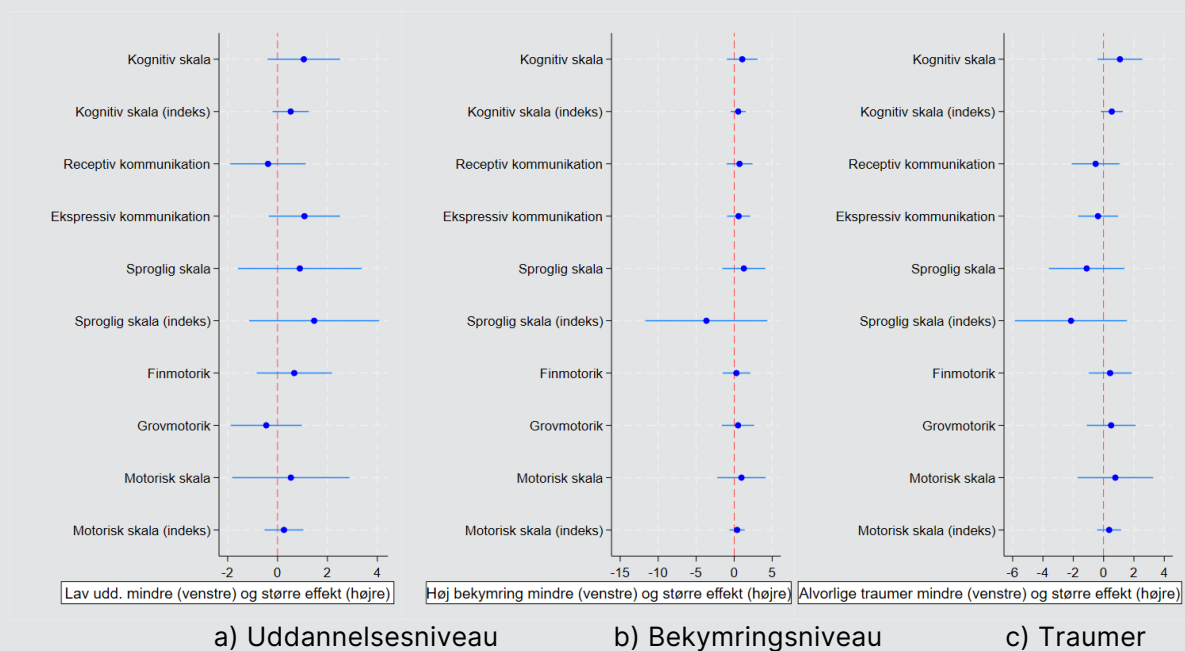
I dette afsnit undersøger vi på samme måde, om der er forskel på effekten af FAMKO på barnets udvikling, når barnet er 13,5 måneder gammelt i forhold til uddannelsesnivea, bekymringsniveau og antallet af traumer.

Da frafaldet for data ved Bayley-undersøgelsen på samme måde som video-data er stort og skævt, skal resultaterne her fortolkes varsomt.

Figur 7.3 viser de differentierede effekter af indsatsen på udfaldsmål relateret til barnets udvikling. For barnets udvikling målt ved Bayley-testen ser vi ikke nogen tegn på differentierede effekter i forhold til uddannelsesnivea, bekymringsniveau og antallet af traumer, da ingen af de estimerede interaktionsled er signifikante.

Figur 7.3 Differentierede effekter: Bayley

Figureerne plottes interaktionsleddet mellem karakteristika givet af figurtitlerne og en indikator for, om familien er al-
lokeret til FAMKO. I regressionen indgår desuden en indikator for allokering til FAMKO samt moderatoren foruden
kontrolvariable for ubalancer mellem kontrol og indsatsgruppe.



Anm.: Antal observationer: 196.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

7.4 Yderligere analyse i forhold til bekymringsniveau om familien

I de ovenstående analyser har vi sammenlignet familier i bekymringsniveau 1+2 med familier i niveau 3+4, da randomiseringen blev stratificeret omkring denne opdeling.

Da de fleste FAMKO-familier i bekymringsniveau 3 har fået tildelt en familiebehandler og ikke en sundhedsplejerske som oprindeligt planlagt, supplerer vi med en analyse, hvor vi ser på bekymringsniveau 1+2+3 (højere bekymringsniveau) sammen i forhold til bekymringsniveau 4 (lavest bekymringsniveau).

Resultaterne af denne analyse stemmer overens med de resultater, vi finder, når vi laver analyserne baseret på de to grupper, vi har anvendt i resten af rapporten (niveau 1+2 (højere bekymring) i forhold til niveau 3+4 (lavere bekymring)). Dette skyldes sandsynligvis, at der er relativt få familier i bekymringsniveau 3.

7.5 Opsamling på heterogenitetsanalyser

Vi finder nogle tegn på små forskelle imellem grupperne i forhold til spørgeskemadata og videodata, men overordnet set, og når vi tager det samlede antal analyser i betragtning, er vores vurdering, at der ikke umiddelbart er systematiske eller markante forskelle i effekten af FAMKO-indsatsen i forhold til deltagernes uddannelsesniveau, bekymringsniveau og traumebelastning.

Dette resultat hænger sammen med, at vi finder meget få og små effekter af indsatsen i den samlede gruppe. Når vi finder små effekter i den overordnede analyse, er sandsynligheden for at finde markante forskelle lille.

7.6 Deltagelse i FAMKO

Som vist i kapitel 3 er der stor forskel på, hvor mange kontakter (FAMKO-besøg og -sessioner i tilknytningsforløb) deltagerne har. Nogle af familierne allokeret til at modtage indsatsen har slet ikke deltaget, mens andre samlet set har haft 100 kontakter. Familier, hvor der er et lavt bekymringsniveau om fami-

lien, har i gennemsnit modtaget 12 kontakter, mens familier, hvor der er et højere bekymringsniveau om familien, har modtaget 23 sessioner frem til barnet er ét år gammelt.

I dette afsnit undersøger vi, om variationen i graden af deltagelse har en sammenhæng med effekten af FAMKO. Dette gør vi ved at tilføje et interaktionsled mellem, om familien er randomiseret til FAMKO og antallet af FAMKO-kontakter til regressionsligningen. Da vi kun har data om deltagelse for FAMKO-familier, kan vi kun undersøge sammenhængen imellem deltagelse og udfald for FAMKO-familierne.

Figur 9.3, Figur 9.4 og Figur 9.5 viser mereeffekten af en ekstra FAMKO-kontakt på udfaldsmål fra 12 måneders-spørgeskema på mor-barn-relationen samt barnets udvikling.

Vi finder følgende:

- En ekstra FAMKO-kontakt hænger sammen med 0,5 procentpoint lavere sandsynlighed for, at barnet bliver passet i daginstitution. Flere kontakter hænger således sammen med en lavere sandsynlighed for at blive passet uden for hjemmet.
- Flere FAMKO-kontakter hænger sammen med en positiv udvikling i barnets kognitive udvikling.

Det er væsentligt at nævne, at det kun er 2 udfald ud af i alt 27 gennemførte analyser, der er signifikante, og vi kan ikke afvise, at de skyldes tilfældighed.

Overordnet set finder vi således ikke nogen systematiske eller markante sammenhænge imellem antallet af sessioner, som FAMKO-familierne har deltaget i, og udfald på mors og barns trivsel og udvikling samt relation, når barnet er 12 måneder gammelt.

7.7 Sensitivitet

Vi foretager to sensitivitetsanalyser for at undersøge, hvor robuste vores analyser er i forhold til valg af analysemetode.

Først estimerer vi effekter på udfaldsmålene fra spørgeskemaer kun ved brug af komplette besvarelser. Her anvender vi således de besvarelser, der er indsamlet, og vi imputerer ikke resultater for frafaldne deltagere. Resultaterne er præsenteret i afsnit 9.1. Vi finder, at resultaterne er konsistente med hovedresultaterne, hvor vi har anvendt imputering.

Derefter anvender vi en instrument variabel-model for at håndtere det faktum, at ikke alle de deltagere, der blev tildelt FAMKO-indsatsen, rent faktisk deltager i indsatsen. Metoden er beskrevet nærmere og resultaterne præsenteret i afsnit 9.3. For resultaterne i denne analyse finder vi ligeledes konsistens med hovedanalysen.

Begge alternative analyser bakker således op om hovedanalysens konklusioner, at FAMKO-indsatsen har få og små effekter, når barnet er 4-6 måneder og 12-14 måneder gammelt.



DEL 2

Dokumentation

8 Metode

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

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

Vi gennemgår her de kvantitative dele af evalueringen.

8.1 Kvantitative data – effektmåling

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

Studiet er registreret ved Clinicaltrials.gov (NCT03659721), og der er publiceret en protokolartikel (Pontoppidan, Nygaard, et al., 2022).

8.1.1 Deltagere – visitation til Familieambulatoriet

Den praktiserende læge udfylder svangrepapirer sammen med den gravide og sender disse til OUH. På OUH sker først en primær visitation, hvor det vurderes, hvilket svangreomsorgsniveau den gravide tilhører. Hovedparten af familierne i projektet tilhører svangreomsorgens niveau 3 eller 4, der er karakteriseret ved fx social belastning, svær psykisk sygdom, følger efter omsorgssvigt eller seksuelle overgreb, rusmiddel- eller medicinforbrug, nedsatte mentale ressourcer, gravide under 18 år samt gravide, hvor der er bekymring for det kommende barn. Læs mere om svangreomsorgens niveauer i Anbefalinger for svangreomsorgen 2013 fra Sundhedsstyrelsen.

Der sendes også et spørgeskema til den gravide (PRO-data) fra OUH. Besvarelsen indgår i vurderingen af visitation af forløb til den gravide og i den gravidens efterfølgende konsultationer med fagpersoner i forløbet.

De gravide, som opfylder visitationskriterierne for Familieambulatoriet, vurderes i en sekundær visitation i Familieambulatoriet. Ved denne sekundære visitation tildes forløb med de relevante fagpersoner, fx jordemoder, socialrådgiver, læge og/eller psykolog/psykoterapeut. For gravide, der opfylder inklusionskriterierne, lægges rekrutteringsmateriale sammen med svangrepapirerne til den jordemoder, som kvinden skal se.

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

8.1.2 Inklusions- og eksklusionskriterier

Forskningsprojektet har et antal inklusions- og eksklusionskriterier, der angives i Boks 8.1. Alle inklusionskriterier skal opfyldes for at kunne deltage, men deltageren ekskluderes, hvis et eller flere af eksklusionskriterierne opfyldes. Alle gravide, der opfylder inklusionskriterierne, bliver inviteret til at deltage i studiet.

Boks 8.1 Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier

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

Eksklusionskriterier

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

8.1.3 Rekruttering

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

Ved den første jordemoderkonsultation er jordemoderen blevet bedt om at vurdere, hvor stor bekymring der er omkring familien:

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

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

8.1.4 Samtykke

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

8.1.4.1 Journaldata

Den gravide/moren anmodes om samtykke til adgang til journaloplysninger både for sig selv og for barnet. Disse samtykker gælder for 12 måneder ad gangen og indhentes derfor igen, når barnet er både 3 måneder og 12 måneder gammelt.

Data indhentes fra kommunen, fra OUH og fra NOVAX og omfatter fremmødedata, BMI før graviditet, fødselskomplikationer, fødselstype, fødselsvægt og længde, APGAR-score, EPDS- og ADBB-score ved 2 måneder samt barnets vægt og højde. Vi indhenter desuden information omkring antal underretninger til kommunen.

8.1.5 Randomisering

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

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

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

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

8.1.6 Blinding

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

8.1.7 Kontrolgruppe

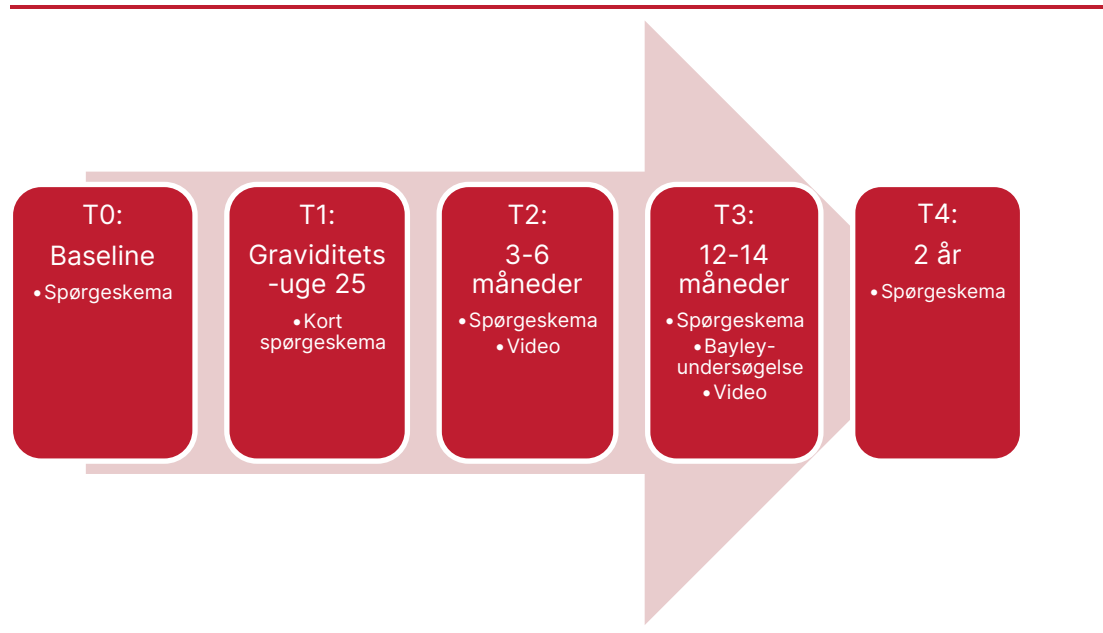
Familierne i kontrolgruppen modtager den sædvanlige svangreomsorg, der tilbydes til familier i denne målgruppe på Familieambulatoriet (OUH) og i Odense Kommune. Dertil kan der også være familier, der får en udvidet indsats i form af kommunens eksisterende tilbud, fx i forbindelse med en foranstaltning.

8.1.8 Dataindsamling

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

er 3 måneder og 12 måneder gammelt. Der anmodes om videooptagelser af samspil og en undersøgelse af barnets udvikling, når barnet er 4-6 måneder og 13,5 måneder gammelt. Forløbet er vist i Figur 8.1.

Figur 8.1 Oversigt over dataindsamling for deltagerne



Ud over spørgeskemaerne til mor bliver der også udfyldt et spørgeskema om barnets udvikling af barnets primære kontaktperson i daginstitutionen, når barnet er 2 år gammelt. Disse data er ikke indsamlet for alle deltagere på nuværende tidspunkt.

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

- Når baseline-spørgeskemaet sendes ud
- Når spørgeskema og video er gennemført, når barnet er 3-6 måneder gammelt
- Når spørgeskema, video og Bayley-undersøgelse er gennemført, når barnet er 12-14 måneder gammelt.

Spørgeskemaerne består af en række forskellige måleredskaber, som kan ses i Tabel 8.1.

