



Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn

- et metodeudviklingsprojekt

Evalueringen er udarbejdet af:

Lisbeth Villumsen og Else Guldager
i et ligeværdigt fællesskab.

Agnete Diderichsen har bidraget med resultater fra
undersøgelsen om gravide kvinders
tilknytningsmønstre.

Projektet er foregået i Thisted Kommune og Lyngby-Taarbæk Kommune
med
forskningsmæssigt bidrag fra Danmarks Pædagogiske Universitet.

September 2004

Indholdsfortegnelse:

Forord

Indledning	2
1. Samspil og tidlig tilknytning – Thisted-modellen 1989-2000.	4
2. Det planlagte forløb	7
3. Evaluering og udvikling af ny teori	13
4. Konklusion og anbefalinger	34

Litteraturliste

Bilag 1

**Kort metodebeskrivelse til evalueringsrapport
- samt redegørelse for populationsdannelsen**

Bilag 2

Tabeller til evalueringsrapport

Forord

Uden forældrenes fantastiske interesse og hjælp med at stille sig til rådighed ved interview samt ved at bruge noget af deres travle tid på at udfylde spørgeskemaet var denne evalueringsundersøgelse slet ikke blevet til noget.

En anden og helt uundværlig ingrediens har været at de forskellige faggrupper, der som altid har deltaget med meget stor entusiasme. En særlig tak til jordemødre, barselspersonale, psykologer, sekretærer og sundhedsplejersker for deres utrættelige medvirken.

En særlig tak til lektor, cand. psych. Agnete Diderichsen fra Danmarks Pædagogiske Universitet, som har været ansvarlig for interviewundersøgelsen. Hun har bearbejdet og analyseret interviewene og beskrevet undersøgelsen (se side 30). Agnete har været godt hjulpet af Barbara Cashman, som har interviewet, og udført AAI scoring på interviewene, Renate Sommerstad, Julie Riis-Hansen, som har interviewet og Christina Stenstrup, Tusse Sidenius Jensen og Gitte Jönsson, der har skrevet bånd ud.

En speciel tak til stud. psych. Anne Marie Anker Villumsen og sekretær Caroline Berg-Sørensen for hjælp med indtastning af alle de mange spørgeskemaer. Stor tak til sekretær Jytte Lauritsen for altid at være parat til at hjælpe med alt det vi andre ikke nåede. Det har også været en uvurderlig hjælp at Caroline Berg-Sørensen under hele forløbet altid lige var der, og selv i pressede situationer gjorde det muligt at få tingene til at lykkes.

Også en stor tak til stud. cand. adm. Lasse Christensen for indtastning af sundhedsplejerskedata, samt til stud. cand. com. Lise Ivanouw, for hjælp med opsætning af analyseredskab.

Den største tak skal lyde til de to kommuner og de to amter, hvor projektet foregår. Vi håber at vi med rapporten har bidraget til udviklingen. Uden økonomisk støtte fra Socialministeriet var der ikke blevet noget projekt, så tak fordi Ministeriets puljer gjorde dette spændende og lærerige projekt og denne evaluering muligt.

Som det tydeligt fremgår ovenfor, har rigtig mange personer, også frivillige, der arbejder med udvikling af teori, forskning og praksis været medaktører. Det samlede projekt og evalueringen peger frem mod, at teoretisk forskning og udvikling i praksis kan befrugte hinanden under de rette betingelser. Vi kan varmt anbefale andre at tænke i de baner.

Til slut er det vigtigt at fremhæve, at det også for os har været dejligt og nyskabende at samarbejde om projektet både under processen og med evalueringen. For os har det været et hovedspring fra 10 meter vippen at kaste os ud i. Har tilbuddene i de to kommuner sat sig spor, når vi spørger forældrene, de såkaldte slutbrugere? Og er vores spor forskellige? Og hvis de er – kan vi så lære af det?

Vi håber at rigtig mange får glæde af resultaterne.

Lisbeth Villumsen
Projektansvarlig
Ledende sundhedsplejerske,
Systemisk narrativ terapeut, MPF supervisor

Else Guldager
Ledende sundhedsplejerske PhD

Indledning.

Det lille barns evne til at indlede, opbygge og vedligeholde relationer til andre bliver tilegnet i hjemmet gennem barnets første relation i livet – til dets forældre. Stærke og nære relationer mellem spædbarnet og dets forældre er en god grobund for en sund udvikling hos såvel barnet som forældrene. Det er derfor glædeligt, at Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer for ”Svangreomsorg” ved den seneste revision, fik et grundlag med vægt på både at fremme sundheden og at styrke de kommende forældres kræfter til forældreskabet, for det barn, der er i vente. En større vægt på koordinering og sammenhæng, teamtankegang og fællesskab mellem primær sundhedstjeneste (læs sundhedspleje og almen praksis) og sygehusvæsenet (læs jordemødre, barselsomsorg og omsorg for behandlingskrævende nyfødte). Thisted Kommune og Viborg Amt har blandt andet været forbillede (Sundhedsstyrelsen 1998).

Det er ikke alle forældre, der magter eller er i stand til at etablere og udvikle en nær følelsesmæssig relation til deres barn. Da evalueringen blev planlagt, havde vi en hypotese om at efterfødselsreaktioner ofte går hånd i hånd med bristede bånd i relationen mellem det lille barn og forældrene. Nu er vi blevet lidt mere tvivlende på, om det holder stik (se side 33). Familier, der er socialt udsatte, hvor kræfterne ikke svarer til de belastninger, familien skal magte, er i risiko både med hensyn til efterfødselsreaktioner og med hensyn til relationsforstyrrelser mellem forældre og barn. I ekstreme tilfælde er kontakten mellem forældre/mor og barn så dårlig, at der akut må gribes ind med foranstaltninger. I andre tilfælde er de personlighedsmæssige skader af en sådan art, at de kun langsomt kommer til syne. Her kan de udviklingsmæssige følger vise sig senere i form af barnets dårlige tilpasning i relationerne med andre uden for familien. Der kan opstå vanskeligheder i børnehaven og i skolen eller i form af psykisk sygdom, vantrivsel, omsorgssvigt og fejludvikling.

Det skønnes, at i ca. 20 % af alle nyblevne familier giver den ændrede familiesituation psykiske eftervirkninger. Det er et veldokumenteret problem såvel i Danmark som internationalt (Madsen, Christoffersen, Christensen, Lindved). Tidligere blev mødre, der ikke kunne magte den nye situation som mor/familie, ofte stemplet som depressive. Børnefødslerne var dermed begyndelsen på et liv med depressioner, nervemedicin og for nogles vedkommende psykiatriske indlæggelser. Det har hele tiden været ambitionen at ændre denne udvikling. Et centralt begreb i hele evalueringen her er efterfødselsreaktioner. Den folkelige oversættelse kan være vanskelig (se side 21). Men i en faglig sammenhæng er der brugt følgende definitioner:

”Efterfødselsreaktion/fødselsdepression. (Cooper, Lindved, Villumsen).

En efterfødselsreaktion er en tilstand, der varer længere end 14 dage.

Fire af følgende symptomer skal være til stede, og tilstanden er samtidig præget af tristhed.

- Mindre energi, være træt.
- Være rastløs eller have problemer med at sove.
- Trøstespise eller manglende appetit.
- Mangle selvtillid eller have svært ved at koncentrere sig.
- Kan have skyldfølelse og selvbekjendelser og måske være bange for ikke at være en god nok forælder.
- Manglende lykkefølelse.
- Tab af vanlige interesser eller ulyst til sex.
- Kan være bange for at være alene, specielt kan den ramte være bange for at være alene med barnet, og bange for at skade sit barn.

En fødselsdepression er en tilstand, der varer længere end 14 dage. (Cooper, Curham , Lindved, Sebastian, Villumsen).

Fire af nedenstående symptomer skal være til stede, samtidig med at tilstanden er præget af depression, angst eller irritabilitet.

- Træthed, tab af energi.
- Psykomotorisk hæmning eller uro.
- Mindreværdsfølelse, selvbeprejdelse eller ubegrundet skyldfølelse.
- Indskrænket tankevirksomhed eller manglende koncentrationsevne eller nedsat beslutningsdygtighed.
- Tilbagevendende tanker om død og tanker om selvmord eller forsøg på selvmord.
- Øget appetit (trøstespisning) eller mistet appetit.
- Søvnløshed eller lyst til at sove hele tiden.
- Tab af vanlige interesser eller ulyst til sex.

Begge tilstande kan være kombineret med, i en periode, ikke at have nogen kærlige følelser for sit barn. Typisk for begge reaktionsmønstre, der både gælder kvinder og mænd, er, at de ramte ofte forsøger at skjule, hvordan de har det. De kan være bange for, at blive stemplet som sindssyge, og bange for at barnet fjernes.”