Tabel 8.1 Oversigt over indhold i spørgeskemaerne

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

		T0	T1	T2	T3	T4
Socio-emotionel udvikling	SEAM					✓

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

8.1.9 Baseline (T0 og T1)

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

- Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire (P-PRFQ) (Pajulo et al., 2015) er et spørgeskema med 14 spørgsmål, der måler **refleksiv funktion** hos den gravide. Skemaet er en adaptation af PRFQ (Luyten et al., 2017), som vi anvender, efter at barnet er født. P-PRFQ består af tre subskalaer: Opacity of mental states (4 items), Reflecting on the fetus-baby (3 items) og Dynamic of mental states (5 items). Cronbach's alpha er 0,77 for total score og 0,69-0,77 for de tre subskalaer. Svarkategorier er en Likert-skala fra 1 til 7 med tre typer fordelinger: 1) Høj-Lav, hvor 7 = optimal refleksionsevne, og 1 = lav refleksionsevne; 2) Lav-Høj, hvor 1 = optimal refleksionsevne, og 7 = lav refleksionsevne; og 3) Middel, hvor 4 = optimal refleksionsevne, og 1 og 7 = lav refleksionsevne. Scorer går fra 1 til 7 for både total og subskalaer.
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Bjelland et al., 2002; Zigmond & Snaith, 1983) er et 14 item-skema, der måler **angst og depression**. HADS består af to subskalaer: angst og depression, der begge går fra 0 til 21, hvor lav score indikerer mindre angst og depression.
- Experiences in Close Relationship Scale-Short Form (ECR-S) (Wei et al., 2007) er et 12 item-skema til at måle **tilknytning hos voksne**. Det består af to subskalaer: angst (frygt for at blive forladt og krav om nærhed) og undgående (frygt for nærhed og afhængighed). Hver subskala går fra 6 til 42, hvor en lav score indikerer bedre tilknytning.

- Adverse Childhood Experience (ACE) Questionnaire er et 10 item-skema udviklet i ACE-studiet til at identificere **misbrug og omsorgssvigt i barndommen**. Svarkategorierne er ja/nej, og total score går fra 0 til 10, hvor 0 indikerer ingen erfaring med misbrug og omsorgssvigt i barndommen.
- PTSD-8 (Hansen et al., 2010) er et 8 item-skema, der måler symptomer på **posttraumatisk stress disorder (PTSD)**, fx invaderende, undgåelse og hypervigilance. Total score går fra 8 til 32, hvor lav score indikerer lavere grad af PTSD.

8.1.10 Opfølgende målinger (T2, T3 og T4)

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

8.1.10.1 Det primære resultatmål

Det primære resultatmål er **mors sensitivitet**, når barnet er 12 måneder, målt med systemet Coding Interactive Behavior (CIB) (Feldman, 2012). Hypotesen er, at mødre i interventionsgruppen vil have et højere niveau af sensitivitet (en subskala i CIB) end mødre i kontrolgruppen. CIB er et system til at vurdere forældre-barn-relationen og består af 22 forældreområder, 16 børneområder og 5 dyadiske områder. Hvert område vurderes på en skala fra 1 til 5, der kan summeres til de følgende subskalaer: sensitivity, intrusiveness, limit setting, involvement, withdrawal, compliance, dyadic reciprocity og dyadic negative states. CIB kodes på baggrund af en seks minutter lang videooptagelse af fri leg, der er optaget enten på familieambulatoriet, ved kommunen eller i hjemmet, alt efter hvad familien foretrækker. CIB-systemet er valideret og anvendes i mange studier af både risiko- og ikke-risiko-familier til at undersøge forældre-barn-relationen (M. A. Feldman et al., 2012; R. Feldman, 2010; R. Feldman et al., 2003, 2013; R. Feldman & Eidelman, 2006). Mor-barn-relationen er blevet kodet af trænede kodere, der ikke kender til, om familien tilhører indsats- eller kontrolgruppen. Inden kodningen gik i gang, sikrede vi, at enighed imellem koderne var på mindst 85 % baseret på kodning af mindst 10 % af tilfældigt udtrukne videoer fra det samlede sample.

8.1.10.2 Sekundære resultatmål

Forældre-barn-relationen er målt med de resterende subskalaer af CIB: intrusiveness, limit setting, involvement, withdrawal, reciprocity, og negative states.

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

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

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

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

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

Parental Reflective Functioning Questionnaire (PRFQ) (Luyten et al., 2017) består af 18 items og måler forældres **refleksive funktion eller mentaliseringssevne**. PRFQ består af tre subskaler, der går fra 6 til 42: 1) Pre-Mentalizing Modes (PRFQ-PM) 6 items (en lav score indikerer bedre refleksionsevne); 2) Certainty about Mental States (PRFQ-CMS) 6 items (en mellemhøj score indikerer bedre refleksionsevne); 3) Interest and curiosity in mental states PRFQ-IC 6 items (en høj score indikerer bedre refleksionsevne).

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

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

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

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

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

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

Vi undlader at benytte variablene om arbejdsmarkedsparathed, da disse spørgsmål kun er besvaret af mødre uden job, hvilket er 100 ud af 248 mødre, som har besvaret 12 måneders-spørgeskemaet.

Registerdata

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

8.1.11 Implementering af FAMKO-indsatsen

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

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

Derudover registreres deltagernes fremmøde til både Tryghedscirklen og til Tidlig Tilknytning-forløbet.

8.2 Covid-19 og FAMKO-projektet

Både 2020, 2021 og starten af 2022 har i høj grad været præget af de restriktioner, som covid-19 har ført med sig. Deltagere og medarbejdere har skullet finde nye måder at arbejde, samarbejde og få den nye hverdag til at hænge sammen på.

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

Da målgruppen for FAMKO falder under denne kategori, var det muligt at fastholde stort set alle aktiviteterne med borgene på trods af restriktionerne. Der

blev fundet nye løsninger, så fagpersoner har kunnet deltage digitalt i fælleskonsultationer, og flere af kontakterne med familierne foregik via telefon, videoopkald eller udendørs. FAMKO-personerne har mødtes fysisk i mindre omfang, men har til gengæld været sammen digitalt. For det samlede FAMKO-netværk blev den halve temadag udskudt grundet restriktioner omkring forsamlingsforbud og blev gennemført med delvis fysisk fremmøde og virtuel deltagelse. For nogle familier har den digitale kontakt været mere tryk, og den vil derfor blive et nyt redskab i værktøjskassen fremadrettet. Desuden vil webinarer fremover inddrages i højere grad i forhold til at få ny viden og læring.

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

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

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

8.3 Statistiske analyser

I denne rapport gennemfører vi en effektmåling af FAMKO-indsatsen baseret på spørgeskemadata, observationsdata, videodata samt journaldata og kommunale data.

8.3.1 Effektmålingen

I effektmålingen undersøger vi, hvilke forskelle der er mellem mødrene i FAMKO-gruppen relativt til mødrene i kontrolgruppen på forskellige udfaldsmål.

I effektmålingen udnyttes det, at mødrene er tilfældigt allokert til at modtage indsatsen eller til at modtage sædvanlig indsats i kommunen. Ved en succes-

fuld randomisering vil man forvente, at mødrene i de to grupper er sammenlignelige, og at der ikke er systematiske forskelle mellem dem. På baseline var der ikke nogen forskelle imellem de to grupper, men da frafaldet er skævt, kommer der nogle signifikante forskelle mellem de to grupper ved de efterfølgende målinger. Derfor inkluderer vi karakteristika, hvor grupperne er signifikant forskellige i regressioner.

8.3.1.1 Imputering

Vi anvender Multiple imputation by chained equations til at håndtere de manglende besvarelser ved de to opfølgende spørgeskemaer. Princippet bag imputeringsmetoden er at imputere de manglende besvarelser ud fra besvarelse fra de personer, som minder mest om de personer, som udelod at svare bestemt ud fra baseline-karakteristika (White et al., 2011). For at reducere usikkerhed ved en bestemt imputering foretages imputering flere gange. Antallet af imputeringsrunder i denne analyse er 20. Vi anvender predictive mean matching som imputeringsmodel. Imputeringen foretages separat for indsats- og kontrolgruppen.

I modellen inkluderer vi variable fra analysemodellen, variable, hvor grupperne er ubalancerede, samt prediktorer af udfaldsmålene. For at bestemme stærke prediktorer for de enkelte udfaldsmål anvendes en "elastic net regularization"-model.

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

Hovedanalysen af effekterne på de primære og sekundære udfaldsmål bliver dermed estimeret på baggrund af multipel imputering og regressionsanalyse. I regressionsanalysen inkluderes en binær indikator for at være allokert til indsatsen samt kontrolvariable for ubalancer mellem grupperne på opfølgningstidspunktet. Koefficienten på indikatoren for at have adgang til indsatsen er den estimerede effekt af FAMKO. Konfidensintervallet samt p-værdien for denne koefficient anvendes til at vurdere den statistiske signifikans. Følgende ligning er den, som estimeres:

$$Udfaldsmål_i = \alpha + \beta FAMKO_i + \delta X_i + \varepsilon_i$$

Koefficienten foran indikatoren for allokering til FAMKO, β , er vores estimat for indsatsen effekt på udfaldsmålet.

Vi anvender Cohen's d til at måle effektstørrelsen af effektestimatet.

Regressionen med udfaldsmål fra spørgeskemaerne indeholder følgende baseline-kontrolvariable: *under uddannelse, økonomiske bekymringer, bekymringer i forhold til boligsituation, ptsd-diagnose, PPRFQ reflecting on the fetus-child, P-PRFQ dynamic, refleksionsevne P-PRFQ, depressionssymptomer, ensom, fortroligt netværk, binge-drinking som gravid og bekymringsniveau.*

Regressionen med udfaldsmål fra videooptagelserne indeholder følgende baseline-kontrolvariable: *ECR totalscore, ECR-ængstelig, bekymringer i forhold til partner, bekymringer i forhold til boligsituation, økonomiske bekymringer, binge-drinking som gravid, bekymringsniveau og alder.*

Regressionen med udfaldsmål fra NOVAX-data og kommunale indsatser indeholder ingen kontrolvariable, da der intet frafald er.

8.3.2 Moderatoranalyser

For hvert karakteristika estimerer vi interaktionsmodeller, hvor karakteristika og en indikator for at have været allokeret til FAMKO interageres og tilføjes regressionsmodellen. Interaktionsleddet er et estimat for forskellen i effekten af FAMKO på tværs af de to grupper defineret ved pågældende karakteristika. Herefter plotter vi de estimerede differentierede effekter med tilhørende konfidensintervaller.

Desuden undersøger vi, om effekten af FAMKO varierer med deltagelsesgraden. Vi måler deltagelse ved antallet af FAMKO-besøg. I de her analyser fokuserer vi på langsigtudfaldsmål, når barnet er fyldt 12 måneder (12 måneders-spørgeskema, CIB og Bayley test). Vi undersøger på skift de forskellige typer af udfaldsmål (spørgeskema, videodata, Bayley data), da stikprøven varierer på tværs af de forskellige datakilder, som udfaldsmålene er baseret på.

8.4 Cronbach's Alpha

Cronbach's Alpha er et mål for skalapålidelighed og refererer til graden af indbyrdes sammenhæng mellem items. 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 (holdes antallet af items konstant). Cronbach's alpha skal gerne være på mindst 0,70.

Tabel 8.2 viser Cronbach alphaer for de skalaer og subskalaer anvendt i denne rapport ved 3 måneder og 12 måneder.

Tabel 8.2 Cronbach's Alpha

Cronbach's Alpha	3 mdr.	12 mdr.
Trivsel	0.83	0.84
At være mor	0.82	
ASQ:3 kommunikation	0.56	
ASQ:3 grovmotorik	0.56	
ASQ:3 finmotorik	0.76	
ASQ:3 problemløsning	0.71	
ASQ:3 personligt og socialt	0.60	
ASQ:SE total	0.79	0.62
ASQ:SE selvregulering	0.58	0.40
ASQ:SE adaptiv adfærd	0.31	0.25
ASQ:SE affekt	0.05	0.37
ASQ:SE social kommunikation	0.58	0.52
ASQ:SE interaktion med andre	0.34	0.23
MABISC		0.74
PRFQ_PM		0.56
PRFQ_CMS		0.66
PRFQ_IC		0.71
CIB sensitivity	0.91	0.90
CIB intrusiveness	0.63	0.69
CIB involvement	0.83	0.83
CIB withdrawal	0.17	0.54
CIB reciprocity	0.97	0.95
CIB negative states	0.62	0.80
CIB total	0.95	0.95
CIB limit setting		0.86
EPDS		0.88
Parental stress		0.82

Cronbach's Alpha	3 mdr.	12 mdr.
Lack of parental satisfaction		0.80

Anm.: Beregnede Cronbach alphaer på skalaer og subskalaer anvendt i analysen.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Intern konsistens er god for de fleste mål, der handler om relationen og om mor (på nær refleksionsevne), men mindre god de mål, der handler om barnets udvikling. Der er en stor variation i små børns udvikling, og udviklingen går meget stærkt, hvilket betyder, at det er vanskeligt at måle små børns udvikling.

9 Supplerende analyser

I dette afsnit gennemfører vi en række sensitivitsanalyser af resultaterne for at undersøge, hvor robuste vores resultater er.

Først estimerer vi effekterne af FAMKO uden imputering af manglende observationer fra de to spørgeskemaer. Resultaterne er præsenteret i afsnit 9.1.

Derefter undersøger vi, om der er en potentiel mereeffekt af intensiteten af indsatsen. Altså om mødre, som har haft flere FAMKO-kontakter, også har en større effekt af indsatsen.

Til sidst estimerer vi effekten af FAMKO i en instrument variabel-model for at håndtere, at nogle allokerede mødre ikke deltager i indsatsen.

Samlet set stemmer konklusioner fra de supplerende analyser overens med konklusionerne fra hovedanalysen. Altså, at FAMKO har få og små effekter.

9.1 Complete-case analyse

Dette afsnit præsenterer resultater af effektmålingen på baggrund af besvarelser fra mødre, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen på baseline samt ved opfølgningerne (enten 3 mdr. eller 12 mdr.). Analyserne er de såkaldte *complete-case*-resultater ved, at de udelukkende baseres på de komplette besvarelser.

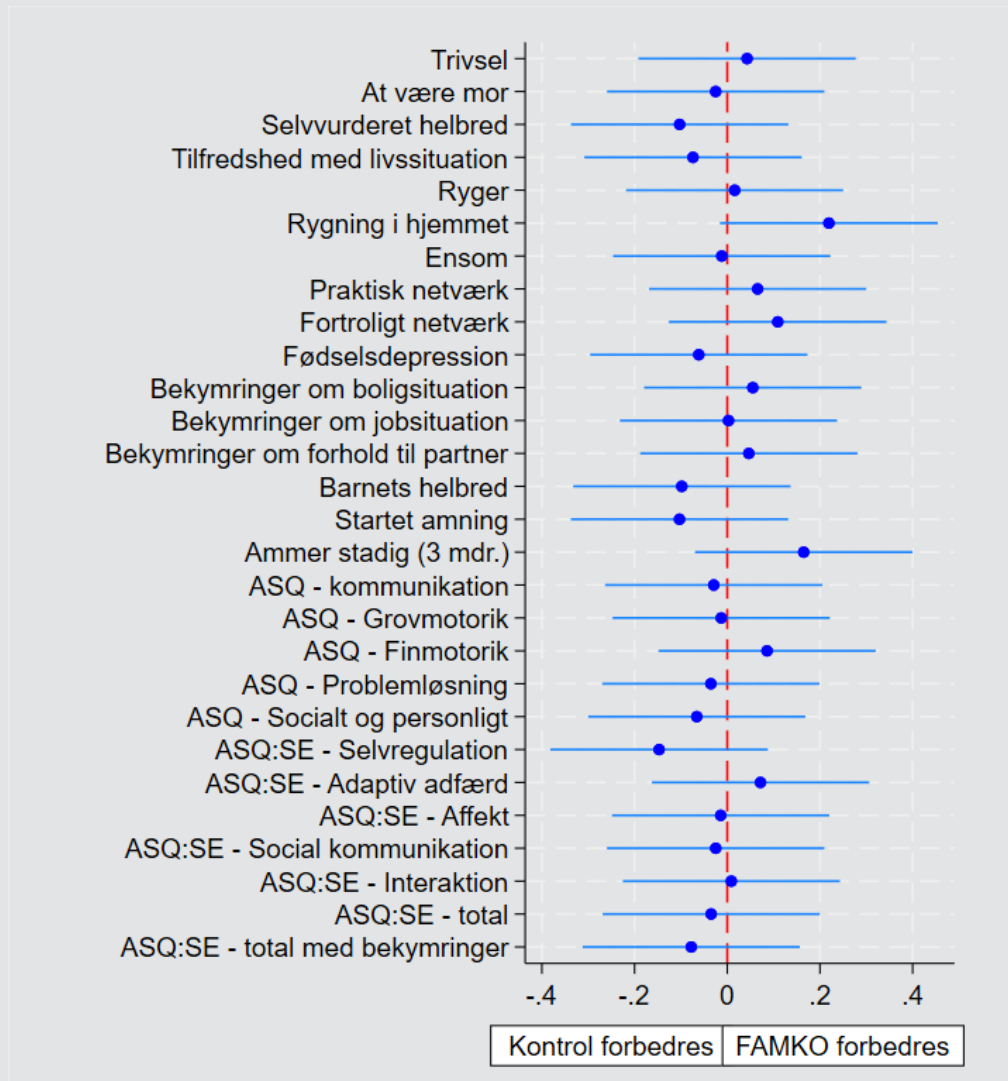
Disse analyser korrigerer ikke for frafaldet fra undersøgelsen. Hvis frafaldet fra undersøgelsen er tilfældigt, vil complete-case-resultaterne give valide resultater af effekterne af FAMKO. Af frafaldsanalysen i kapitel 4 fremgik det, at dette ikke er tilfældet, hvor særligt data på baggrund af videoer er præget af systematiske forskelle mellem deltagere og ikke-deltagere. De estimerede effekter af FAMKO fra complete-case-modellen kan derfor være påvirket af systematiske forskelle mellem FAMKO- og kontrolgruppen pga. af det ikke-tilfældige frafald fra undersøgelsen. Eksempelvis er det muligt, at resultaterne favoriserer kontrolgruppen, hvis kontrolfamilier med de største udfordringer frafalder undersøgelsen i højere grad end sammenlignelige familier fra FAMKO-gruppen.

Selvom complete-case-resultaterne ikke nødvendigvis er valide i forhold til at vurdere de kausale effekter, er de anvendelige til at vurdere, hvordan imputeringen af data påvirker resultaterne.

Som Figur 9.1 og Figur 9.2 viser, er complete-case-resultaterne i overensstemmelse med de imputerede og peger på, at FAMKO-indsatsen ingen effekt har haft på udfaldsmålene, da der ingen systematiske forskelle er mellem grupperne.

Figur 9.1 Complete-case effekter fra spørgeskema (3 mdr.)

Den estimerede effektstørrelse af FAMKO samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression kun ved brug af besvarede spørgeskemaer og robuste standardfejl.

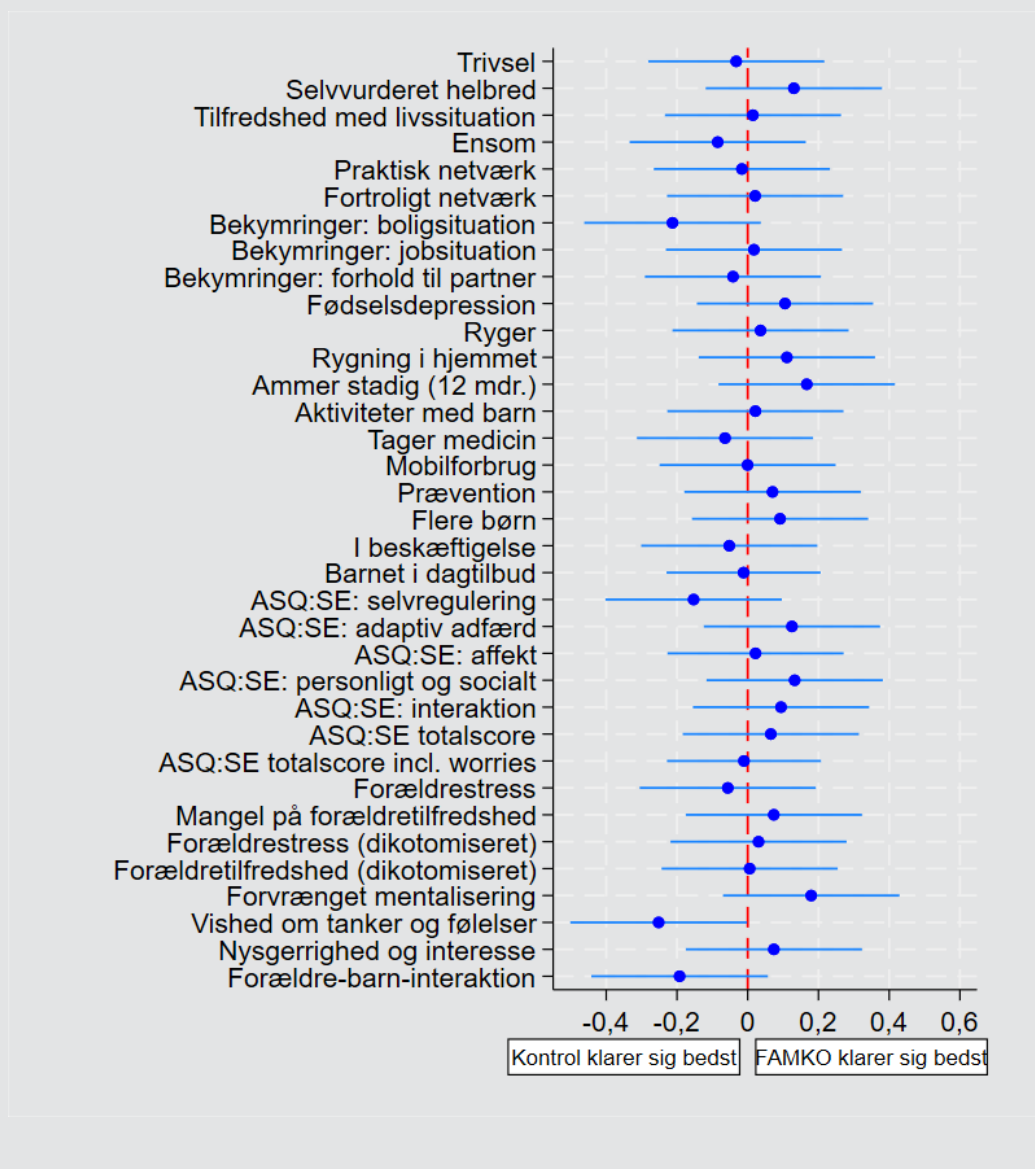


Anm.: Antal observationer: 284 udfyldte spørgeskemaer.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Figur 9.2 Complete-case effekter fra spørgeskema (12 mdr.)

Den estimerede effektstørrelse af FAMKO samt 95 %-konfidensintervaller opnået ved lineær regression kun ved brug af besvarede spørgeskemaer og robuste standardfejl.



Anm.: Antal observationer: 248 udfyldte spørgeskemaer.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

9.2 Deltagelse

I dette afsnit præsenteres resultaterne på, om familier, som deltager mere i FAMKO (flere kontakter), også er de familier, som har størst effekt af indsatsen. Resultaterne er kommenteret i del 1 af rapporten.

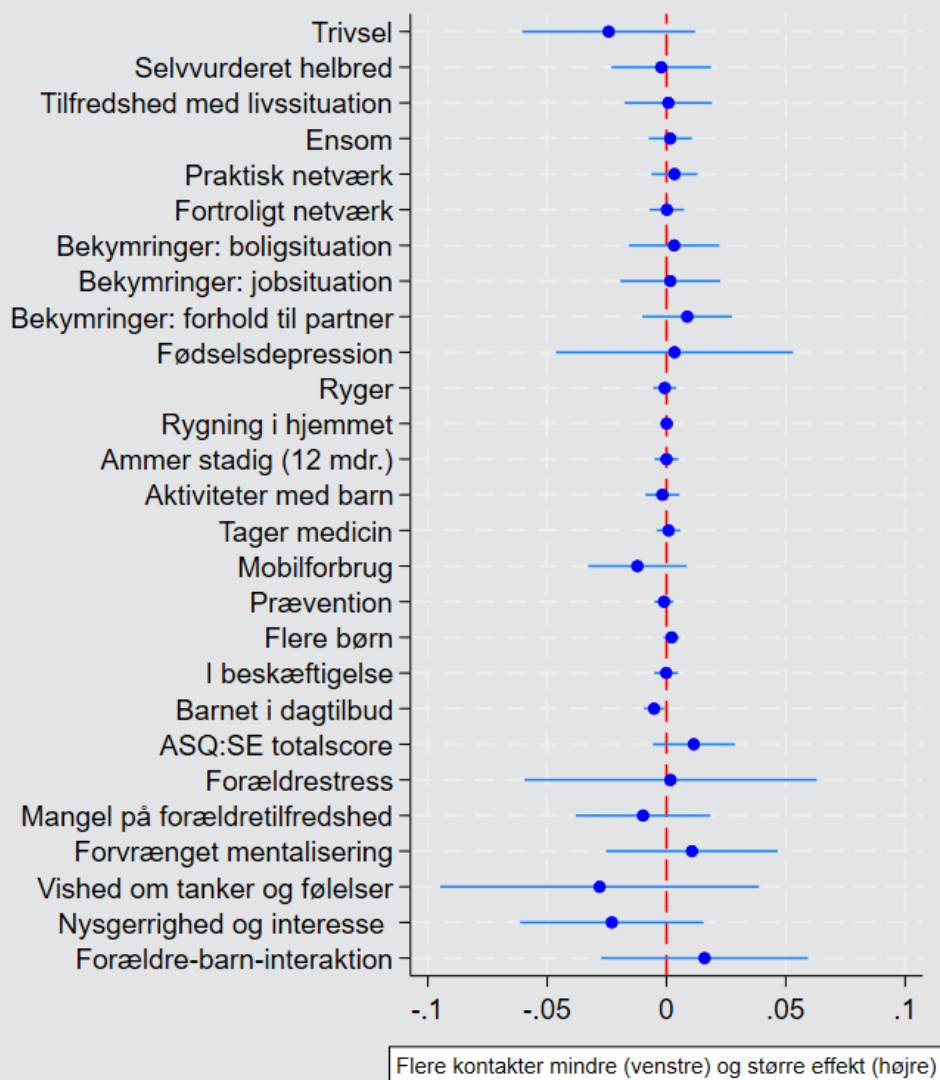
Vi tilføjer et interaktionsled mellem, om familien er randomiseret til FAMKO og antallet af FAMKO-kontakter til regressionsligningen.

Estimatet i denne analyse skal forstås som merændringen i udfaldsmålet ved en ekstra FAMKO-kontakt. Antallet af kontakter er ikke tilfældigt, men kan afhænge af fx familiens behov og andre karakteristika. Resultater skal ikke fortolkes kausalt. Der er udelukkede tale om sammenligningen af udfaldsmålet mellem familier allokeret til FAMKO med et forskelligt antal kontakter.

Som Figur 9.3, Figur 9.4 og Figur 9.5 viser, er der ingen umiddelbar mereeffekt i flere FAMKO-kontakter på udfaldsmål fra spørgeskema og på mor-barn-relation. På barnets udvikling målt ved Bayley test er der tendens til, at børn, hvis mødre har flere FAMKO-kontakter, udvikler sig bedre kognitivt.

Figur 9.3 Mereffekt af antal FAMKO-kontakter på udfaldsmål fra spørgeskema (12 mdr.)

Figuren plotter interaktionsleddet mellem antal FAMKO-kontakter og en indikator for, om familien er allokeret til FAMKO. I regressionen indgår desuden en indikator for allokering til FAMKO foruden kontrolvariable for ubalancer mellem kontrol og indsatsgruppe.

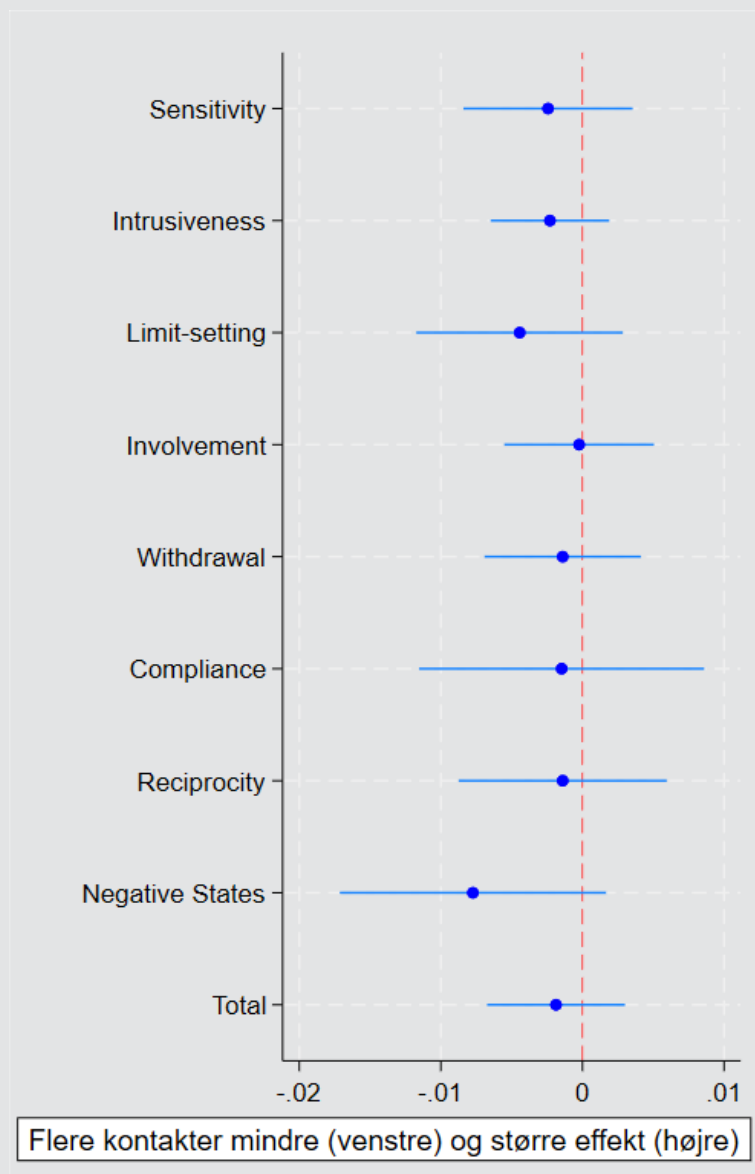


Anm.: Antal observationer: 313 observationer. Herunder 248 udfyldte spørgeskemaer og resten imputerede.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Figur 9.4 Mereffekt af antal FAMKO-kontakter på CIB (12 mdr.)