Evalueringen er inddelt i seks kapitler. Første kapitel er en beskrivelse af baggrunden og udviklingen af Thisted-modellen i perioden 1989-2000. Det teoretiske ståsted, hvordan praksis har udviklet sig, og hvilke erfaringer, der bygges på, og hvorfor, bliver gennemgået. I andet kapitel tages der fat på, hvordan Thisted og Lyngby-Taarbæk har arbejdet sammen for at overføre Thisted-modellen til Lyngby. Der er lagt vægt på processen, og hvad der lykkedes, og hvor det var sværere at opfylde målene. Tredje kapitel indeholder evaluering og udvikling af ny teori. En spørgeskemaundersøgelse hvor to årgange børns forældre har fået ordet. Ved at sammenholde de to forskellige kommuner, kan vi måske komme tættere på det sammenvæv af faktorer, der betyder noget for, hvordan det går for børn og forældre. Evalueringen i spørgeskemaundersøgelsen retter sig mod at give svar på, hvordan det gik med de formål, som var sat op for projektet i projektbeskrivelsen. I afslutningen af kapitlet redegøres der for Interviewundersøgelsen, hvor 91 mødre er blevet interviewet med en metode, der beskriver deres tilknytningsmønstre. Der er yderst få undersøgelser, også internationalt, der belyser mulighederne for tilknytning hos de kommende mødre. Da de gravide kvinder bor i de to kommuner, har det været muligt gennem spørgeskemaundersøgelsen, hvor forældrene selv har svaret, at følge dele af børnenes og forældrenes liv, indtil barnet er 1 – 2 år. Datatilsynet har givet tilladelse til den samlede undersøgelse. I fjerde og sidste kapitel er evalueringens hovedkonklusion og anbefalinger præsenteret på baggrund af den samlede evaluering. Der er vedlagt to bilag. Det ene er en nærmere beskrivelse af, hvordan spørgeskemaundersøgelsen er forløbet og deltagerne i den. I det anden bilag er tabeller over relevante forhold, der er nævnt i nærværende evalueringsrapport, men som der af læsepædagogiske grunde ikke var plads til.

Der er endnu uudtømte muligheder for at analysere videre på det righoldige materiale, der er indsamlet. Det er ambitionen efterfølgende at udarbejde artikler mv. på baggrund af den samlede undersøgelse. Både artikler af mere videnskabeligt tilsnit, som forsøges bragt i danske og internationale reviewede tidsskrifter, og artikler til professionelle og forældre, også med en mere ikke-videnskabelig formidlingsform. I evalueringen har vi forsøgt at gå balancegang mellem en strikt videnskabelig fremstilling og dokumentation og så en facon, hvor argumentation og diskussion er mindre teoretisk end ved egentlige videnskabelige arbejder. Rammerne for evalueringen tillader ikke at foretage komplicerede statistiske analyser af materialet, men det vil foregå efterfølgende.

1. Samspil og tidlig tilknytning – Thisted-modellen 1989-2000

Baggrund

Sundhedsplejen i Thisted Kommune har gennem de seneste 15 år arbejdet målrettet med den tidlige indsats til udsatte kommende forældre og spædbørnsfamilier.¹ I begyndelsen af 1990'erne var Thisted Kommune en del af projektet "Sundhed og trivsel i familien", som var et tværfagligt samarbejdsprojekt mellem jordemødre og sundhedsplejersker i den nordlige del af Viborg Amt. Baggrunden for projektet var, at såvel jordemødre som sundhedsplejersker kunne registrere et stigende behov for koordinering og fælles ansvar mellem de to faggrupper.

I Thy blev behov for nytænkning især begrundet i observationer i forhold til den moderne familietype. I dette familiemønster er der generelt færre søskende end tidligere, hvilket betød, at den nybagte mor ofte ikke havde nogen synderlig erfaring med børnepasning fra egne søskende. Den nybagte mor/familie var i højere grad end tidligere isoleret og overladt til at klare omvæltningerne i forbindelse med graviditet, fødsel og barselstid på egen hånd. Undersøgelser viste, at fædre arbejdede aller mest, i den tid, hvor de havde små børn (1).

Inden projektets start var der ingen særlig tradition for samarbejde mellem sundhedsplejersker og jordemødre eller kendskab til hinandens arbejdsområder. Sundhedsplejerskerne arbejdede i geografiske distrikter, og jordemødrene arbejdede på kryds og tværs af denne geografi, hvilket besværliggjorde samarbejdet.

Samarbejdsprojektet "Sundhed og trivsel i familien" var begyndelsen til et godt samarbejdsforløb. Ved en evaluering af perioden 1990 – 1994 blev hovedresultaterne følgende ændringer:

- Bofællesskab og distriktssammenfald mellem jordemødre og sundhedsplejersker
- Faste møder med barselsgang og besked via fax fra fødegang umiddelbart efter et barns fødsel. Familierne blev kontaktet meget hurtigere efter udskrivelsen end tidligere.
- Jordemødrene oplyste til sundhedsplejen (med forældrenes tilladelse) om, hvor mange gravide der forventedes at føde i de forskellige lokalområder inden for det næste halve års periode.

¹ Beskrivelsen af projektet baserer sig på følgende materiale:

Pilotprojekt. Forebyggelse af efterfødselsreaktioner i område Nord, Viborg Amt. Lisbeth Villumsen Thisted Kommune, Sundhedsplejen, 1996.

2., 3. og 4. del rapport om forebyggelse af efterfødselsreaktioner i Region Nord, Viborg Amt + bilag. Lisbeth Villumsen Thisted Kommune, Sundhedsplejen, 1998, 1999, 2001.

Særrapport – analyse – statistik vedr. efterfødselsreaktioner i Thisted. Midtvejsrapport. Lisbeth Villumsen Thisted Kommune, Sundhedsplejen 2002.

Styrkelse af nære relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn – et metodeudviklingsprojekt. Projektbeskrivelse. Thisted Kommune, Sundhedsplejen; Danmarks Lærerhøjskole, Institut for Småbørnsforskning; Lyngby-Taarbæk Kommune, Sundhedsplejen i Thisted 2000.

Adult Attachment Interview som redskab til tidlig identifikation af mødre med potentielle kontakt- og relationsproblemer. Projektbeskrivelse. Institut for Småbørnsforskning, Danmarks Lærerhøjskole.

Resumé om projekter i Thisted, samarbejdet med Lyngby-Taarbæk Kommune og DPU, samt opstart af Projekt Familieforberedelse – Thisted Kommune og Viborg Amt. Notat. Thisted Kommune, Sundhedsplejen, 2003.

Tilknytnings teoriernes betydning for at arbejde med tidlig indsats over for sårbare forældre og deres spædbørn. Fagligt notat. Lisbeth Villumsen Thisted Kommune, Sundhedsplejen, 2003.

Samt diverse informationsmateriale, foldere, mm.

(1) Forfatter af rapporterne, projektleder på projekterne. Ledende sundhedsplejerske Lisbeth Villumsen, Thisted Kommune.

- Faste fællesdage til undervisning og planlægning af arbejdet.
- Forældreundervisning/fødselsforberedelse blev udført og planlagt tværfagligt.

Fra 1994 arbejdede vi i Thisted med projektet ”Forebyggelse af efterfødselsreaktioner i område Nord, Viborg Amt”. Sundhedsplejen var via hjemmebesøgene blevet opmærksom på i en del familier, at mødrene reagerede eller berettede om, at de ved en tidligere fødsel havde haft dystre tanker, som de havde holdt skjult, men senere – i forbindelse med anden fødsel – følte, at de havde brug for hjælp. På et møde med sundhedsplejen gjorde Distriktspsykiatrien Team Nord opmærksom på, at i 20% af indlæggelserne på afdelingen kunne den indlagtes vanskeligheder føres tilbage til en tidligere fødselsoplevelse/reaktion måske 5-10-20 år tilbage.

Formålet i denne periode var overordnet at forebygge efterfødselsreaktioner, at opspore reaktionerne så tidligt som muligt og at give relevante behandlingstilbud.

Projektet blev opdelt i 3 hovedelementer:

1. Undervisning/opkvalificering af alle faggrupper, dvs. jordemødre, sundhedsplejersker, sygehusets personale, personalet i socialcentret, personalet i distriktspsykiatri, praktiserende læger og sagsbehandlere.
2. Speciel intens undervisning til jordemødre og sundhedsplejersker i Systemisk teori og metoder (Jordemødre og sundhedsplejersker fik en terapeutisk grunduddannelse (systemisk terapi og supervision).
3. Fast tværfaglig supervision blev tilbudt alle faggrupper. En person (den ledende sundhedsplejerske) blev uddannet yderligere i terapi og supervision (incl. overbygningsuddannelse) til at varetage supervisionen.

Thistedes model for tilbud til borgerne kom derfor til at se sådan ud:

* *Udvidet og styrket familieforberedelse.* Jordemødre og sundhedsplejersker underviser i fællesskab om bl.a. forældreskab, at styrke forældreevnen, om forebyggelse og behandling af efterfødselsreaktioner.

* *Tilbud om screening via EPDS* (Edinburgh Postnatal Depression Scale) – et spørgeskema om kvinders psykiske velbefindende tilbydes alle kvinder.

* *Ekstra hjemmebesøg til kvinder/mænd med efterfødselsreaktion.* I form af besøg til hele familien, og/eller til den, der har reaktionen.

* *Terapi* i form af individuel terapi, gruppeterapi med en terapeut og en sundhedsplejerske.

* *Samtaler* i grupper (uden børn) særlige mødregrupper med to sundhedsplejersker, eller med ledende sundhedsplejerske (terapeut)

Det tværfaglige og tværsektorielle fokus har konkret udmøntet sig i, at alle faggrupper arbejder i/er repræsenteret i geografisk tværfaglige teams. Den fælles distriktsteamfunktion indebærer således fælles adresse, husmøder, planlægning, familieforberedelse, evt. gruppekonsultation, mødregrupper, terapigrupper og supervision.

I forhold til målgruppen er der lagt vægt på at etablere et bredt tilbud til alle kvinder i form af en sammenhængende indsats fra jordemødre, sundhedsplejersker m.fl. Herudover prioriteres en

målrettet og tidlig intervention fra jordemødre og sundhedsplejersker til særligt udsatte og sårbare familier. Dermed er det helt centrale element i Thistedes model for arbejdet med efterfødselsreaktioner en hurtig og effektiv intervention til forældrene.

Evalueringer i perioden efter at den nye praksis var indført viste at antallet af behandlingskrævende efterfødselsreaktioner var faldende og tidligere opsporet. Efter 3½ år med projektets fokus på og ændrede praksis i forhold til efterfødselsreaktioner var det lykkedes at gøre en forskel. Samlet set konkluderedes det at antallet af mødre med problematiske – dvs. svært behandlingskrævende – efterfødselsreaktioner var halveret.

Ligeledes viste evalueringen (1 (note side 4)), at i de familier, der ramtes af efterfødselsreaktioner, var der en overrepræsentation af:

- Familier, der var vænnet til at ”der var styr på tilværelsen”, og spædbarnet væltede verdensbilledet og familiens balance
- familier med kort skolegang
- familier, der var kendt af forvaltningen i forvejen
- familier, der i øvrigt var socialt udsatte.
- Familier hvor kvinden havde et problematisk forhold til sin egen mor.

Jordemødre og sundhedsplejersker (samt andre faggrupper, der havde deltaget i projektet) kunne ved en forholdsvis beskedne (2-4 dages månedlig) uddannelsesaktivitet og fælles tværfaglig supervision lære at afhjælpe efterfødselsreaktioner med en enkel indsats under supervision.

Efter 3½ år i projektet blev Thisted Kommune omorganiseret. Det betød, at alle sagsbehandlere, PPR-personale, også kom til at arbejde geografisk. Repræsentanter fra daginstitutioner og skoler m.m. blev udpeget. De nytilkomne faggrupper blev tilført til de 3 distriktsgrupper i kommunen, som i forvejen var etableret af jordemødre og sundhedsplejersker.

På baggrund af de positive resultater fandt vi det oplagt at overføre de gode erfaringer med det tværfaglige samarbejde i fælles distrikter til alle faggrupper. På den måde kunne erfaringerne med dette samarbejde videreføres i mødet med andre sårbare familier, der havde brug for rådgivning, vejledning og intervention i forbindelse med forældreskabet. Vores erfaringer viste at det kræves, at alle faggrupper ønsker at deltage og får mulighed for fællesskab. At alle har ”aktier” i fællesskabet/modellen.

For at arbejde med nye facetter i udviklingen indgik sundhedsplejen i Thisted Kommune i 1999 i et nærmere samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune. Det ville være frugtbart at arbejde med hvordan erfaringerne og modellen kunne overføres til en helt anden egn af Danmark. En projektbeskrivelse blev udarbejdet og Socialministeriet bevilligede midler til forløbet.

2. Det planlagte forløb.

Det samlede overordnede formål med projektet (fra projektbeskrivelsen 2000).

”Det overordnede formål med projektet er at give de følelsesmæssige nære relationer mellem forældre og børn gode vækstmuligheder. Opmærksomheden retter sig især mod at opspore, afdække og give relevante tilbud til gravide kvinder, der viser tegn på psykiske vanskeligheder under graviditeten og lige efter fødslen. Der gives et bredt tilbud til alle kvinder i form af en sammenhængende indsats fra jordemødre, barselpersonale og sundhedsplejersker. Derudover tilbydes en målrettet intervention til særligt udsatte og truede familier

I Thisted Kommune, hvor tilbuddet allerede eksisterer, er det derudover også formålet at holde fast i tilbuddets mål og kvalitet samt videreudvikle modellen i samarbejde med Lyngby-Taarbæk Kommune og Danmarks Pædagogiske Universitet. Endelig vil der undervejs blive fokuseret på hvordan man kan overføre en kompliceret proces fra en kommune/amt til en anden kommune/amt.

Mål

- at give et sundhedsfremmende målrettet, sammenhængende tilbud til alle familier under graviditeten og lige efter fødslen, som især kommer socialt truede og udsatte familier til gode
- at opspore sårbare familier under graviditeten og give tilbud om støtte
- at opspore familier med efterfødselsreaktioner, der først har vist sig efter fødslen, og give relevante tilbud om støtte
- at overføre Thistedes model for efterfødselsreaktioner til Lyngby-Taarbæk Kommune samt beskrive og evaluere processen med henblik på hvad der fremmer processen og hvilke barrierer, der er
- at der bliver et samspil mellem de to ledere omkring koordinering, ledelse, indsamling af data og resultater samt at udvikle ”opskrifter” til brug for andre som gerne vil overføre et projekt fra et sted til et andet
- at opbygge en model for hvordan mange samarbejdspartnere også tværsektorielt kan vedligeholde deres ekspertise, hvis indsatsen skal være ved på det nødvendige kvalitetsniveau.
- at fagpersonerne ”i front” og tættest på familierne kan udføre enkel, men virksomhedsfuld intervention og tilføres den nyeste viden om teorierne bag begrebet tilknytning
- at generere yderligere viden om forældres tilknytning og relation til deres børn gennem målrettet forskning”

Hvordan gik det så?

I følgende beskrivelse er hovedvægten lagt på udviklingen i Lyngby fordi det var her de store ændringer skulle ske. I afsnittene om hæmmende og fremmende faktorer er udviklingen i Thisted Kommune også beskrevet i kort form. I skema 1. er opstillet hvordan modellen virker i de to kommuner pr. 1.4.2004. Fødslerne i Lyngby-Taarbæk Kommune foregår for 75 %’s vedkommende på Amtssygehuset i Gentofte og derfor er dette fødested valgt som samarbejdspartner for virkeliggørelse af modellen fra Thisted Kommune. I Thisted Kommune foregår næsten alle fødsler på Thisted Sygehus.

Skema 1. Model for samarbejde og udvikling.

Thisted Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune
<p><i>Beslutninger organisatorisk/politisk</i> At jordemoderindsatsen og sundhedsplejen er tæt forbundne også med deltagelse af barselssygeplejen (Amt og kommune). Opstart 1989 evalueret med jævne mellemrum. Fra 1992 udvidet geografisk samarbejde til alle relevante faggrupper (amt og kommune).</p>	<p><i>Beslutninger organisatorisk/politisk</i> At jordemoderindsatsen og sundhedsplejen er tæt forbundne (kommune) (barselssygeplejen omorganiseret på Amtssygehuset i Gentofte pr. 1.4. 2004).</p>
<p><i>Fysiske rammer for modellen</i> Bofællesskab mellem sundhedsplejersker og jordemødre siden 1990. At der er fælles fysiske faciliteter til familieforbereelse, legerum til søskende, mødregrupper, terapigrupper mv.</p>	<p><i>Fysiske rammer for modellen</i> Sundhedsplejerskerne og jordemødrene har ikke bofællesskab i kommunen. Forældreforberedelse (amt) blev nedlagt pr. 1.4.2004.</p>
<p><i>Uddannelsesmæssige rammer for modellen</i> Bevilling fra Viborg Amt og Socialministeriet gjorde det muligt at begynde (1992) og at videreføre modellen (2000). Der er afsat midler til at videreudvikle familieforbereelsen i amt/kommune fra amtets side (2000 – 2004). Der er afsat 2.000 kr. årligt pr. sundhedsplejerske i kommunen, til at vedligeholde sundhedsplejerskernes kompetence. Dette beløb dækker hele sundhedsplejerskernes arbejdsfelt.</p>	<p><i>Uddannelsesmæssige rammer for modellen</i> Socialministeriets bevilling gjorde det muligt at komme i gang med samarbejdet. Der blev tilført midler fra amtets kompetenceudviklingspulje til delvis betaling af jordemødrenes uddannelsestid. Der er ikke afsat midler til at vedligeholde modellen fra amtets side. I kommunen er der afsat 2.000 kr. årligt pr. sundhedsplejerske til efteruddannelse (dækker også resten af sundhedsplejens område).</p>
<p><i>Uddannelse i projektperioden 2000 – 2004</i> Opgradering indenfor tilknytningsteori og systemisk teori og metode. Marte Meo uddannelse (projektmidler/kommune). Faglig udveksling og gensidige besøg.</p>	<p><i>Uddannelse i projektperioden 2000 – 2004</i> Opgradering indenfor tilknytningsteori og grundniveau i systemisk teori og metode. En supervisor uddannet. Faglig udveksling og gensidige besøg. Marte Meo opgradering (kommune).</p>
<p><i>Organisatorisk samarbejde i det daglige</i> Der er nedsat en samarbejdsgruppe, der skal sikre at familieforbereelsen stadig udvikles. Det organisatoriske samarbejde videreføres igennem de tre geografiske teams, hvor alle relevante faggrupper deltager (ikke enkeltsagsbehandling) (amt/kommune). Ledende sundhedsplejerske koordinerer indsatsen.</p>	<p><i>Organisatorisk samarbejde i det daglige</i> Der er nedsat en samarbejdsgruppe med de kommuner, der betjenes af Amtssygehuset i Gentofte. Der er nedsat en styregruppe for projektet med deltagelse af repræsentanter for sundhedsplejen og jordemødre (ledere og medarbejdere). Indtil 1.4.2004 deltog barselssygeplejen også. Den ledende sundhedsplejerske er formand for styregruppen.</p>