Figuren plotter interaktionsleddet mellem antal FAMKO-kontakter og en indikator for, om familien er allokeret til FAMKO. I regressionen indgår desuden en indikator for allokering til FAMKO foruden kontrolvariable for ubalancer mellem kontrol og indsatsgruppe.

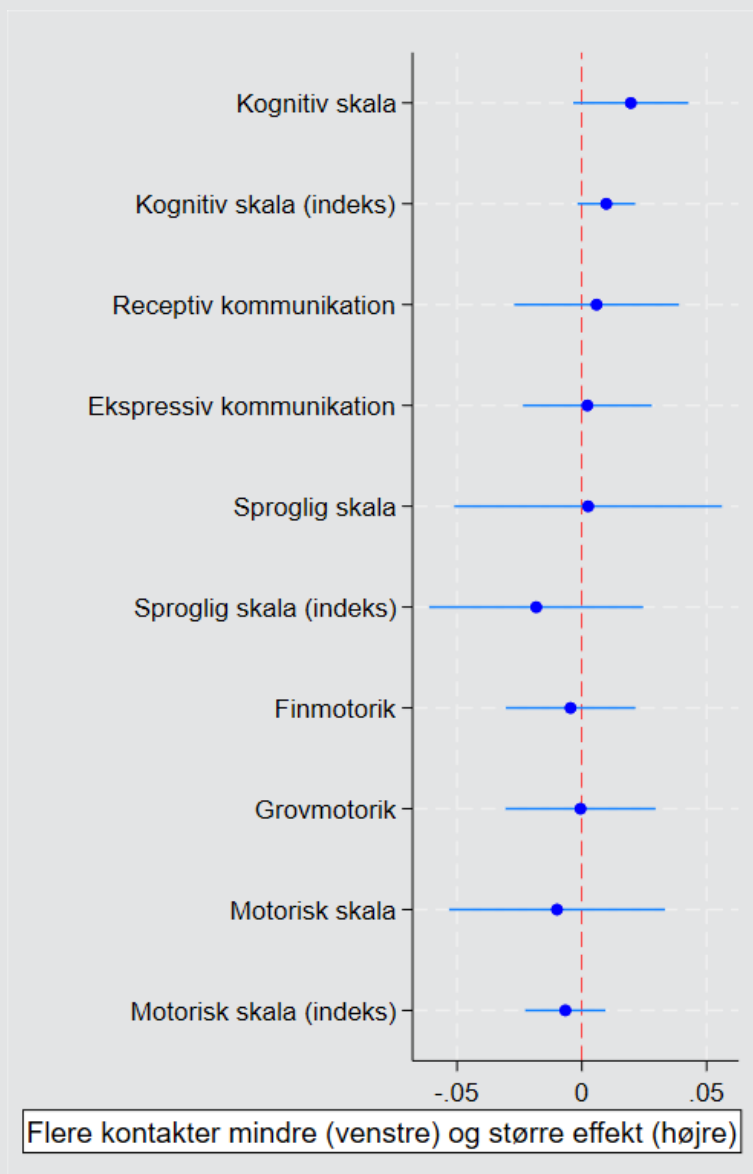


Anm.: Antal observationer: 189.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

Figur 9.5 Mereffekt af antal FAMKO-kontakter på Bayley test

Figuren plotter interaktionsleddet mellem antal FAMKO-kontakter og en indikator for, om familien er allokeret til FAMKO. I regressionen indgår desuden en indikator for allokering til FAMKO foruden kontrolvariable for ubalancer mellem kontrol og indsatsgruppe.



Anm.: Antal observationer: 194.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

9.3 LATE

En måde at håndtere det, at nogle familier, som er allokeret til FAMKO, vælger ikke at deltage, er at foretage en såkaldt instrument variabel (IV)-regression. Målet med denne analyse er at undersøge, om effekterne fra hovedanalysen er robuste over for alternative specifikationer, som IV-metoden er et eksempel på. Her instrumenteres deltagelse i indsatsen med det at have været randomiseret til FAMKO. 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 allokeret til FAMKO ikke deltager, og effekterne er såkaldte local average treatment effects (LATE) og skal fortolkes som effekten af FAMKO på de familier, som deltager i indsatsen efter at være allokeret til den (compliers).

IV-regressionen består af en first stage og en second stage. I first stage predikteres deltagelse i FAMKO ud fra, om man er randomiseret til FAMKO. I second stage estimeres effekten på udfaldsmålene. Vi har en stærk og meget signifikant first stage med en koefficient på ca. 0,9. Det vil sige, at allokeres en familie til FAMKO, er der 90 % sandsynlighed for rent faktisk at deltage i indsatsen. First stage-resultaterne præsenteres i følgende tabellers første kolonne. I anden kolonne er effekten af FAMKO for de familier, som deltager i indsatsen, når de allokeres til den. I Tabel 9.1 er udfaldsmålene fra 12 måneders-spørgeskemaet, i Tabel 9.2 er udfaldsmålene fra 12 måneders-CIB, og i Tabel 9.3 er udfaldsmålene fra Bayley-testen. Vi finder generelt ingen systematiske effekter af FAMKO i denne analyse. Kun to udfaldsmål er signifikante og det i retning af, at FAMKO har en negativ effekt.

Tabel 9.1 IV-resultater: 12 måneders-spørgeskema

	(1) First stage	(2) Second stage: Effekt
Udfaldsmål:		
Deltaget i FAMKO	0,884*** (0,030)	
Trivsel		-0,143 (0,501)
Selvvurderet helbred		0,295 (0,289)
Tilfredshed med livssituation		0,034 (0,280)

	(1) First stage	(2) Second stage: Effekt
Ensom		0,095 (0,135)
Praktisk netværk		-0,020 (0,153)
Fortroligt netværk		0,019 (0,115)
Bekymringer: boligsituation		0,441* (0,263)
Bekymringer: jobsituation		-0,043 (0,297)
Bekymringer: forhold til partner		0,943 (0,290)
Fødselsdepression		-0,612 (0,706)
Ryger		-0,015 (0,054)
Ryging i hjemmet		-0,018 (0,020)
Ammer stadig (12 mdr.)		0,089 (0,068)
Aktiviteter med barn		0,018 (0,102)
Tager medicin		-0,036 (0,073)
Mobilforbrug		0,001 (0,293)
Prævention		0,034 (0,062)
Flere børn		0,038 (0,055)
I beskæftigelse		-0,029 (0,071)
Barnet i dagtilbud		-0,006 (0,057)
ASQ:SE totalscore		-1,246 (2,454)
Forældrestress		0,376 (0,810)

	(1) First stage	(2) Second stage: Effekt
Mangel på forældretilfredshed		-0,245 (0,419)
PRFQ-PM		-0,753 (0,535)
PRFQ-CMS		-1,744* (0,933)
PRFQ-IC		0,380 (0,617)
Forældre-barn-interaktion		0,922 (0,596)
Antal observationer	248	248

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Tabel 9.2 IV-resultater: CIB

	(1) First stage	(2) Second stage: Effekt
Udfaldsmål:		
Deltaget i FAMKO	0,895*** (0,031)	
Sensitivity		-0,066 (0,077)
Intrusiveness		0,040 (0,037)
Limit-setting		-0,161 (0,109)
Involvement		-0,092 (0,077)
Withdrawal		0,065 (0,061)
Compliance		-0,105 (0,106)
Reciprocity		-0,109 (0,111)
Negative states		0,127 (0,106)
Total score		-0,090 (0,069)
Antal observationer	194	194

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

Tabel 9.3 IV-resultater: Bayley

	(1)	(2)
	First stage	Second stage: Effekt
Udfaldsmål:		
Deltaget i FAMKO	0,901*** (0,030)	
Kognitiv skala		-0,352 (0,412)
Kognitiv skala (indeks)		-1,758 (2,060)
Receptiv kommunikation		-0,115 (0,410)
Ekspressiv kommunikation		-0,199 (0,369)
Sproglig skala		-0,299 (0,681)
Sproglig skala (indeks)		-11,235 (10,473)
Finmotorik		0,625 (0,394)
Grovmotorik		0,299 (0,448)
Motorisk skala		1,050 (0,694)
Motorisk skala (indeks)		2,365 (2,108)
Antal observationer	196	196

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE

Litteratur

- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *20*(3), 189–209.
- Almond, D., Currie, J., & Duque, V. (2018). Childhood circumstances and adult outcomes: Act II. *Journal of Economic Literature*, *56*(4), 1360–1446.
- Asmussen, K., Feinstein, L., Martin, J., & Chowdry, H. (2016). *Foundations for Life: What works to support parent-child interaction in the early years?* Early Intervention Foundation.
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S. K., & Wei, Y. (2016). Parent–infant psychotherapy: a systematic review of the evidence for improving parental and infant mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*(5), 464–482.
- Bayley, N. (2006). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Third Edition*. Pearson.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, *12*(3), 463–472.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101.
- Campbell, F., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Pungello, E., & Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. *Science*, *343*(6178), 1478–1485.
- Cole-Lewis, H. J., Kershaw, T. S., Earnshaw, V. A., Yonkers, K. A., Lin, H., & Ickovics, J. R. (2014). Pregnancy-specific stress, preterm birth, and gestational age among high-risk young women. *Health Psychology*, *33*(9), 1033–1045.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786.
- Darling-Hammond, L., Grunewald, R., Heckman, J. J., Isaacs, J. B., Kirp, D. L., Rolnick, A. J., & Sawhill, I. V. (2008). *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future*. First Focus, Washington DC.

- Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity : stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, *15*(5), 689–696.
- De Palma, M., Rooney, R., Izett, E., Mancini, V., & Kane, R. (2023). The relationship between parental mental health, reflective functioning coparenting and social emotional development in 0-3 year old children. *Frontiers in Psychology*, *14*(May).
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, *8*(4), 319–333.
- Ding, X.-X., Wu, Y.-L., Xu, S.-J., Zhu, R.-P., Jia, X.-M., Zhang, S.-F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J.-H., & Tao, F.-B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, *159*(81), 103–110.
- Doyle, O. (2020). The first 2,000 days and child skills. *Journal of Political Economy*, *128*(6), 2067–2122.
- Feldman, M. A., Ward, R. A., Savona, D., Regehr, K., Parker, K., Hudson, M., Penning, H., & Holden, J. J. A. (2012). Development and Initial Validation of a Parent Report Measure of the Behavioral Development of Infants at Risk for Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *42*(1), 13–22.
- Feldman, R. (2010). The relational basis of adolescent adjustment: trajectories of mother–child interactive behaviors from infancy to adolescence shape adolescents’ adaptation. *Attachment & Human Development*, *12*(1–2), 173–192.
- Feldman, R. (2012). Parenting Behavior as the Environment Where Children Grow. In L. Mayes & M. Lewis (Eds.), *The Cambridge Handbook of Environment in Human Development* (pp. 535–567). Cambridge University Press.
- Feldman, R., Bamberger, E., & Kanat-Maymon, Y. (2013). Parent-specific reciprocity from infancy to adolescence shapes children’s social competence and dialogical skills. *Attachment & Human Development*, *15*(4), 407–423.
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2006). Neonatal state organization, neuromaturation, mother-infant interaction, and cognitive development in small-for-gestational-age premature infants. *Pediatrics*, *118*(3), 869–878.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of Family Psychology*, *17*(1), 94–107.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., &

- Donnelly, M. (2013). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years'. *Evidence-Based Child Health, 8*(2), 693–694.
- Gardner, F., Montgomery, P., Knerr, W., Gardner, F., Montgomery, P., Transporting, W. K., Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2016). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3–10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 45*(6), 749–762.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions - The need for interdisciplinary integration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*(4), 1312–1322.
- Hansen, M., Andersen, T. E., Armour, C., Elklit, A., Palic, S., & Mackrill, T. (2010). PTSD-8: A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 6*(1), 101–108.
- Heckman, J. J. (2012). The case for investing in young children. In *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future* (pp. 49–58). First Focus, Washington DC.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(6), 1017–1026.
- Høivik, M. S., Burkeland, N. A., Linaker, O. M., & Berg-Nielsen, T. S. (2013). The Mother and Baby Interaction Scale: a valid broadband instrument for efficient screening of postpartum interaction? A preliminary validation in a Norwegian community sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(3), 733–739.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 797–810.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), 356–366.
- Kefeli, M. C., Turow, R. G., Yıldırım, A., & Boysan, M. (2018). Childhood maltreatment is associated with attachment insecurities, dissociation and alexithymia in bipolar disorder. *Psychiatry Research, 260*, 391–399.
- Koushede, V., Lasgaard, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Nielsen, L., Rayce, S. B., Torres-Sahli, M., Gudmundsdottir, D. G., Stewart-Brown, S., & Santini, Z. I. (2019). Measuring mental well-being in Denmark: Validation of the original and short version of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS and SWEMWBS) and cross-cultural comparison across

- four European settings. *Psychiatry Research*, 271, 502–509.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, 12(5), e0176218.
- Madigan, S., Cyr, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P., Ly, A., Rash, C., Poole, J. C., & Alink, L. R. A. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31(1), 23–51.
- Madsen, E. B., Væver, M. S., Egmoose, I., Krogh, M. T., Haase, T. W., de Moor, M. H. M., & Karstoft, K. I. (2023). Parental Reflective Functioning in First-Time Parents and Associations with Infant Socioemotional Development. *Journal of Child and Family Studies*, 2140–2152.
- Matthey, S. (2011). Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). *Journal of Affective Disorders*, 128(1–2), 142–152.
- Moehler, E., Biringen, Z., & Poustka, L. (2007). Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 624–628.
- Murray, L. (2014). *The Psychology of Babies: How relationships support development from birth to two*. London: Constable & Robinson.
- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., Close, N., Mayes, L., & Slade, A. (2014). Lasting Effects of an Interdisciplinary Home Visiting Program on Child Behavior: Preliminary Follow-Up Results of a Randomized Trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 29(1), 3–13.
- Pajulo, M., Tolvanen, M., Karlsson, L., Halme-Chowdhury, E., Öst, C., Luyten, P., Mayes, L., & Karlsson, H. (2015). The Prenatal Parental Reflective Functioning Questionnaire: Exploring Factor Structure and Construct Validity of a New Measure in the Finn Brain Birth Cohort Pilot Study. *Infant Mental Health Journal*, 36(4), 399–414.
- Pontoppidan, M., Jensen, M. T., Nygaard, L., Andersen, S. F., & Nøhr, E. A. (2021). *FAMKO – Beskrivelse af de gravide ved opstart i projektet*. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Pontoppidan, M., Nielsen, T., & Kristensen, I. H. (2018). Psychometric properties of the Danish Parental Stress Scale: Rasch analysis in a sample of mothers with infants. *PLOS ONE*, 13(11), e0205662.
- Pontoppidan, M., Nygaard, L., Thorsager, M., Friis-Hansen, M., Davis, D., & Nøhr, E. A. (2022). The FACAM study: protocol for a randomized controlled study of an early interdisciplinary intervention to support women in vulnerable positions through pregnancy and the first 5 years of motherhood. *Trials*, 23(1), 73.
- Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Klest, S. K., Patras, J., & Pontoppidan, M. (2017). Effects of parenting interventions for at-risk parents with infants: a

- systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(12), e015707.
- Rosholm, M., Sørensen, K., & Skipper, L. (2017). *BIP Indikatorer og jobsandsynlighed. Hovedpointer*. Væksthusets Forskningscenter Sundholmsvej.
- Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The Association Between Reflective Functioning and Parent–Child Relationship Quality. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2164–2177.
- 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., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.
- Shonkoff, Jack 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.
- Smith-Nielsen, J., Matthey, S., Lange, T., & Væver, M. S. (2018). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*, 18(1), 393.
- Smith, J. D., Cruden, G. H., Rojas, L. M., Van Ryzin, M., Fu, E., Davis, M. M., Landsverk, J., & Brown, C. H. (2020). Parenting Interventions in Pediatric Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*, 146(1), 1–15.
- Squires, J., Bricker, D., Waddell, M., Funk, K., Clifford, J., & Hoselton, R. (2014). *Social-emotional assessment/evaluation measure (SEAM)*. Brookes Publishing.
- Squires, J. K., Bricker, D. D., & Twombly, E. (2015). *Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition (ASQ®:SE-2): A Parent-Completed Child Monitoring System for Social-Emotional Behaviors*. Brookes Publishing.
- Squires, J. K., Bricker, D., Twombly, E., Murphy, K., Hoselton, R., & Chen, Y. (2015). Appendix C - ASQ:SE-2 Technical Report. In J. Squires, D. Bricker, & E. Twombly (Eds.), *ASQ:SE-2™ User's Guide* (pp. 181–208). Brookes Publishing.
- Squires, J. K., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009a). Appendix C - ASQ-3 Technical Report. In J. Squires, E. Twombly, D. Bricker, & L. Potter (Eds.), *ASQ®-3 User's Guide* (pp. 147–175). Brookes Publishing.
- Squires, J. K., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009b). *ASQ-3 User's Guide*. Brookes Publishing.

Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes, 7*, 1–8.

Sundhedsstyrelsen. (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187–204.

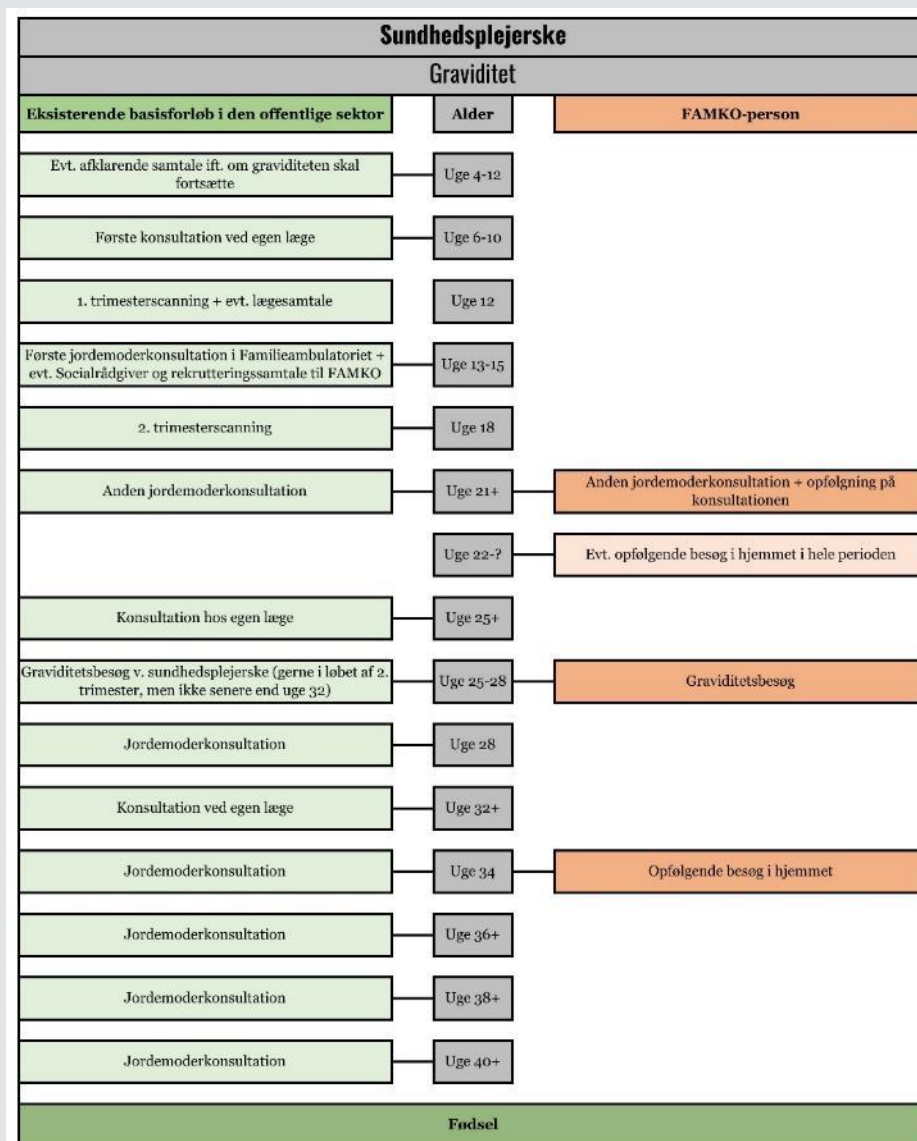
White, I. R., Royston, P., & Wood, A. M. (2011). Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine, 30*(4), 377–399.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370.

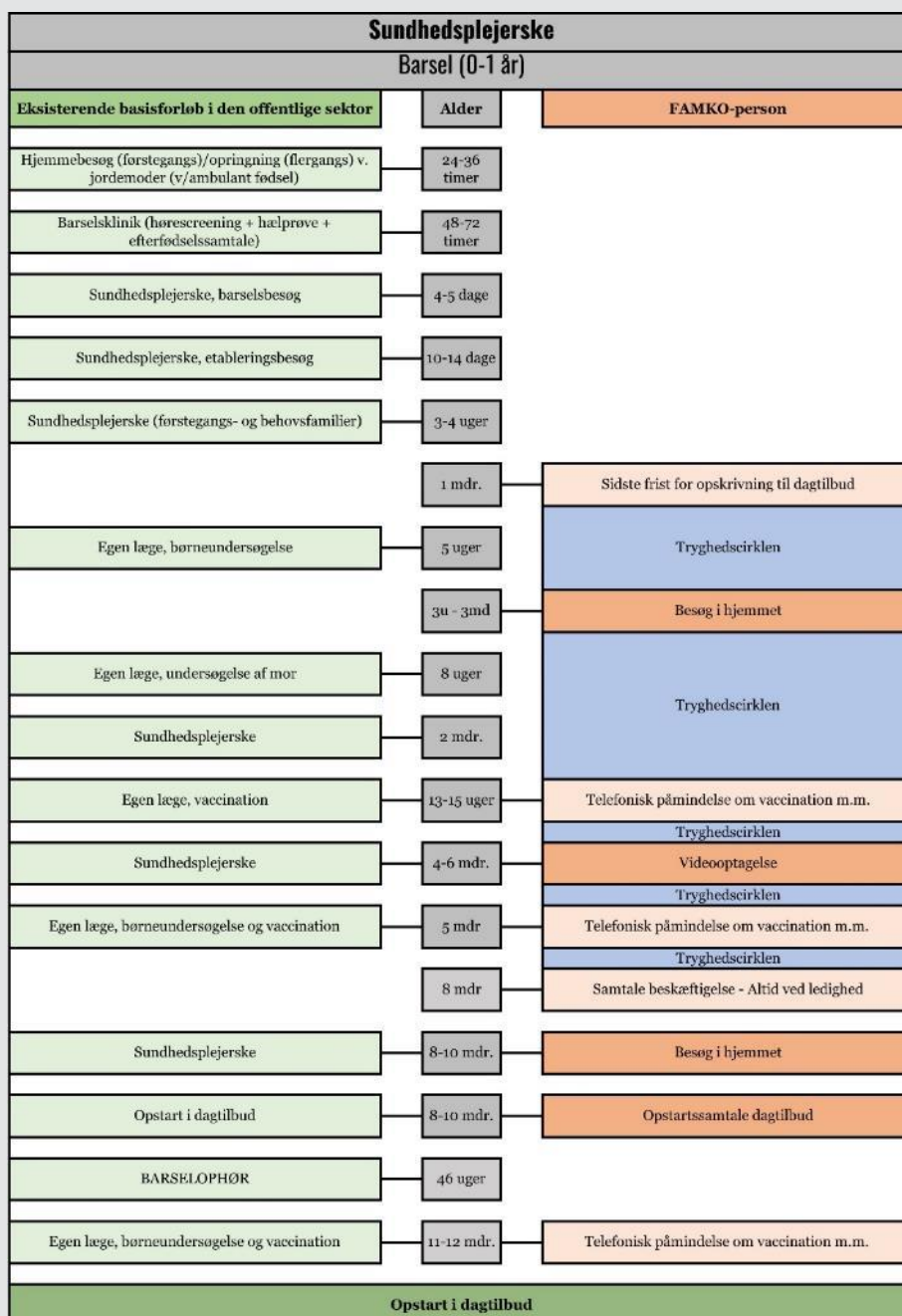
Bilag 1 Beskrivelse af FAMKO-forløb

Forløb for FAMKO-sundhedsplejersker:

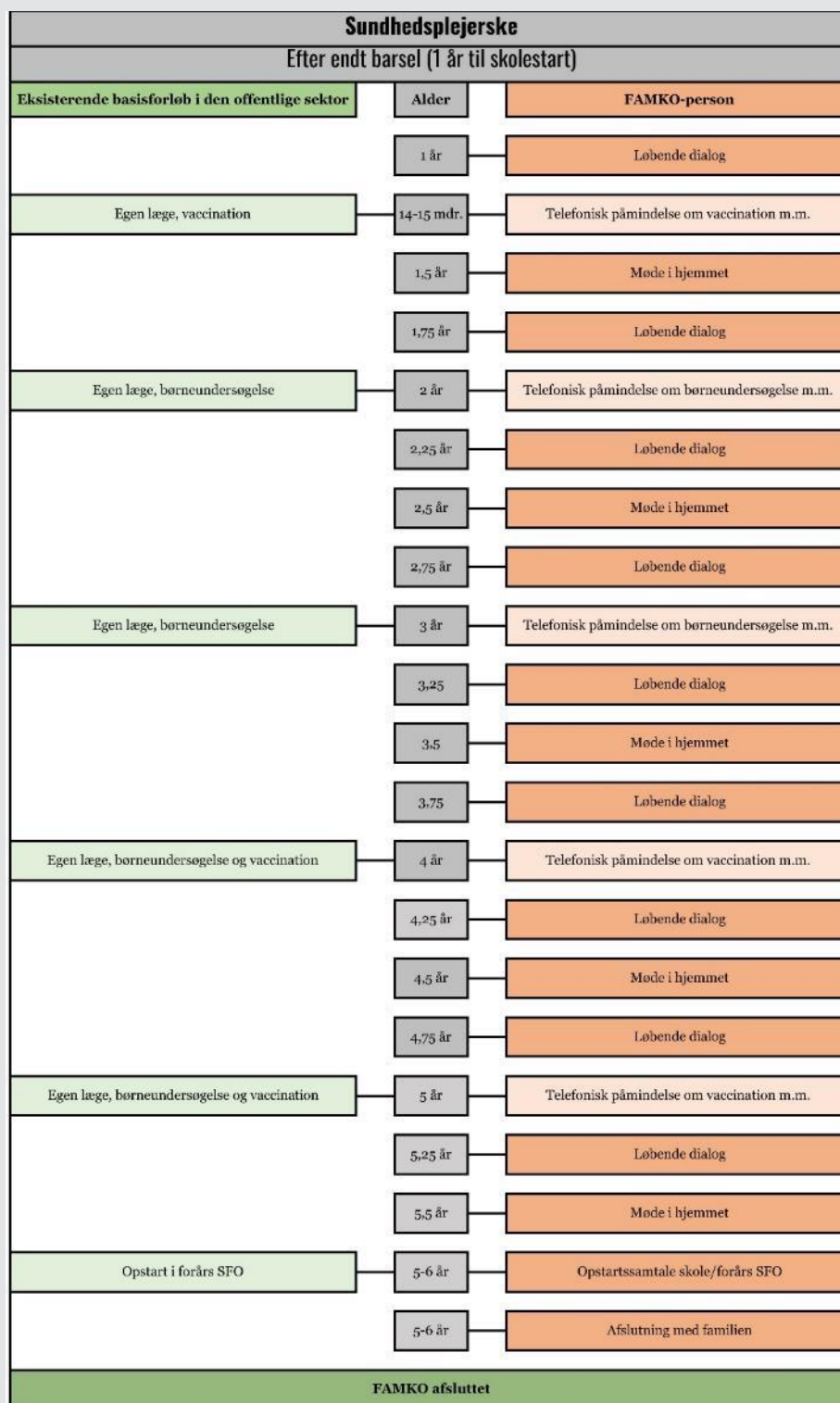
Bilagsfigur 1.1 FAMKO-forløb under graviditet for sundhedsplejersker