<p><i>Teamsamarbejde</i> Jordemødre og sundhedsplejersker samarbejder i teams omkring familier, der venter barn. Sagsbehandlere, psykologer, socialcenter (Amt) deltager i distriktsgrupperne. Almen praksis og distriktpspsykiatrien deltager ved behov.</p> <p>Der tilbydes familieforbereelse til alle og grupperne fortsætter efter fødslen i geografisk opdelte distrikter.</p>	<p><i>Teamsamarbejde</i> Jordemødre og sundhedsplejersker samarbejder i teams omkring familier, der venter barn. Sagsbehandlere, psykologer, almen praksis og distriktpspsykiatrien deltager ved behov.</p> <p>Der tilbydes ikke forældreforberedelse. Mødregrupper etableres af sundhedsplejerskerne efter fødslen i geografisk opdelte distrikter.</p>
<p><i>Indsats for udsatte grupper</i> I sundhedsplejen tilbydes terapeutiske grupper for kvinder med efterfødselsreaktioner. Der tilbydes Marte Meo. Der tilbydes ekstra udvidet sundhedspleje til familier med særlige behov, blandt andet graviditetsbesøg. Der er mulighed for subakut indsats, hvis en familie har særlige behov også ved tværfagligt team.</p> <p>Der arbejdes med screening for efterfødselsreaktion hos alle (EPDS).</p> <p>Der arbejdes med supervision til alle, der deltager i teamsamarbejdet. Supervisionen foretages af uddannede supervisorer. Der tilbydes speciel supervision i vanskelige sager ved ledende sundhedsplejerske, der har en udbygget supervisoruddannelse. Samtlige nye personalemedlemmer får introduktion teoretisk og praktisk. Der arbejdes med fortløbende efteruddannelse.</p>	<p><i>Indsats for udsatte grupper</i> I sundhedsplejen tilbydes grupper for kvinder med efterfødselsreaktioner (forår 2004). Der tilbydes Marte Meo behandling. Der tilbydes ekstra udvidet sundhedspleje til familier med særlige behov, blandt andet graviditetsbesøg. Der er mulighed for subakut indsats, hvis en familie har særlige behov også ved tværfagligt team.</p> <p>Der arbejdes ikke med screening for efterfødselsreaktion hos alle.</p> <p>Der arbejdes med supervision til alle, der deltager i teamsamarbejdet. Supervisionen foretages af uddannede supervisorer. Samtlige nye personalemedlemmer får introduktion teoretisk og praktisk. Der arbejdes med fortløbende efteruddannelse.</p>
<p><i>Integration af teoretisk viden, der kan styrke de nære relationer mellem forældre og børn.</i> Den person som blev ansat til at gennemføre denne del af projektet måtte af personlige grunde fratræde. Den forskningsmæssige del af projektet fortsatte, men integrering af teoretisk viden indskrænkede sig til to undervisningsdage. Den teoretiske uddannelse indenfor dette felt blev derfor planlagt og udført på anden måde.</p>	<p><i>Integration af teoretisk viden, der kan styrke de nære relationer mellem forældre og børn.</i> Den person som blev ansat til at gennemføre denne del af projektet måtte af personlige grunde fratræde. Den forskningsmæssige del af projektet fortsatte, men integrering af teoretisk viden indskrænkede sig til to undervisningsdage. Den teoretiske uddannelse indenfor dette felt blev derfor planlagt og udført på anden måde.</p>

Der er fordele forbundet med at overføre et velafprøvet projekt fra en kommune til en anden. Selve implementeringen af specielt undervisningsmodellen gik hurtigere i Lyngby-Taarbæk end den gjorde i

Thisted, idet man kunne springe visse tidskrævende mellemregninger over, som det oprindelige projekt havde foretaget. Samtidig viser erfaringerne, at det er uhyre vigtigt, at der gøres et stort arbejde for at oversætte og tilpasse modellen, så den passer til den ramme den skal implementeres i. De samlede erfaringer og anbefalinger fra forløbet med at overføre Thisted-modellen i Lyngby-Taarbæk resumeres i rapporten (se side 35). I det følgende beskrives de fremmende og de hæmmende faktorer, som processen har været kendetegnet af.

De fremmende faktorer (Lyngby)

Det blev taget positivt imod ønsket om at ændre på sundhedsplejens tilbud både fra det politiske udvalg og fra den administrative ledelse i Lyngby-Taarbæk Kommune. Helt grundlæggende har personalets entusiasme og lyst til at kunne hjælpe de sårbare familier bedre, været den væsentligste drivkraft for projektet. Uden denne gejst kan et så omfattende projekt ikke lykkes. Socialministeriets bevilling til projektet har været en forudsætning. Samarbejdet med personalet i Thisted har vist personalet i Lyngby-Taarbæk at ”det kan lade sig gøre”.

Den fælles ledelsesmæssige opbakning i såvel jordemoderdelen som sundhedsplejerskedelen har været af afgørende betydning for projektets realisering. En bevilling fra Kompetenceudviklingspuljen i Københavns Amt gjorde det muligt delvist at frikøbe jordemødre og sygeplejersker i undervisningstiden (fra Amtssygehuset i Gentofte). Det var en forudsætning for projektets overlevelse i den tidlige start. Samtidig har det tætte ledelsesmæssige samarbejde omkring undervisning og supervision givet anledning til yderligere inspiration og faglig nytænkning.

En stor del af baggrunden for den nye praksis, som skulle overføres fra Thisted, bestod i at opkvalificere personalet på lige fod med, hvad der tidligere var sket i Thisted. Der er i alt givet 24 dages undervisning i blandt andet systemisk teori og metode samt supervision, og endvidere i teorier om graviditetens og fødselens psykologi, tilknytning, efterfødselsreaktioner, tidlig indsats, teamsamarbejde og tværfaglighed. Undervisningen og supervisionen har betydet et gevaldigt fagligt løft for de deltagende jordemødre, personale på barselsafdelingen og sundhedsplejersker. Undervisningen er forestået af den ledende sundhedsplejerske i Thisted samt en anden systemisk uddannet terapeut.

I Lyngby har alle en grunduddannelse i supervision og systemisk metode. Derudover er en sundhedsplejerske (betalt af Socialministeriet) under en terapeutuddannelse, der også indeholder supervision, og hun kan yde speciel supervision i særligt vanskelige tilfælde. Det betyder at flere opgaver kan løses i sundhedsplejen nu, sammenholdt med hvordan det var før samarbejdsprojektet begyndte.

Arbejdet i styregruppen i Lyngby-Taarbæk, hvor samtlige interessenter har deltaget, har været af afgørende betydning for realiseringen af så mange elementer fra modellen som muligt. Det var her beslutningerne blev truffet om, hvordan projektet så skulle justeres, når den bedste løsning ikke var realisabel.

De hæmmende faktorer (Lyngby).

Ét er at sige ja til at to entusiastiske ledere i hver sin kommune arbejder sammen om et tværfagligt projekt. Noget andet er at få ført planerne ud i virkeligheden. Sundhedsplejen havde på det tidspunkt,

hvor projektet tog sin begyndelse, ikke fysiske faciliteter til borgerrettede tilbud. Der var ikke lokaliteter, hvor jordemødre og sundhedsplejersker kunne udføre jordemoderkonsultationer og fødsels- og forældreforberedelse. Der blev udarbejdet forskellige forslag til beslutning for det politiske udvalg. Men det lykkedes ikke at komme igennem med en model, hvor der var plads til jordemødrenes konsultationer i kommunalt regi. Der blev plads til fælles forældreforberedelse for mindre grupper (maximalt 20 deltagere) i sundhedsplejens nye "Sundhedscafe". Det viste sig vanskeligt at få fulgt op på beslutningerne og prioritere midler til at modellen kunne udføres i fuldt omfang.

Der måtte findes alternativer, når der ikke kunne blive fælles lokalefaciliteter, når der blev skåret ned på jordemoderpersonalet, så det var svært at finde tid til supervision. Det har dog ikke været muligt at afbøde betydningen af nedskæringer i amtet, som har ramt sygeplejersker og jordemødre. At der ikke længere er fødsels- og forældreforberedelse og at barselsafdelingen er omorganiseret, det er et faktum og en betydelig svækkelse for videreførelse af projektets resultater. I hele projektforløbet har jordemødre og sundhedsplejersker måttet nedjustere deres forventninger i forhold til det planlagte. Det har været en hæmmende faktor igennem hele forløbet.

Ved at uddanne en sundhedsplejerske til at varetage supervision (Lyngby) i de tre grupper, og til at uddanne nyansatte sundhedsplejersker og jordemødre, er der forsøgt at tage højde for, at udskiftning i personalegrupperne kræver fortløbende uddannelse og supervision. Uddannelsen er betalt af puljemidler søgt til projektet. Det er sårbart, arbejdskrævende og til tider ensomt for den særligt uddannede sundhedsplejerske, at der ikke er blevet uddannet to personer til funktionen.