Bilagsfigur 1.2 FAMKO-forløb under barsel for sundhedsplejersker

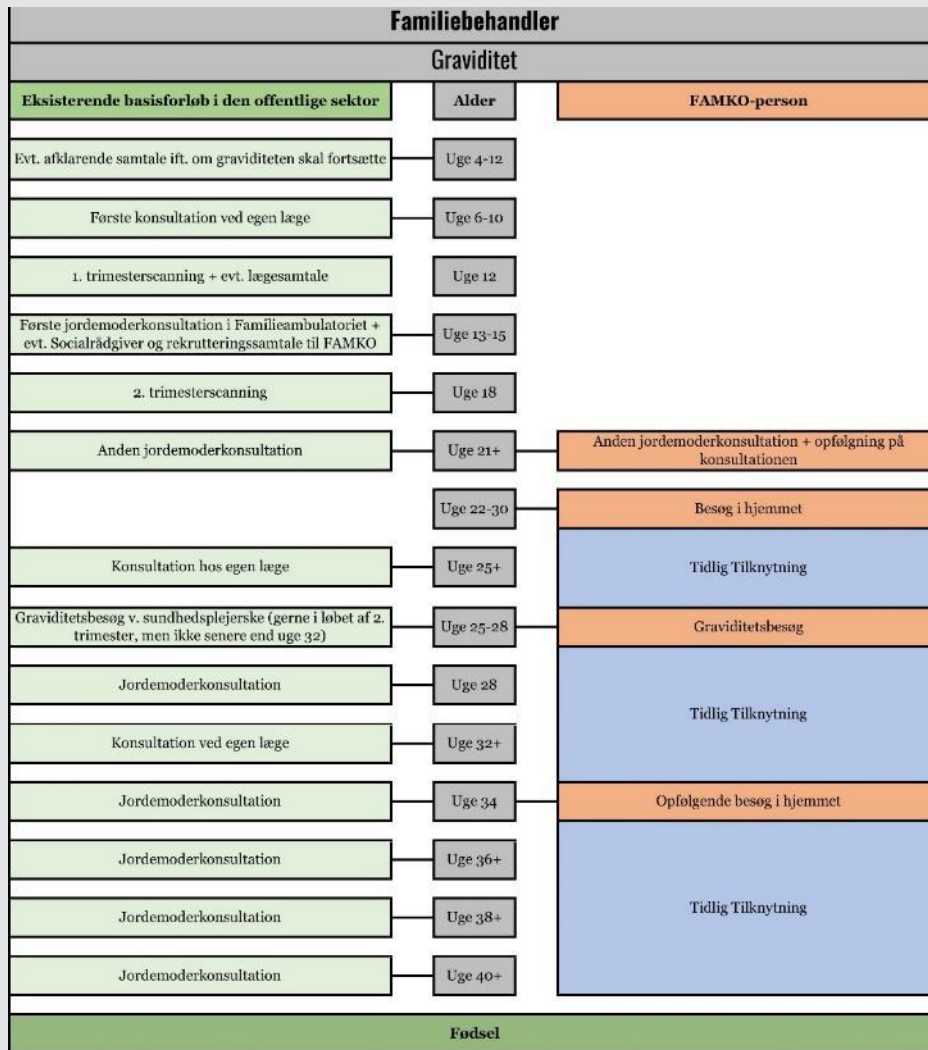


Bilagsfigur 1.3 FAMKO-forløb efter endt barsel for sundhedsplejerske

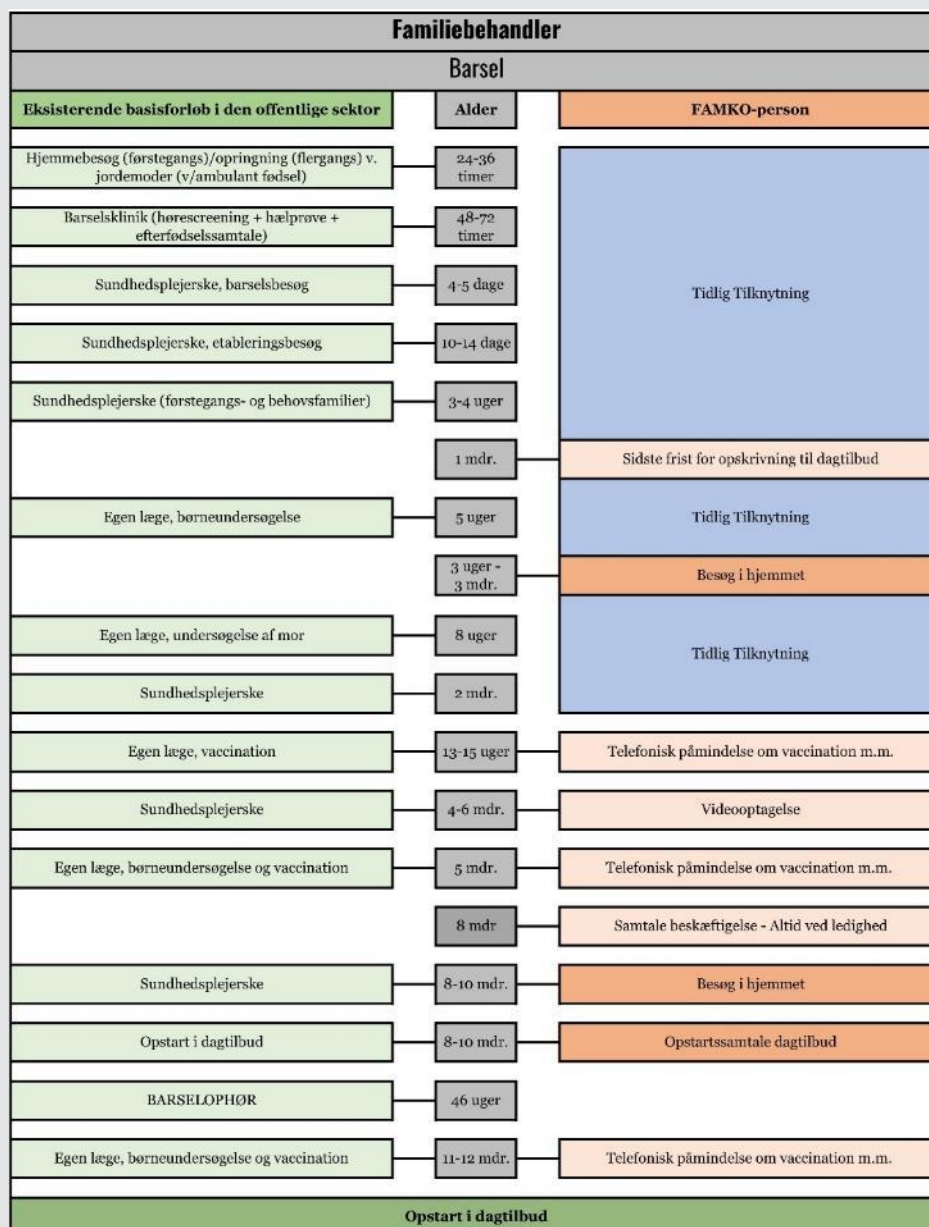


Forløb for FAMKO-familiebehandlere:

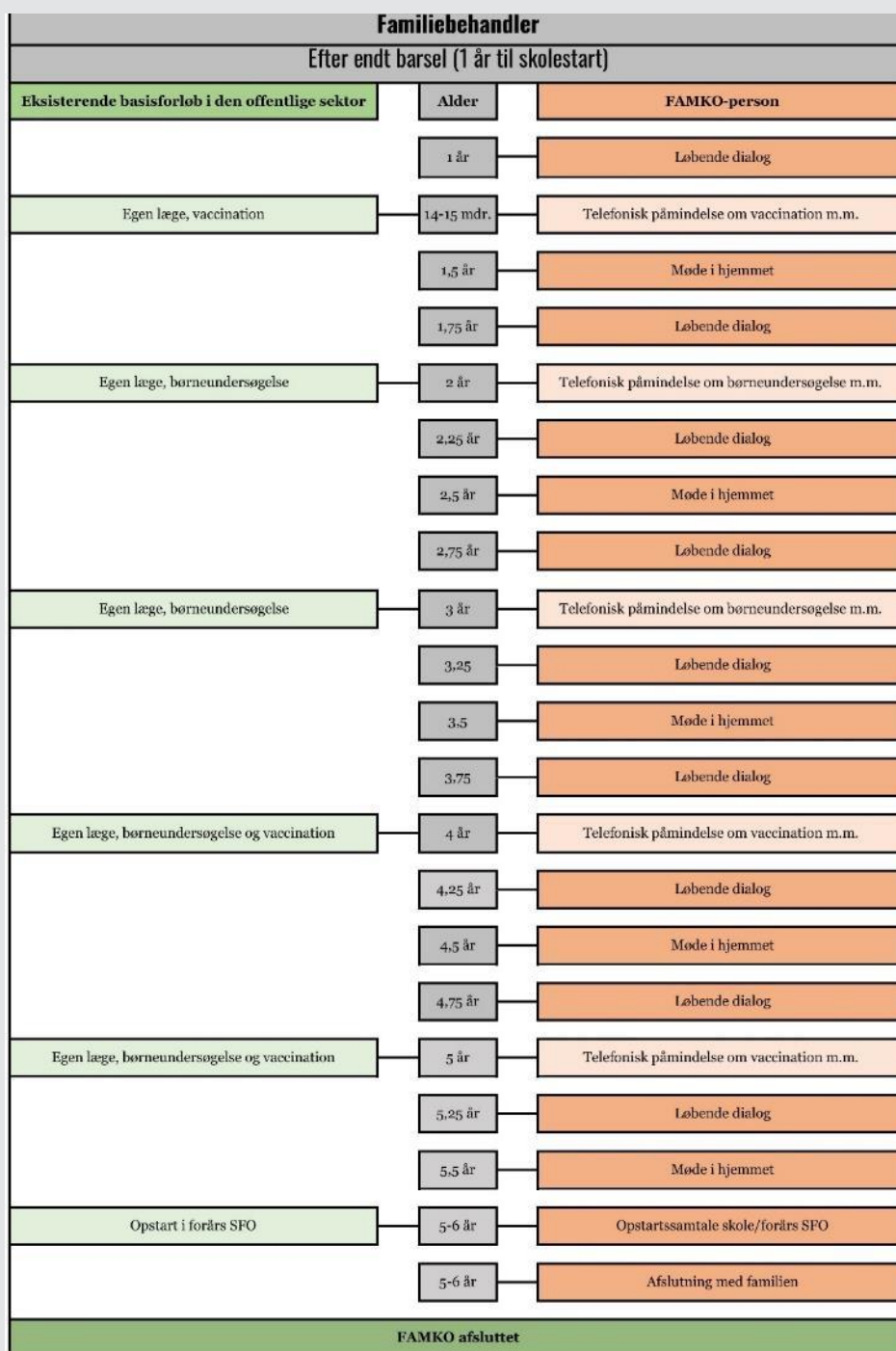
Bilagsfigur 1.4 FAMKO-forløb under graviditet for familiebehandlere



Bilagsfigur 1.5 FAMKO-forløb under barsel for familiebehandlere



Bilagsfigur 1.6 FAMKO-forløb efter endt barsel for familiebehandlere



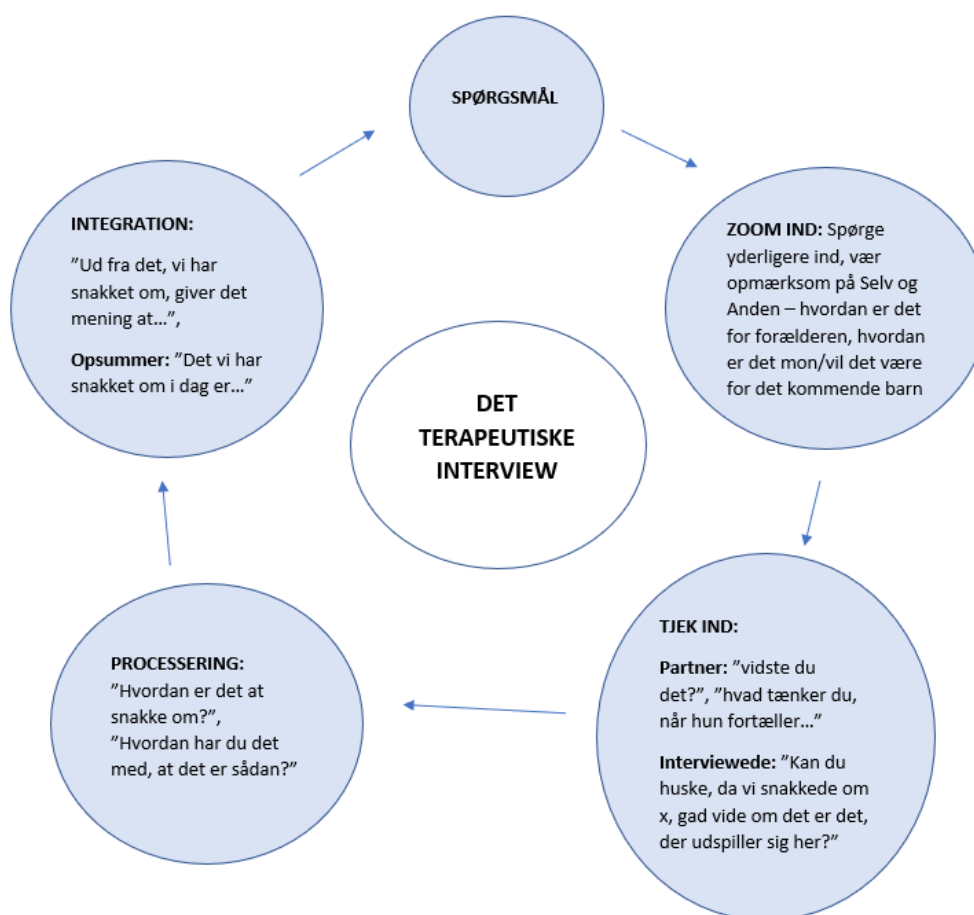
Bilag 2 Tidlig Tilknytningsforløb

FAMKO – forløb m. familiebehandler

Det primære indhold i forløbet er et ”Terapeutisk Interview” (Tidlig Tilknytning), med udgangspunkt i tilknytningsteorier samt mentaliseringsbaseret tilgang. Indholdet er dermed et samtaleforløb med udgangspunkt i en interviewguide og løbende intervention.

Det sekundære indhold er en ”Følgepersonsdel”, som kan rådgive/støtte den samlede familie, omkring forskellige opmærksomhedspunkter, som f.eks. job og uddannelse, pasningstilbud, frivillige organisationer, tilbud i det offentlige system mv. Indholdet er dermed rådgivning / ”vejviser-funktion”.

Forløbet indebærer desuden, at FAMKO-personen samarbejder med familiens jordemoder og sundhedsplejerske for derved at skabe et sammenhængende forløb for familien.



Tilknytningsmønstre:

Sikker tilknytning

Personer med et sikkert tilknytningsmønster har et billede af tilknytningspersoner som værende tilgængelige, lydhøre og hjælpsomme (Bowlby, 1980)

Opmærksomhedspunkter i interviewet:

- Sammenhængende
- Klare, relevante og kortfattede svar
- Kan skifte mellem spørgsmål og erindringer
- Ikke kun positive erfaringer
- Kunne tale om traumer uden at blive emotionelt overvældet

Utryg undgående

Personer med et utrygt undgående tilknytningsmønster orienterer sig ikke mod omverdenen i forhold til tilknytninger og opleves afkoblede fra tilknytninger både fysisk og psykisk (Behrens, Hesse og Main 2007)

Opmærksomhedspunkter i interviewet:

- Afvisning/nedtoning af omsorgs-/tilknytningserfaringer/betydning
- Idylliserende, uden belæg
- Typisk korte interviews

Behandlingsfokus:

- Start ud mere faktuel, med konkrete ting, årsagsforklaringer, adfærdsforklaringer
- Der er typisk få ord omkring følelser, hjælp med at sætte ord følelser (låne personen ord)
- Gøre sig selv som behandler "lidt ubehjælpelig", og spørge videre ind.
- Vær opmærksom på tempoet, det må ikke gå for hurtigt
- Hjælp personen med hvordan behandleren udefra ser personen.
- Psykoedukation, konkret rationel indsigt, f.eks. hvad har et barn brug for osv. (undervisningsbaseret)

Utryg ambivalent

Personer med et utrygt ambivalent tilknytningsmønster er ikke lykkes med at udvikle følelser af sikkerhed i deres tilknytninger og kan på den ene side opleves omklamrende, men på den anden side afvisende (Ainsworth 1970)

Opmærksomhedspunkter i interviewet:

- Ikke sammenhængende (kohærent)
- Meget optaget af fortidens omsorgs- og tilknytningserfaringer/relationer, men tydelig affektiv emotionel involvering
- Ofte lange sætninger, brug af klichéer/generaliseringer samt uklare og vage sekvenser
- Ofte lange interviews

Behandlingsfokus:

- Vær på "følelsesmæssig forkant" og hele tiden tænke i bekræftelse
- Opmærksomhed på at respondere med følelse
- Være støttende og empatiske, pejle os ind på følelserne hos personen, spørg til følelsen
- Udforske hvad følelserne handler om, prøve at hjælpe med at mentalisere følelserne
- Være eksplicit i hvad jeg tænker som behandler, tager ansvar for situationen

Desorganiseret/desorienteret

Personer med et desorganiseret tilknytningsmønster savner en klar adfærd omkring tilknytning. Deres handlinger i forhold til tilknytningspersoner er ofte en blanding af undgåelse og modstand (Main og Hesse 1990).