Sundhedsplejerskernes tid til de nye arbejdsopgaver i forbindelse med projektet er fundet blandt andet ved omprioritering af sundhedsplejens tilbud. For eksempel ved en beskæring af serviceniveauet for ressourcestærke familier. Men med et niveau langt under Sundhedsstyrelsens anbefalinger svækkes muligheden for at yde sundhedsfremmende tilbud til alle. Derudover betyder sundhedsplejerskernes nye kvalifikationer, at flere vanskelige sager kan løses af sundhedsplejerskerne selv. Det tager tid, som skal tages fra andet arbejde. Det er, på trods af omprioriteringerne, blevet tiltagende vanskeligt at finde tiden til den øgede indsats under graviditeten og lige efter fødslen. Nytilkomne arbejdsopgaver presser sig på. Blandt andet arbejde med flygtningefamilier, som er tilflyttet kommunen i de senere år, samt forøgede arbejdsopgaver på grund af tidlige udskrivelser fra barselsafdelingerne (en konsekvens af de amtslige besparelser på fødselsområdet).

De fremmende faktorer (Thisted).

Politisk og ledelsesmæssigt har der været stor opbakning både fra Amtet og fra Thisted Kommune. Erfaringerne har vist, at de fagpersoner og faggrupper, der fra starten har "aktier" i butikken, har været deltagende, fået undervisning, har samarbejdet møjsommeligt og med stor iver fortsætter arbejdet.

I Thisted har alle fra starten en grunduddannelse i supervision og systemisk metode. Derudover har den ledende sundhedsplejerske uddannelse i supervision og terapi, og hun kan yde speciel supervision i særligt vanskelige tilfælde. Det betyder at flere opgaver kan løses i sundhedsplejen sammenlignet med tidligere (før 1996). I samarbejde mellem Thisted og Lyngby-Taarbæk er nyt personale blevet uddannet og der er i begge kommuner arbejdet med fortløbende uddannelse for fremtiden af nyansat personale.

Det har været inspirerende og lærerigt i samarbejdsforløbet at få dybere indblik i arbejdet og forholdene i Lyngby.

De hæmmende faktorer (Thisted).

Det har været en meget tidskrævende proces, som har betydet reduktion i andre arbejdsopgaver. Arbejdspresset er stort, da mere uddannelse betyder, at langt flere opgaver løses af sundhedsplejen, frem for at blive viderehenvist. Nye arbejdsopgaver også i flygtningegruppen, store årgange i skolesundhedsplejen, samt sygehusets nye omorganisering betyder et yderligere pres på sundhedsplejens arbejde. Omprioritering på nogle væsentlige områder betyder at sundhedsplejens serviceniveau, for eksempel på skoleområdet, er langt under det niveau, Sundhedsstyrelsens vejledende retningslinjer anbefaler.

En anden vanskelighed har været, når andre faggrupper er blevet ”omorganiseret” til at deltage, at de skulle se en mening i at deltage i en samarbejdsform, de ikke selv havde været med til at udvikle. Det har endvidere været vanskeligt at prioritere ressourcer til at uddanne nyttilkommet personale.

Fælles aktiviteter.

Jordemødre og sundhedsplejersker har været på studiebesøg i henholdsvis Thisted og Lyngby (der har været to besøg fra Thisted til Lyngby og et besøg fra Lyngby til Thisted). Her er blevet givet fælles undervisning og supervision, og alle involverede har set med egne øjne, hvordan ”de andre” arbejder. Ledergrupperne (jordemødre, sygeplejersker og sundhedsplejersker) har haft et fælles lederseminar, hvor strategier og ledelse har været på programmet.

Fælles for begge kommuner har også været, at den teoretiske del af projektet desværre blev ramt af udefra kommende vanskeligheder. Sygdom hos forskerne har betydet at resultaterne fra den empiriske del af projektet ikke umiddelbart blev tilført praktikerne i de to kommuner. Men det er, på trods af vanskeligheder, lykkedes at færdiggøre den empiriske del af projektet, og også drage nytte af det samlede undersøgelsesmateriale (spørgeskemaundersøgelse, interviewundersøgelse (personale fra DPU) og sundhedsplejerskedata). Men undervisningen af det deltagende personale har desværre måttet indskrænke sig til 2 dage. Der er i stedet organiseret anden undervisning, der kunne styrke personalets viden om relationer mellem sårbare forældre og deres spædbørn. Det har betydet at integrationen mellem teori (forskningssdelen på DPU) og praksis har været mindre omfattende, end den var tænkt i projektbeskrivelsen

Hvad med fremtiden? (Lyngby)

Besparelser på det amtslige område har betydet at fødsels- og forældreforberedelse ikke længere eksisterer (fra 1.4.2004). Fælles supervision af jordemødre og sundhedsplejersker foregår efter 1.4.2004. en time om måneden. Baggrunden er også her nedskæring på fødselsområdet fra amtets side. Dette timetal til supervision skønnes på længere sigt at være under minimum, hvis modellen skal vedligeholdes og forældrene med efterfødselsreaktioner få de planlagte tilbud.

På det kommunale område var det ikke muligt at prioritere midler til fysiske faciliteter, hvor der var plads til både jordemødre og sundhedsplejersker. Dette svækker også afgørende modellens gennemslagskraft.

Hvad med fremtiden? (Thisted)

Modellen er solidt forankret både i hele kommune/amt samarbejdet og i den enkelte faggruppe. Personalet er uddannet og har egen kompetence til at varetage sundhedsfremme, forebyggelse og behandling overfor målgruppen. Sundhedsplejerskerne har i kraft af den tilførte uddannelse kunnet påtage sig flere og flere opgaver med intervention samt terapiforløb i familier. Fordelen er at familien får hjælpen med det samme og at henvisninger til andre faggrupper undgås. Men det er væsentligt, at finde et niveau for arbejdet, hvor arbejdsbyrden modsvares af personalets kompetencer, opgaver og ansvarsfordeling i det tværfaglige samarbejde. Sundhedsplejen har i projektperioden udført udvidet familieforbereelse og i sidste del af projektperioden tilbudt graviditetsbesøg til alle gravide, som venter det første barn samt til familier med særlige behov.

Konklusion.

Lyngby-Taarbæk er det lykkedes at realisere overførsel af dele af en samarbejdsmodel mellem sundhedsplejersker og jordemødre. Modellen hviler på et fælles teoretisk grundlag og en administrativ og faglig praksis, der gør, at jordemødre og sundhedsplejersker arbejder i teams i geografisk opdelt distrikter. Den faglige opkvalificering, som jordemødre og sundhedsplejersker har tilegnet sig, vil for fremtiden have betydning. Der vil være størst udnyttelse af gevinsten fra det her beskrevne projekt, hvis det er muligt, "at holde gryden i kog". Modellen i Lyngby er, i de år projektet har fungeret (2002 – 2004), blevet stærkt beskåret i sammenligning med det planlagte. Det er tvivlsomt om det kan lykkes at videreføre modellen med tilstrækkelig gennemslagskraft under de nuværende betingelser. I Thisted Kommune er praksis indarbejdet og rutine såvel på det faglige som det organisatoriske plan. Med den konsolidering og opfølgning, som projektet gennem mange år har haft tradition for, er der gode muligheder for, at med den rette omhu og udviklingsparathed vil forældre i Thisted Kommune langt ud i fremtiden nyde godt af måden, som tilbuddene er lagt til rette på. Forudsætningen er, at der til stadighed udvikles og evalueres, og at de opgaver, der skal udføres, modsvares af de ressourcer, der er til rådighed.

3. Evaluering og udvikling af ny teori.

En del af tankegangen bag strategien var at teori (forskning på Danmarks Pædagogiske Universitet i relationer mellem forældre og børn) og praksisfeltet skulle have gensidigt gavn af det fælles projekt. Derfor kom evalueringen til at bestå af følgende dele.

- A. Brugerundersøgelse (spørgeskemaundersøgelse) hos to årgange af familier i begge kommuner (børn født i perioden 1.6. 2001 – 31.5. 2003).**
- B. Personale fra DPU foretager AAI (interviewundersøgelse se side 31) hos gravide kvinder, der venter deres første barn. (Dataindsamling foregået fra foråret 2001 og indtil der var inkluderet gravide kvinder nok).**

C. Data fra sundhedsplejerskejournalen om samtlige kvinder, der gav tilladelse (nævnt under punkt A).

Tabel 1. Inkluderede familier i perioden 1.6.2001 – 31.5.2003.

Type af data	Thisted	Lyngby	I alt
A. Spørgeskemaer			
Udsendt	649	1.014	1.663
Retur ubekendt e. adr., barn ej født i kommunen	6	20	26
Adoptivbørn	7	11	18
Ønskede ikke at svare	2	1	3
Barn anbragt udenfor hjemmet	0	2	2
Kan ikke svare på dansk spørgeskema	30	78	108
I alt medtaget i undersøgelsesgruppen	604	902	1.506
Ubesvarede	204	325	529
Besvarede	400	577	977
Svar %	66	64	
B. Interviews			
Interviewede	31	60	91
Boede ikke i kommunen	4	6	10
Flyttede	1	14	15
Deltog i spørgeskemaundersøgelsen	26	40	66
Returnerede spørgeskema	22	30	52
Returnerede ikke spk.	4	10	14
Svar %	85	75	79
Ønsker ikke sammenligning	3	0	
C. Sundhedsplejerskejournaldata			
Udleverede skemaer	604	902	1.506
Familien tillader ej shpl. data videreformidlet	26	28	54
Uoplyst	1	19	20
I alt	577	855	1.432

Hvad mener forældrene? - spørgeskemaundersøgelsen (A)?