Opmærksomhedspunkter i interviewet:

- Mister tråden og har påfaldende "huller" og/eller logiske brud i fortællingen, særligt ved traumer/tab
- Ofte unaturligt lange pauser eller perseverende gentagelser
- Ofte tegn på magisk tænkning og/eller rigid fastholdelse
- Kan skifte mellem undvigende og overoptagede strategier

Behandlingsfokus:

- Følelsetemperaturen er altid høj, tænk traumer
- Spørg meget til lige nu og her, hvad sker der lige nu med dig
- Vær opmærksom på at følelsen lige nu og her nemt bliver lig med det hele, spørg ind til frustrationen
- Fokuser mere på følelsen end på handlingen
- Mentalisere sammen med personen, bringe sig selv i spil (være støttende og empatisk)
- "microslides" noget der sker lige nu og her, bruge de muligheder der opstår ift. mentalisere og så tilbage igen
- Tal mellem linjerne, hvorfor er det vigtigt (Columbo-spørgsmål)
- Vær opmærksom på, at du som behandler selv kan få stærke følelser af forvirring, hjælpeløshed, vrede

Mentaliseringsniveau (kliniske indtryk):

God mentalisering:

- Udviser kendskab til mentale tilstande
- Udforsker adfærdens bagvedliggende mentale tilstande
- Anerkender udviklingsmæssige aspekter ved mentale tilstande
- Ikke forudsætter viden
- Ikke taler indforstået
- Tager højde for den følelsesmæssige effekt af fortællingen

Begrænset mentalisering:

- Klicheer, banale eller overfladiske betragtninger
- Overdreven detaljering
- Fokus på ydre forhold, såsom skole, kommune, naboer, regeringen osv.
- Optaget af regler, bør / bør ikke
- Bebrejdelser og fornægtelse
- Generaliseringer / "sætter i bås"
- Tendens til at forklare adfærd med diagnoser
- Tendens til at lægge skylden på andre
- Mangel på nysgerrighed

Interventionsmuligheder:

- Bevar empati
- Læg vægt på indre følelser

- ”stemple ind” på indersiden hos dig selv
- Hjælp med at give billeder af følelsesmæssige tilstande
- Spejling
- Sidde på stolen ved siden af
- Stop op / spol tilbage, undren og udforskning
- Undersøg lige nu og her
- Undgå at gå i forsvarsposition
- Skift tema
- Bring din egen oplevelse af relationen ind, nænsomt

I interviewet skal behandleren skal have sit fokus på:

- Baggrundshistorien, at der ikke kun tales til hovedet, men til følelsen
- Til følelsen i fagpersonen, giver mulighed for at modtageren mærker fagpersonens indlevelse i egne og andres mentale tilstande.
- Vigtigt at kan blive i situationen og ikke kender alle svar / konkludere for hurtigt.
- Møde borgeren uden forforståelse, lytte uden at dømme
- Bevidsthed om, at man ikke kan vide hvordan borgeren har det
- Være åben og gennemsigtig omkring egne mentale tilstande
- Udviklingsfremmende spejling

Brug af ÅBENT-indstilling:

- Åbenhed, tilsidesætte egne forforståelser
- Balance, at foretage modtræk - selv/borgeren, kognitiv/affektiv (balance i at tale med og reflektere)
- Empati, registrerer borgerens følelser og reagere med passende følelse
- Nysgerrighed, ydmyg, ikke videndeudforskning
- Tålmodighed, både med borgeren og sig selv

I analysen skal behandleren have sit fokus på:

- Modsatrettede strategier – opmærksomhedspunkt
- Graden af oplevelse
- Sammenhæng og velintegreret fortælling
- Undgående
- Kvaliteten – er det troværdig - taler de sandt
- Kvantiteten, længden af fortællingen
- Relationen – holde sig til emnet
- Formen – udtrykker sig klart og tydeligt

Efter fødsel:

Intervention med fokus på nedenstående samt ovenstående vedr. mentalisering

Øjenkontakt

- Øjenkontakt med primær omsorgsperson
- Hyppighed og varighed i øjenkontakten
- Passende øjenkontakt til situationen
- Gensidig dialog i øjenkontakten

Psykisk kontakt

- Nærvær fra omsorgsperson
- At omsorgspersonen skal skabe ro og være tilstede i kontakten
- At omsorgspersonen skal kunne tilsidesætte egne behov og dermed se/prioritere barnets behov først

Fysisk kontakt

- At omsorgspersonen kan se barnets behov og signaler? (sove, spise, pusle, lege, trøste)
- At omsorgspersonen kan lave systematisk regulering af rytme og struktur
- Fysisk kontakt fra omsorgspersonen

Kommunikation (verbal / nonverbal).

- At omsorgspersonen sætter ord på barnet og sig selv
- At omsorgspersonen og barnet tale sammen.
- At omsorgspersonen kan vente i samspillet (turtagning)
- Omsorgspersonens mimik / toneleje (glæde, varme, venlighed, fremtoning og blødhed i stemmeføring)

Bilag 3 Tilknytningsinterview

Indledning/præsentation (inspirationspunkter)

- Tilbud om tidlig indsats-forløb (indhold ser sådan ud)
- Forældreskab / at skulle have barn / bedste start for jer
- Sårbarheder/udfordringer/ressourcer
- Interviewet er spørgsmål for at lære dig/jer at kende. Der findes ingen rigtige og forkerte svar. Det er vores erfaring at det gør det nemmere for jer at bede om hjælp.
- Overskrifter på interviewet – de 4 afsnit – jeg holder formen
- Jeg kommer til at dele spørgsmålene ud over forløbet og jeg arbejder med jer undervejs i forhold til det som kommer frem
- Konkrete spørgsmål, men jeg tilpasser det til jer undervejs, så det passer bedst til jer

Form:

- Spørgsmål, zoom in (terapeutisk), interview (partner), processering (hvordan har det været), integration (opsummering)

Graviditet

- Hvordan reagerede du da du opdagede du var gravid? Var det planlagt eller var den overraskelse?
- Har du tidligere været gravid? Har du andre børn, evt. fra tidligere forhold?
- Hvordan reagerede din mand/kæreste/barnets far? (hvad siger han til at skulle være far?)
- Hvordan har du/I mødt hinanden / din mand/kæreste/barnets far?
- Var / er I enige om at få børn?
- Hvordan er rollefordeling hos jer, hvad kan I blive uenige om, hvordan reagerer I og hvordan håndterer I dem?
- Hvordan har du det med at være gravid? (f.eks. fysiske gener)
- Har du gjort dig forestillinger om fødslen?
- Graviditet kan være en intens tid i forhold til følelsesmæssige op og nedture.
- Hvilke gode følelser har du bla. haft under graviditeten?
- Har der været svære følelsesmæssige øjeblikke under din graviditet?
- Siden du blev gravid, hvad har det så skabt af forandringer i dit liv? (har du selv lavet nogle ændringer i dit liv)
- Hvordan reagerede dine forældre da de hørte du var gravid?
- Nu da du selv skal være mor, har dit forhold til din egen mor ændret sig siden du blev gravid?

Forælders egen opvækst. (genogram)

- Prøv at fortælle lidt om din barndomsfamilie.
- Hvem var i din familie? Hvor boede I, hvad lavede dine forældre, havde du søskende, bedsteforældre?
- Ved du hvordan du har fået dit navn? (hvorfor du hedder det som du gør)
- Hvordan var det at være barn i din familie? (var du ønskebarn? elsket? var der hemmeligheder? hvordan var stemningen?, tonen?)
- Hvordan tror du, dine forældre oplevede dig i dine første leveår?
- Var der nogen der stod dig nær da du var barn/ung?
- Prøv at vælge nogle ord eller sætninger der beskriver dit forhold til din mor/far da du var lille.
- Prøv at give et eksempel. Koble det indre med det ydre/ adfærd med følelse.
- Prøv at tænke tilbage, og se om du kan fortælle noget særligt, som din mor eller far sagde eller gjorde, som du elskede. Noget som betød noget særligt for dig, som gjorde dig glad?
- Hvilken af dine forældre følte du dig tættest forbundet med som barn? (hvorfor tror du at du følte dig tættest på den person og hvorfor ikke den anden?)
- Hvis du havde brug for trøst eller omsorg, hvad gjorde du så? Hvem trøstede dig?
- Hvordan blev vrede, glæde, sorg, angst, frustrationer håndteret i din familie?
- Har der været hændelser der som har været belastende for dig? (adskillelse, dødsfald)
- Når du tænker tilbage på din opvækst, hvad tager du med som du gerne vil give videre til dit barn?

Forhold til barnet i maven (hvilke forestillinger har forælderen om barnet i maven?)

- Hvornår vil du sige, at det rigtig gik op for dig at der var et barn som voksede inden i din mave?
- Hvornår kunne du mærke barnet i maven første gang? (Hvor aktiv er barnet i maven, hvornår på dagen er der mest liv?)
- Hvad tror du, det har behov for fra dig når barnet er født? (hvordan vil du have det med at tage dig af de behov og hvordan tror du dit barn vil reagere på det?)
- Hvad gør du allerede nu?
- (psykoedukation – f.eks. vi ved hvor vigtigt det er at tale med barnet i maven)

Forestilling om forælderrollen

- Hvordan forestiller du dig som mor/far?
- Hvad glæder du dig mest til ved at skulle være mor/far? (muligt tillægsspørgsmål: er amme et emne?)
- Hvad tror du bliver sværest ved at blive forældre?
- Når du tænker på de første 6 måneder af dit barns liv;
- Hvad glæder du dig mest til?
- Hvornår tror du det bliver hårdest for dig?
- Hvordan tror du den opdragelse du har fået, vil påvirke din måde at være mor/far på?
- På hvilken måde ønsker du at være ligesom din mor og forskellig fra din mor - hvad med din far?
- Hvilke drømme og forhåbninger har du til livet som familie?
- Prøv at tænke over alt det du har fortalt mig, hvad mener du at du har lært af dine oplevelser, som barn?
- Nu hvor du er voksen, er der så ting du ønsker at gøre overfor dine børn, som er forskelligt fra det dine forældre gjorde?
- Er der noget mere som du ønsker at tilføje som er vigtigt for at forstå den person, som du er blevet?
- Hvad tænker du får brug for min hjælp til?

(evt. tillægsspørgsmål omkring begivenheder, mulige farlige oplevelser og tab – fra AAI)

Bilag 4 Gravid- og spædbarnspakke

Bilagstabel 4.1 Gravid- og spædbarnspakke

Ydelse	Gravid- og spædbarnsindsats (stor og lille pakke)
Lovgrundlag	<i>SL. § 52 stk. 3, nr. 2 og 3</i>
Udbyder	Børn- og Familiehuset 0-14 år
Formål	Formålet er, at afdække og sikre tilknytning og relation til barnet fra primær omsorgsperson samt sikre en god udvikling og følge den i barnets første leveår. Det primære fokus er på at skabe tilknytning mellem barn og forældre. Endvidere har indsatsen fokus på at skabe gode forhold for en sund og tryk udvikling for spædbarnet, både fysisk og psykisk.
Anbefalet varighed/periode	<i>9 mdr. (indstilles tidligst muligt i graviditeten)</i>
Anbefalet omfang/timetal	<i>Pakke: 10 eller 22 timer pr. mdr., alt efter om det er en lille eller en stor pakke</i>
Målgruppe	<p><u>Primær målgruppe:</u></p> <p>Pakke 1:</p> <p>Primær målgruppe: Børn 0-1 år, hvor primært én af nedenstående problematikker er til stede i familien, og/eller hvor der er begrænset kompleksitet (mindre grad af belastningsfaktorer).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilknytning/omsorgsproblematikker • Erkendt misbrug og er i behandling

	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiske vanskeligheder (med eller uden behandling) • Mødre/fædre der har en historik med egne anbragte børn • Mødre/fædre med egen historik i en dysfunktionel familie <p>Pakke 2:</p> <p>Primær målgruppe: Børn i alderen 0-1 år, hvor flere af følgende problematikker er til stede i familien med stor grad af kompleksitet (flere belastningsfaktorer):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilknytning/omsorgsproblematikker • Erkendt misbrug og er i behandling • Psykiske vanskeligheder (med eller uden behandling) • Voldsproblematikker i familien • Mødre/fædre, der har en historik med egne anbragte børn • Mødre/fædre med egen historik i dysfunktionel familie (den sociale arv) <p>Pakke 2 omfatter desuden børn af forældre med nedsat funktionsevne/svag begavelse, hvor indsatsen så vil være kombineret med "FamilieFlex" (Se indsatsbeskrivelse af FamilieFlex).</p> <p><u>Sekundær målgruppe:</u></p> <p>Gravide og forældre til spædbørn samt det private og professionelle netværk.</p>
Indhold	<p><i>Hvad er grundtanken i indsatsen/metoden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En tidlig forebyggende indsats – med fokus på tilknytning som succeskriterie • Parallelførløb med sundhedsplejerske fra opstart • Netværksarbejde med øvrige faggrupper / instanser

- Skabe gode rammer for barnets udvikling / etablering og støtte til de nødvendige forudsætninger for dette, både fysisk og psykisk
- At indsatsen primært udføres i hjemmet

Hvilke konkrete metoder/aktiviteter anvendes i indsatsen?

- Screening, støtte og udvikling af tilknytning, bla. via ERA, AAI, Marte Meo m.fl.
- Relation/tilknytningsarbejde via brug af video, anvisninger, øvelser, babysvømning, psykoedukation, omsorgsarbejde til omsorgspersonen, praktisk pædagogisk støtte i hjemmet via hjælp til indkøb, indretning, struktur, god døgnrytme m.v. samt støtte / ”gå-med” til konsultationer, bl.a. OUH/læge mv.
- Prak.pæd.bistand, bla. støtte til etablering af f.eks. babyudstyr, pusleplads m.v.
- *Psykoedukation – praktiseret i form af viderebringelse af viden i forhold til betydningen af tilknytningen mellem barn og omsorgsperson*
- *Mentalisering – Evnen til at få sansning, følelse og tænkning til at spille sammen – udgangspunkt i den neuroaffektive udviklingspsykologi.*
- Samtaler ift. samspil i familien, vejledning ift. barnets basale behov, netværksskabelse via spædbarnsgruppe, netværksarbejde med både privat og professionelt netværk.
- Tæt tværfagligt samarbejde med primære fagpersoner, bl.a. OUH, sundhedsplejerske, Mødrehjælpen, myndighedssocialrådgiver m.fl.
- Observationer
- *Spejling*
- *Råd og vejledning ift. til en tilknytningsteoretisk referenceramme.*
- Netværksarbejde

Hvorfor er det netop disse aktiviteter/teknikker vi har valgt? Hvilken forandring skaber de? Hvordan virker de?