Der er udarbejdet et spørgeskema til familierne, hvor der anvendes spørgsmål fra undersøgelser foretaget indenfor tilsvarende emnekreds (DIKE 1985, Guldager 1992, Brøndsted 1994, Christoffersen 1997). Spørgeskemaet tager temaer op, som er relevante for forældrene i perioden fra moderen er gravid og indtil barnet er omkring 1 – 1½ år.

1. Forberedelsen til at blive forældre (for eksempel konsultationerne hos jordemoderen, eventuelle besøg fra sundhedsplejersken under graviditeten samt deltagelse i Fødsels- og forældreforberedelse, det hedder familieforbereelse i Thisted)
2. Hvordan de oplevede fødslen og barselsperioden? samt
3. Hvordan deres første ¾ - 1 år sammen med barnet gik.

Det er målet med evalueringen at give svar på, om der kan spores virkninger af projektets hovedmål og indsats i forældrenes vurderinger af, hvordan det er gået. Samtidig giver evalueringen mulighed for at sammenholde virkningen af to forskellige kommuners praksis.

Evalueringen koncentrerer sig om at forsøge at svare på følgende spørgsmål:

- Er der givet målrettede, sundhedsfremmende tilbud under graviditeten?
- Er sårbare familier opsporet under graviditeten, og har de fået støtte?
- Er familier hvor kvinden og/ eller manden har en efterfødselsreaktion blevet fundet, og har de fået støtte?

Materialet er for relevante analyser delt op i tre tidsperioder. Første periode inden interventionen var begyndt i Lyngby, men de administrative ændringer (opdeling af geografiske områder) var i gang (Juni 2001 – januar 2002). Anden periode mens personalet (Lyngby) fik hovedparten af uddannelsen og den nye praksis gradvist gik i gang (februar – oktober 2002). Perioden da den nye praksis var indført og der stadig blev givet lidt undervisning (november 2002 – maj 2003). Materialet er for Thistedes vedkommende opdelt på tilsvarende vis. Her har tilbuddene fungeret i hele perioden.

I Tabel 1. fremgår det, hvor mange spørgeskemaer, der blev sendt ud. 977 svar indgår i analyserne. 400 fra Thisted og 577 fra Lyngby-Taarbæk. En nærmere metodebeskrivelse ses i bilag 1.

Er der givet målrettede, sundhedsfremmende tilbud?

Alle kvinder tilbydes undersøgelser hos praktiserende læger og konsultationer hos jordemoderen. Da den målrettede indsats foregår med jordemødre og sundhedsplejersker som nøglepersoner er spørgsmålene koncentreret om disse to faggrupper.

Om konsultationerne hos jordemoderen

Helt generelt var der mest overensstemmelse mellem familiernes behov og konsultationerne hos jordemødrene i Thisted. Forældrene husker, at de i gennemsnit har fået 5 konsultationer eller færre for 38% (i Thisted) og 48% (i Lyngby) (Tabel 2 bilag 2). 92 % af familierne i Thisted og 90% i Lyngby

synes at konsultationerne var af en passende varighed (Tabel 3 bilag 2). Lidt mere end tre familier ud af fire i Thisted følte større sikkerhed efter konsultationerne, det var en smule mindre i Lyngby. 1% i Thisted 2% i Lyngby følte mere usikkerhed efter konsultationerne (Tabel 4 bilag 2). 92% i Thisted og 89% i Lyngby synes at konsultationerne passede godt med behovet. 10% i Lyngby og 7% i Thisted synes, at de var for sjældne. Yderst få synes, at der var jordemoderkonsultationer for tit (Tabel 5 bilag 2).

Kontakten mellem den professionelle og familien har betydning for, om konsultationerne giver grobund for, at der bliver etableret en god kontakt mellem parterne. Ved en god kontakt stiger sandsynligheden for at der kan tales også om mere personlige vanskelige forhold, som har betydning for, om problemer opdages og afhjælpes. I Thisted kunne 2 ud af 3 familier godt lide deres jordemoder. Det var 58 % i Lyngby. Flere (næsten hver 4. familie) havde forskellige jordemødre i Lyngby. Det var 14 % i Thisted (Tabel 6 bilag 2).

Forældreskabet og forberedelsen til en familieførelse er i nutidens samfund begivenheder som både kvinde og mand tager del i. For familierne i Thisted synes 89 % at begge forældre indgik naturligt i konsultationerne hos jordemoderen, det var 88 % i Lyngby (Tabel 7 Bilag 2). Yderst få familier synes at enten kvinden eller manden havde for fremtrædende plads eller blev overset. Én af jordemoderens funktioner under konsultationerne er at råde og vejlede forældrene, om hvordan de bedst bevarer og fremmer sundheden, mens kvinden er gravid, samt hvad der er godt at gøre med hensyn til den kommende fødsel. Derfor er der spurgt til kommunikationen med jordemoderen og om forældrene fulgte jordemoderens råd. Af Tabel 8 i bilag 2 fremgår det, at mere end 9 ud af 10 syntes at jordemødrene under konsultationerne både var gode til at lytte, give råd, og råd, som forældrene fulgte. Dog svarede 15 % i Thisted og 20 % i Lyngby nej til at jordemoderen gav sig nok tid til konsultationen.

Om familieforberedelse/fødselsforberedelse/forældreforberedelse.

Der anvendes ikke ensartede begreber for de forberedende kurser, som forældrene kan deltage i under graviditeten. I Lyngby kaldes kurserne fødselsforberedelse (det var under projektforsløbet korte kurser, som traditionelt havde forberedelse til fødslen som fokus). I Thisted er der tale om længerevarende kurser med et indhold, hvor formålet er at styrke hele familiens trivsel både under graviditeten og i den første tid efter fødslen samt målrettet oplyse om efterfødselsreaktioner. I Lyngby er der korterevarende kurser med et indhold, hvor der er lagt større vægt i en mere faktapræget retning. Undervejs i processen har sundhedsplejersker og jordemødre i Lyngby arbejdet med at ændre indholdet i retning af, hvad erfaringerne fra Thisted og Retningslinjerne for Svangreomsorg (Sundhedsstyrelsen 1998) anbefaler. Det var dog en kort periode tidsmæssigt set, disse ændringer stod på. Ved en omprioritering i foråret 2004 blev det besluttet at ophøre med forældreforberedelsen.

I Tabel 9 er der samlet forældrenes deltagelse i og erfaringer med familieforberedelse/fødselsforberedelse/forældreforberedelse i de to kommuner. Som det ses af tabellen er der mulighed for, i Lyngby, at forældrene kan deltage både i den forberedelse, der tilbydes på Amtssygehuset i Gentofte, og forberedelse der tilbydes gennem foreninger, oplysningsforbund mv., hvor forældrene betaler for deltagelsen

Tabel 9. Deltagelse i forberedelsen. Procent (N= antal deltagere).

	Thisted		Lyngby		I alt		N= ()
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	
Valgte forældreforberedelse fra (*6 mener ej at få tilbud=1,5%,**3=0,6)	55	43*	47	53**	52	48	(397) (518) 3 59
Deltog på fødestedets forberedelse Ikke svar	43	57	55	45	49	51	(394) (474) 6 103
Deltog i privat regi Ikke svar	Eksisterer ej		7	93	-	-	- (443) 134
Deltog i anden form for forberedelse (fødselsforberedelse i vand, yoga mv.) Ikke svar	1	99	14	86	-	14	(394) (444) 6 133
Sundhedsplejersken deltog i forberedelsen *Udelukkende forældre som deltog	71	29	13	87	36	64	(168)*(259)*

Knap 50 % af familierne deltog på fødestedets forældreforberedelse. Flest forældre i Lyngby (godt halvdelen) sammenholdt med Thisted 43 % deltager i fødestedets forældreforberedelse. Derudover deltager 14 % af familierne i Lyngby i andre former for forældreforberedelse. Den type tilbud findes ikke i Thisted. Nogle familier, som går til andre former for forældreforberedelse (det kan ikke afklares hvor mange), følger både fødestedets kursus og en anden form for forberedelse.

Hvorfor deltager familierne ikke? Hovedforklaringen på at flere familier deltager i Lyngby er uden tvivl, at flere kvinder her er førstegangsfødende. Både i Thisted og i Lyngby følger flere familier, der skal have det første barn, i forældreforberedelsen, sammenholdt med flergangsfødende (i Thisted er det 89 % af de førstegangsfødende, og i Lyngby er det 83 % af de førstegangsfødende, der følger fødestedets forberedelse). Lidt mere end hver 3. familie, der skal have 2. barn følger fødestedets kursustilbud og for familier med 3. og 4. barn er det hver 5. familie, der følger forberedelsen. Tilslutningen blandt førstegangsfødende er større blandt familierne i Thisted. For flergangsfødende er deltagelsen lidt mindre i Thisted Kommune sammenholdt med Lyngby-Taarbæk. I Thisted deltager sundhedsplejerskerne efter forældrenes opfattelse i familieforberedelsen for 74 %'s vedkommende. I Lyngby er tallet 13 %. Det dækker dog over at sundhedsplejerskerne deltager med stigende aktivitet i anden og tredje periode mens undersøgelsen er foregået. Forældrene, der har deltaget i disse perioder, husker for 19 %'s vedkommende, at sundhedsplejersken deltog (ikke vist i tabel).