- Relationens og tilknytningens betydning, bla. via Tilknytningsforskning af Main og Bowlby
- Susan Hart – sammenhæng med det neuroaffektive – fysisk kontakt og øjenkontakt

	<ul style="list-style-type: none"> • Uddannelse / erfaring i familiebehandlergruppen vedr. målgruppen. • Viden fra bl.a. Jesper Brink, Bloom og Susan Hart
Vidensgrundlag	<p>Der arbejdes med særligt fokus på tilknytningsteorier ud fra følgende teoretikere: John Bowlby, Mary Ainsworth, Daniel Stern, Margareta Broden, Susan Hart, Kari Killen.</p> <p>Derudover arbejdes der med forskellige forskningsbaserede metoder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>ERA (Early Relational Assessment)</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Vurdering af den tidlige tilknytning mellem forældre og barn, udviklet af Roseanne Clark (1985; 1999)</i> • IWMC (Internal Working Model of the Child) <ul style="list-style-type: none"> ○ Denne interne arbejdsmodel er en kognitiv ramme, som omfatter mentale repræsentationer for at forstå verden, sig selv og andre. En persons interaktion med andre er styret af erindringer og forventninger fra deres interne model, som indflydelse og hjælp evaluere deres kontakt med andre (Bretherton & Munholland, 1999). • AAI-tilknytningsinterview <ul style="list-style-type: none"> ○ Metoden er udviklet af Mary Main, amerikansk psykolog. Metoden er et semistruktureret interview, der afdækker den voksnes tilknytningserfaringer. Disse tilknytningserfaringer afspejler den enkeltes indre arbejdsmodel af forældreskab: Det vi har med i rygsækken fra vores egen barndom, er styrende for vores tanker og handlinger i forældreskabet. <p><i>Psykoedukation – praktiseret i form af viderebringelse af viden i forhold til betydningen af tilknytningen mellem barn og omsorgsperson</i></p> <p><u>Lokale erfaringer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>SATS-puljeprojekt "At knytte bånd" tværfaglige indsatser for gravide og spædbarnsfamilier, 2006/2007</i> • Samarbejde med OUH – Familieambulatoriet og Familieteamet. • Gravidsamarbejdet mellem OUH, BSF, Odense kommune og BUF, Odense kommune • Interne udviklingstiltag i dagbehandlingsområdet, Odense kommune mellem 2003 - 2016

Faglitteratur:

- Broden, Margareta (2004): Graviditetens muligheder. København K: Akademisk Forlag.
- Broden, Maragreta (2004): Mor og barn i ingenmandsland. København K: Gyldendal Akademisk.
- Broden, Maragreta (1995): *"Barnet i fokus: en rapport om utvecklingsarbejde på Victoriagården"*, oktober 1994, Victoriagården
- Rode, Ulla (2012): *"Gravid første gang. Graviditet, fødsel og den nye familie"*, Libero
- Rechenbach, Anne (2006): *Adult Attachment Interview (AAI)*. I P. Elsass, J. Ivanouw, E.L. Mortensen, S. Poulsen & B. Rosenbaum (Red.) *"Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere"*, kap. 27, s. 537-560. Dansk Psykologisk Forlag.
- *Bøger af Daniel Stern og Susan Hart m.fl. om tilknytning, mor/barn-relationen, spædbarnet mv.*

Se desuden "Vidensgrundlag for Børn og Familiehuset 0 – 14 år" – især med fokus på objektrelationsteori og tilknytningsteori.

Bilag 5 Beskrivende statistik

Bilagstabel 5.1 Gennemsnit og standardafvigelser af udfaldsmål fra tre måneders-spørgeskema

	Kontrol		FAMKO	
	M	SD	M	SD
Trivsel (SWEMWBS)	24,2	3,8	24,1	3,8
BAM totalscore	10,7	6,1	10,8	5,7
Selvvurderet eget helbred	7,6	1,8	7,4	1,9
Tilfredshed med livssituation	8,4	1,6	8,1	1,8
Ensom	2,3	1,0	2,3	1,0
Praktisk netværk	3,8	1,2	3,8	1,1
Fortroligt netværk	4,6	0,7	4,6	0,7
Bekymringer om boligsituation	2,6	2,1	2,3	1,8
Bekymringer om jobsituation	3,0	2,0	3,0	2,1
Bekymringer om forhold til partner	2,7	1,9	2,6	1,9
EPDS totalscore	7,5	4,5	8,0	5,2
Ryger	0,1	0,3	0,1	0,3
Rygning i hjemmet	0,0	0,2	0,0	0,0
Startet amning efter fødsel	1,0	0,2	0,9	0,3
Ammer stadig (3 mdr.)	0,6	0,5	0,7	0,5
Barnets helbred	9,2	1,2	9,0	1,3
ASQ kommunikation	47,0	9,2	46,1	10,3
ASQ grovmotorik	50,9	9,1	50,2	9,1
ASQ finmotorik	38,7	15,0	39,3	14,1
ASQ problemløsning	47,0	11,9	46,0	12,6
ASQ personligt og socialt	45,2	10,8	43,6	12,5
ASQ:SE self-regulation	10,3	7,7	11,5	8,4
ASQ:SE adaptive functioning	11,5	7,9	10,9	8,1
ASQ:SE affect	2,0	3,0	2,2	2,9
ASQ:SE social-communication	5,3	7,2	5,6	6,7
ASQ:SE interaction	2,8	3,8	2,7	3,9

	Kontrol		FAMKO	
ASQ:SE totalscore	32,1	20,1	33,3	17,4
ASQ:SE totalscore incl. worries	36,2	27,0	38,3	24,9

Anm.: N=284. M: Mean (gennemsnit); SD: Standardafvigelse.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Bilagstabel 5.2 Gennemsnit og standard afvigelser af udfaldsmål fra 12 måneders-spørgeskema

	Kontrol		FAMKO	
	M	SD	M	SD
Trivsel (SWEMWBS)	24,5	3,7	24,2	4,1
Selvvurderet helbred	7,2	2,0	7,4	2,0
Tilfredshed med livssituation	7,9	2,1	7,9	1,9
Ensom	2,1	1,0	2,3	1,0
Praktisk netværk	3,8	1,1	3,7	1,1
Fortroligt netværk	4,6	0,8	4,5	0,8
Bekymringer: boligsituation	2,2	1,7	2,5	2,0
Bekymringer: jobsituation	3,5	2,2	3,4	2,1
Bekymringer: forhold til partner	2,7	2,1	2,7	1,9
EPDS totalscore	8,2	5,4	7,7	4,9
Ryger	0,2	0,4	0,2	0,4
Rygning i hjemmet	0,0	0,2	0,0	0,1
Ammer stadig (12 mdr.)	0,3	0,5	0,3	0,5
Aktiviteter med barn	2,3	0,8	2,4	0,7
Tager medicin	0,6	0,5	0,6	0,5
Mobilforbrug	4,4	2,0	4,2	2,0
Bruger du eller din partner prævention?	1,2	0,4	1,2	0,4
Flere børn	1,8	0,4	1,9	0,4
I beskæftigelse	0,5	0,5	0,4	0,5
Barnet i dagtilbud	0,1	0,3	0,1	0,3
ASQ:SE: selvregulering	9,7	7,0	10,3	7,6
ASQ:SE: adaptiv adfærd	7,6	5,4	7,1	5,5

	Kontrol		FAMKO	
ASQ:SE: affekt	1,8	3,5	1,6	2,9
ASQ:SE: personligt og socialt	8,0	7,9	7,2	7,2
ASQ:SE: interaktion	4,3	4,8	3,7	4,0
ASQ:SE totalscore	31,7	17,4	30,1	16,4
ASQ:SE totalscore incl. worries	24,9	23,1	24,7	21,4
Forældrestress	19,8	5,8	20,2	6,0
Mangel på forældretilfredshed	9,3	3,1	9,3	2,8
Forældrestress (dikotomiseret)	3,4	2,2	3,3	2,2
Mangel på forældretilfredshed (dikotomiseret)	0,4	1,0	0,4	0,8
Forvrænget mentalisering	10,1	4,3	9,5	3,1
Vished om tanker og følelser	30,4	5,7	28,9	6,6
Nysgerrighed og interesse	36,4	4,6	36,3	4,6
Forældre-barn-interaktion	8,9	4,2	9,6	4,3

Anm.: N=248. M: Mean (gennemsnit); SD: Standardafvigelse.

Kilde: VIVEs spørgeskemaundersøgelser blandt familierne.

Bilagstabel 5.3 Gennemsnit og standard afvigelser af udfaldsmål fra 4-6 måneders-CIB

	Kontrol		FAMKO	
	M	SD	M	SD
CIB Sensitivity	3,2	0,55	3,0	0,56
CIB Intrusiveness	1,7	0,42	1,8	0,44
CIB Limit setting	3,4	0,76	3,3	0,77
CIB Involvement	3,4	0,54	3,1	0,63
CIB Withdrawal	1,3	0,48	1,5	0,56
CIB Reciprocity	3,2	0,66	3,0	0,71
CIB Negative states	1,8	0,67	2,0	0,78
CIB Total	3,6	0,45	3,5	0,48

Anm.: N=189. M: Mean (gennemsnit); SD: Standardafvigelse.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

Bilagstabel 5.4 Gennemsnit og standard afvigelser af udfaldsmål fra 13,5 måneders-CIB

	Kontrol		FAMKO	
	M	SD	M	SD
CIB Sensitivity	3,0	0,45	3,0	0,50
CIB Intrusiveness	1,9	0,23	1,9	0,27
CIB Limit Setting	3,5	0,63	3,3	0,68
CIB Involvement	3,5	0,49	3,4	0,48
CIB Withdrawal	1,3	0,38	1,4	0,43
CIB Compliance	3,5	0,62	3,5	0,74
CIB Reciprocity	3,4	0,64	3,3	0,72
CIB Negative states	1,5	0,69	1,6	0,69
CIB Total	3,8	0,43	3,7	0,44

Anm.: N=194. M: Mean (gennemsnit); SD: Standardafvigelse.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

Bilagstabel 5.5 Gennemsnit og standard afvigelser af udfaldsmål fra 13,5 måneders-Bayley test

	Kontrol		FAMKO	
	M	SD	M	SD
Kognitiv skala: Sum af skalascorer	12,2	2,61	11,8	2,30
Kognitiv skala: Indeksscore	110,8	13,04	109,0	11,52
Delskala: Receptiv kommunikation	9,0	2,45	8,7	2,70
Delskala: Ekspressiv kommunikation	10,1	2,29	10,0	1,93
Sproglig skala: Sum af skalascorer	19,0	3,95	18,6	3,96
Sproglig skala: Indeksscore	106,0	86,26	96,0	11,61
Delskala: Finmotorik	11,3	2,43	11,8	2,39
Delskala: Grovmotorik	9,1	2,61	9,4	2,68
Motorisk skala: Sum af skalascorer	20,3	4,27	21,3	4,06
Motorisk skala: Indeksscore	101,3	12,48	103,5	14,01

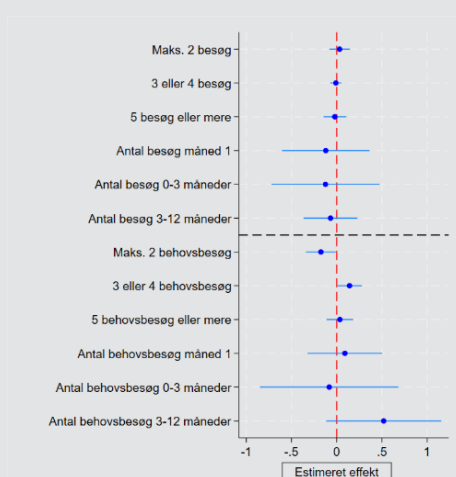
Anm.: N=194. M: Mean (gennemsnit); SD: Standardafvigelse.

Kilde: Data fra videomateriale indsamlet af VIVE.

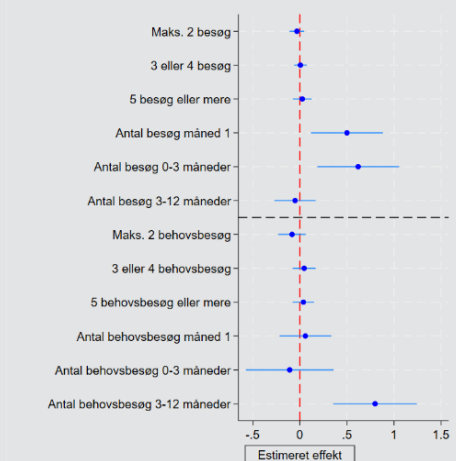
Bilag 6 Brug af sundhedsplejen og andre indsatser

Bilagsfigur 6.1 Effekter på antal og timing af ordinære og behovssundhedsplejerskesbesøg opdelt på bekymringsniveau

Den estimerede effekt af FAMKO-indsatsen samt 95 % konfidensintervaller opnået ved lineær regression med robuste standardfejl. Ordinære besøg står over den stiplede sorte linje, behovsbesøg står under.



a) Højt bekymringsniveau (familiebehandler)



b) Lavt bekymringsniveau (sundhedsplejerske)

Anm.: N=313. Antal observationer svarer til antal observationer i baseline, da data er fra administrative registre og derfor ikke afhængig af deltagelse uden anbragte og aborterede børn.

Kilde: NOVAX-data.

Bilagstabel 6.1 Sundhedsplejerskebesøg, underretninger, indsatser og handlinger

	Kontrolgruppe	FAMKO-gruppe
Ordinære besøg		
Andel med maks. 2 besøg	10 %	10 %
Andel med 3-4 besøg	4 %	4 %
Andel med 5+ besøg	85 %	86 %
Antal besøg i måned 1	2,97	3,21
Antal besøg i måned 0-3	3,97	4,27
Antal besøg i måned 3-12	1,79	1,75
Behovsbesøg		
Andel med maks. 2 besøg	63 %	51 %
Andel med 3-4 besøg	17 %	25 %
Andel med 5+ besøg	21 %	24 %
Antal besøg i måned 1	0,67	0,73
Antal besøg i måned 0-3	1,49	1,37
Antal besøg i måned 3-12	1,13	1,79
Underretninger		
Antal underretninger i graviditet	0,13 (N=17)	0,08 (N=9)
Antal underretninger efter fødsel	0,06 (N=9)	0,15 (N=15)
Andel underrettet	14 % (N=22)	11 % (N=18)
Indsatser		
Antal indsatser	0,11 (N=12)	0,12 (N=12)
Handlinger iværksat i graviditet	8 % (N=12)	4 % (N=7)
Handlinger iværksat efter fødsel	6 % (N=10)	6 % (N=9)
Anbringelser		
Andel i anbringelse	4 % (N=7)	2 % (N=4)
Tilbagetrækning hos barnet		
ABDD	0,52	0,35

Anm.: Antal observationer = 313. Ved anbringelser er antallet af observationer 324.

Kilde: NOVAX-data og data fra Odense Kommune.

VIVÉ