Tabel 10. Hvordan blev temaet efterfødselsreaktioner behandlet under familieforbereðelsen? Procent (N= antal deltagere).

	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Ja, det blev behandlet godt	31 (119)	16 (82)	22	(201)
Det blev ikke omtalt	4 (14)	26 (137)	17	(151)
Det ville vi gerne have haft mere at vide om	7 (28)	7 (36)	7	(54)
Der blev lagt for meget vægt på det	0,3 (1)	0,8 (4)	0,5	(5)
Vi deltog ikke i forældreforberedelsen	58 (221)	51 (268)	53	(489)
I alt	100 (383)	100 (527)	100	(910)
Ikke svar på spørgsmålet	17	50		67

Ved viderebearbejdning af tallene i ovennævnte tabel (så kun deltagere, der har været med til undervisningen indgår) viser det sig, at i Thisted syntes 73 % af deltagerne at efterfødselsreaktioner blev behandlet godt på kurserne. Det var 32 % i Lyngby, der synes at temaet efterfødselsreaktioner blev behandlet godt til forberedelsen, heraf flere tilkendegivelser i tidsperiode to og tre. 55 % af deltagerne i Lyngby svarer tilbage, at det ikke blev omtalt (resten (op til de 100%) nævnte andre forhold).

Forældreforberedelse og efterfødselsreaktioner.

Af de familier fra Thisted, der både har svaret på spørgsmålene om deltagelse i forældreforberedelse og om de efterfølgende har haft en efterfødselsreaktion fremgår det, at 14 familier ikke husker at efterfødselsreaktioner blev omtalt på kurserne, 119 (31 %) af familierne i Thisted synes emnet blev behandlet godt. Af de 119 familier fik 43 af kvinderne efterfølgende en reaktion efter fødslen (lidt mere end hver 3. kvinde). I Lyngby svarer 136 (26 %) at emnet efterfødselsreaktioner ikke er omtalt, 80 (15%) af deltagerne synes at emnet blev behandlet godt. Efterfølgende får 30 % af kvinderne i de familier, som ikke husker at have hørt om efterfødselsreaktioner på forældreforberedelsen, en efterfødselsreaktion. Da der er flere kvinder med det første barn, der får en efterfødselsreaktion og også flere familier, der går til forældreforberedelse ved det første barn, er gennemsnittet af kvinder, der får efterfødselsreaktion, højere hos deltagere i forældreforberedelse sammenlignet med kvinder der kommer fra familier, som ikke deltager.

**Tabel 11. Har familien haft besøg af sundhedsplejersken under graviditeten?
Procent (N= antal).**

	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Ja, vi havde besøg af sundhedsplejersken	6 (25)	10 (55)	8	(80)
Nej, vi ønskede det ikke	11 (44)	23 (128)	18	(172)
Nej, vi fik det ikke tilbudt	82 (320)	67 (382)	73	(701)
Nåede det ikke på grund af tidlig fødsel	1 (3)	0,4 (2)	1	(3)
I alt	100 (392)	100 (566)	100	958
Ikke svar på spørgsmålet	8	11		19

Graviditetsbesøg er i begge kommuner målrettet familier med særlige behov. Familierne kan selv bede om et besøg, hvis de synes, de har behov for det og jordemødre, forvaltning og praktiserende læger kan ligeledes motivere familier til at få besøg og henvise til sundhedsplejersken. Af de 25 familier i Thisted, som havde besøg af sundhedsplejersken under graviditeten, svarer 15, at de efterfølgende har haft en efterfødselsreaktion. I Lyngby svarer 24 af de 55, der har fået graviditetsbesøg, at kvinden har haft en efterfødselsreaktion. Et af projektets formål var at give tidlig indsats til forældre med vanskeligheder. Graviditetsbesøgene tyder på, at den opsøgende virksomhed har ramt målgruppen. Omvendt har 81 % af familierne i Thisted og 67 % af familierne i Lyngby ikke fået tilbudt graviditetsbesøg. Blandt disse fik 30 % af kvinderne i Thisted efterfølgende en efterfødselsreaktion, det var 22 % blandt kvinderne i Lyngby. En nærmere analyse af familier, der har fået graviditetsbesøg, viser en overrepræsentation af familier, hvor kvinden er hjemmegående (Thisted), arbejdsløs eller i aktivering samt kvinder, der har været anbragt udenfor hjemmet i barndommen. Dette gælder for begge kommuner blandt de familier, der har fået graviditetsbesøg.

Hvad skriver familierne i den åbne rubrik om forældreforberedelsen?

I hver fjerde besvarelse (i alt 244 fra begge kommuner) indgår der en skriftlig uddybning af svaret. Og i begge kommuner er indholdet i en del svar, at de ikke var førstegangsfødende og derfor har fravalgt forberedelsen. Nogle foreslår korte kurser for forældre med børn i forvejen. I begge kommuner har nogle familier også kommenteret, at tidspunktet for forberedelsen er placeret uhensigtsmæssigt i forhold til deres arbejde. Generelt er tilbagemeldingerne også at foredragsagtige arrangementer uden god mulighed for dialog opleves uhensigtsmæssigt. ”Det kan man lige så godt læse i en bog,” som en mor udtrykker det. Konkrete, velforberedte oplæg, hvor der både gives ny viden og samtidig er plads til dialog og refleksion, meldes der positivt tilbage om i Thisted.

Et fælles tema for familierne i Lyngby er, at der ikke opleves nogen kontinuitet og helhed i forberedelsen. En del forældre har skrevet at de har haft skiftende jordemødre og ønsker den samme jordemoder. ”Man kan ikke mærke, at der er sammenhæng i forløbet under graviditeten” er en typisk bemærkning i den åbne rubrik. Der er også forskellige opfattelser af, hvad der er væsentligt. Nogle forældre i begge kommuner vil høre mere om konkrete emner. Smertelindring, pressteknik, komplikationer mv. Andre synes, at vægten skal lægges på, hvordan det er at blive familie. Det er store omvæltninger, som det kan være godt at forberede sig på, før man står midt i det, mener disse forældre. Der er også forskellige opfattelser af, hvor stor en rolle amningen bør have. Nogle mener, det ville være væsentligt at have amning mere på programmet, andre synes at amning har en alt for stor plads i forberedelsen. Af kommentarerne fremgår det, at der på familieforbereelse i Thisted lægges vægt på familiens trivsel. I Lyngby er forberedelsen kortere og faktapræget. I Thisted nævner en del forældre, at de er godt tilfredse med, at temaet familiens psykiske trivsel indgår som en vægtig del af forberedelsen. I Lyngby bemærker nogle forældre, at emnet efterfødselsreaktioner ikke blev nævnt overhovedet. Få fædre i begge kommuner peger på, at de synes at efterfødselsreaktioner hos mænd burde være et tema. En del forældre, i begge kommuner, mener det vil være hensigtsmæssigt, hvis sundhedsplejersken kom på et besøg i hjemmet inden fødslen.

Konklusion

Er der givet målrettede, sundhedsfremmende tilbud under graviditeten?

De målrettede sundhedsfremmende tilbud består af konsultationer hos jordemødrene og familieforbereelse. Der er udarbejdet en fælles strategi for de sundhedsfremmende tilbud som familierne modtager i begge kommuner. Der gives et fyldigere tilbud i Thisted sammenlignet med Lyngby i såvel jordemoderkonsultationer som familieforbereelse. Dette kan også spores i de resultater, som fremkommer i evalueringen (spørgeskemaundersøgelsen). Flere familier, der venter første barn i Thisted kommune følger familieforbereelse og har fået undervisning om efterfødselsreaktioner i forbindelse med forberedelsen. Færre familier, der venter første barn har gået til forældreforberedelse på fødestedet og få familier har hørt om efterfødselsreaktioner i Lyngby. Tilbagemeldinger om at efterfødselsreaktioner omtales i fødselsforberedelsen i Lyngby er koncentreret om periode 2 og 3 (mens personalet blev opkvalificeret (2) og efter den nye model var sat i værk (3)). Det viser, at det kan lykkes at ændre praksis. For begge kommuner gælder, at familieforbereelse ikke kan stå alene som sundhedsfremmende tilbud, da kun omkring halvdelen af forældrene deltager. Forældrene viser ansatser til forklaringer på dette i de åbne spørgsmål. At kurserne ikke er placeret godt i forhold til arbejdstiden, samt at fædrenes rolle gerne (ifølge nogle fædres opfattelse) måtte inddrages mere aktivt, samt at forældre, der har flere børn efterlyser kurser målrettet dem. Endvidere tyder svarene i de åbne spørgsmål på, at der er behov for at forældrene har større viden om kursernes hensigt og indhold. Det sundhedsfremmende område i jordemødrenes konsultationer er ikke undersøgt.

Er sårbare familier opsporet under graviditeten, og har de fået støtte?

I de familier, hvor kvinden efterfølgende får en efterfødselsreaktion, har sundhedsplejerskerne hos 12% i Lyngby og 10 % i Thisted været på besøg hos familien under graviditeten. Det må tolkes som tegn på utilstrækkelig opsøgende indsats, at så stor en gruppe, der efterfølgende har haft vanskeligheder, ikke har haft graviditetsbesøg. Et forsøg på at målrette graviditetsbesøgene til de særligt udsatte grupper kan spores i den overrepræsentation af familier, hvor moderen har tegn på at være socialt udsat. Men tallene på dette område er få og små (ikke vist i tabel).

Fødslen og den første tid efter fødslen på fødestedet.

I Thisted har 92 % af familierne født på Thisted sygehus. I Lyngby har 76 % af familierne født på Amtssygehuset i Gentofte (hvor den målrettede indsats foregår) (Tabel 12 bilag 2). Det betyder at knapt hver 4. besvarelse i Lyngby dækker over en indsats givet ved et andet fødested end der, hvor projektet er målrettet. Af samtlige fødsler var 56 % i Thisted og 48 % i Lyngby uden komplikationer af nogen art. 19 % af fødslerne i Thisted og 20 % af fødslerne i Lyngby skete ved et kejsersnit (Tabel 13 bilag 2). Seks familier har valgt at føde hjemme og 16 familier fødte ambulantly. Hver 3. familie var indlagt på en fødeklinik (på sygehuset) og 2 ud af 3 havde deres barselsdage på en barselsafdeling på sygehuset. Andelen af forløb på fødeklinik var 14 % i Thisted og 43 % i Lyngby (Tabel 14 bilag 2). Næsten hver anden familie blev udskrevet efter 1 – 2 overnatninger i Thisted. Hver 3. familie i Lyngby var hjemme efter 1 – 2 overnatninger. Godt 17 % af familierne i Thisted udskrives efter 3 – 4 overnatninger, i Lyngby udskrives 43 % efter 3 – 4 overnatninger. Hver tredje familie i Thisted og hver fjerde familie i Lyngby udskrives efter 5 overnatninger eller mere (Tabel 15 bilag 2). Lidt flere familier i Lyngby synes at indlæggelsestiden var for lang sammenholdt med Thisted. Det generelle billede er dog klart, 90 % af alle synes indlæggelsestiden er passende. (Tabel 16 bilag 2). 7 % af børnene blev født for tidligt (3 uger før terminsdatoen). Der er ikke forskel på børnene i de to kommuner på det punkt (Tabel 17 bilag 2). I Thisted har 13 % af børnene været indlagt på børneafdelingen; 8 % af børnene i Lyngby har været indlagt (ej vist i tabel).

Familierne i Thisted melder generelt mere positivt tilbage om opholdet på fødestedet efter fødslen sammenholdt med tilbakemeldingerne fra Lyngby. Det gælder for støtte til amning, mulighed for at få hvilet ud, etablere nær tilknytning til barnet, medinddrage faderen og støtte til de praktiske ting. Flere familier i Lyngby sammenholdt med familierne i Thisted, fortæller om personale, der har travlt til at tage sig af de indlagte, forvirrende vejledning, problemer med maden, at de blev nedtrykte under opholdet og at de ikke fik gennemdrøftet fødselsforløbet med en jordemoder. (Vist i Tabel 18 bilag 2).

I spørgeskemaerne er der åbne spørgsmål, hvor forældrene kan skrive om fødslen og tiden på fødestedet efter fødslen. Af tidsmæssige årsager har det ikke været muligt at bearbejde svarene tilstrækkeligt til, at de kan indgå i nærværende evaluering. Men der vil efterfølgende blive arbejdet videre med datamaterialet.

Den første tid hjemme med det spæde barn.

Med den forholdsvis korte indlæggelsestid efter fødslen (vist i Tabel 15 bilag 2) er der pres på sundhedsplejerskerne for at komme på hjemmebesøg tidligt. I Thisted har 68 % af familierne fået det første besøg af sundhedsplejersken indenfor den første uge efter hjemkomsten og 30 procent får besøg 7 – 14 dage efter hjemkomsten (Vist i Tabel 19 bilag 2). I Lyngby er det 37 % af familierne der har fået besøg i den første uge, halvdelen får besøg 7 – 14 dage efter hjemkomsten, og 13 % får besøg senere. Hovedformålet med nærværende evaluering, er at undersøge, hvordan sundhedsplejersker og jordemødre arbejder med forebyggelse og afhjælpning af efterfødselsreaktioner. Familierne er derfor spurgt, om kvinden og/eller manden har haft en efterfødselsreaktion. Indledningen til spørgsmålet er en oversættelse af definitionen fra side 2 i nærværende evaluering, og spørgsmålet i spørgeskemaet lyder: ”Nogle kvinder og mænd kan få psykiske symptomer (efterfødselsreaktion – fødselsdepression) i perioden, hvor de får barn. Det kan komme under graviditeten, lige efter fødslen eller i løbet af det første ½ år af barnets liv. Symptomerne kan for eksempel være, at man bliver ked af det, alting bliver svært at overkomme, man kan blive bange uden grund for eksempel for at gå på gaden, bange for at gøre barnet fortræd. Nogle får svært ved at sove om natten på grund af alle bekymringerne, der

myldrer rundt. Har du haft sådanne reaktioner? (kategorier: Nej, overhovedet ikke; Jo, i mild grad; Jo, i nogen grad; Det har præget vores liv meget i den periode, det stod på; Det har været voldsomt, og vi kæmper stadig med det.)

Tabel 20. Har kvinden haft en efterfødselsreaktion? Procent. (Antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Nej, overhovedet ikke	61 (239)	67 (381)	65	(620)
Jo, i en mild grad	25 (96)	21 (118)	22	(214)
Jo, i nogen grad	8 (31)	8 (44)	8	(75)
Det har præget familien meget, da det stod på	4 (18)	3 (20)	4	(38)
Det har været voldsomt, familien kæmper stadig med det	2 (7)	1 (5)	1	(12)
I alt	100 (391)	100 (568)		(959)
Ikke svar på spørgsmålet	9	9		18

Som det fremgår af Tabel 20 har 35 % (339) af samtlige kvinder haft en efterfødselsreaktion. Heraf har de 13 % (125) en mere indgribende reaktion og de 22 % (214) en mild reaktion. Der er færre efterfødselsreaktioner i Lyngby sammenholdt med Thisted. 39 % (142) af kvinderne i Thisted og 33% (187) af kvinderne i Lyngby har efter deres egen opfattelse haft en efterfødselsreaktion.

Har barnets nummer i søskendeflokken betydning for om kvinden får en efterfødselsreaktion?

Kvinder, som får det første barn, har større risiko for at få en efterfødselsreaktion sammenholdt med kvinder, der har barn i forvejen. 44 % af kvinderne, der er blevet mødre for første gang, har haft en efterfødselsreaktion (29 % synes, de har haft en mild reaktion, og 15 % at det har været mere indgribende). Hver 4. kvinde, der har børn i forvejen, har haft en efterfødselsreaktion (heraf har de 15% en mild reaktion og 10 % en mere indgribende reaktion). Flere kvinder med 1. barn i Lyngby har efterfødselsreaktion sammenholdt med Thisted. Færre kvinder med flere børn i Lyngby har efterfødselsreaktion i sammenligning med kvinder i Thisted, der har flere end et barn. (Vist i Tabel 21 bilag 2).

Har kvindens uddannelse og/eller tilknytning til arbejdsmarkedet betydning for, om der er en efterfødselsreaktion?

I nedennævnte tabel er der set på eventuelle sammenhænge mellem kvindens uddannelse, og om hun efterfølgende får en efterfødselsreaktion. Det er ikke kun uddannelsen i sig selv, der gør en forskel. Om den enkelte får en uddannelse, er et kompliceret samspil mellem de vilkår kvinden tidligere i sit liv har haft, sin opvækst og de potentialer og de vanskeligheder, der har været.

Tabel 22. Kvindens tilbagemelding om efterfødselsreaktion sammenholdt med kvindens uddannelse. Hver uddannelseskategori er udregnet til 100%. Procent (antal).

Uddannelse Efterfødselsreaktion	Ingen uddannelse Thist. Lyng.		Kort uddannelse Thist. Lyng.		Mellemlang uddannelse Thist. Lyng.		Lang videregående Thist. Lyng.		* Fordeling Thi Lyng
Ingen reaktion	58 (53)	59 (47)	65 (50)	58 (36)	59 (121)	68 (162)	93 (14)	74 (119)	61 67 (238,364)
Mild reaktion	21 (19)	26 (21)	26 (20)	20 (20)	27 (56)	20 (47)	7 (1)	17 (27)	25 21 (96 115)
Indgribende reaktion	21 (20)	15 (12)	9 (7)	12 (7)	14 (29)	12 (29)	0 (0)	9 (15)	14 12 (56 53)
I alt	100 (92)	100 (80)	100 (77)	100 (63)	100 (206)	100 (238)	100 (15)	100 (161)	100 100 (390,542)

* Fordeling i det samlede materiale for Thisted og Lyngby.

Af tabellen ses at færre kvinder med lang videregående uddannelse har efterfødselsreaktion sammenholdt med kvinder uden uddannelse.

Andre risikofaktorer ser også ud til at have en betydning, men de er ikke tilbunds gående statistisk analyseret. Det drejer sig om, om kvinden er alene med barnet eller blevet skilt, om kvinden ryger mere end 20 cigaretter om dagen, om kvinden har været anbragt som barn eller om hun har været udsat for seksuelt misbrug, mens hun var barn. Derudover kan fødselsforløbet, oplevelser under barselsperioden og den omsorg familien har fået under forløbet have en betydning for, om kvinden efterfølgende får en efterfødselsreaktion. At forklare sammenhængene mellem de sociale forhold, om kvinden har uddannelse for eksempel, det forløb familierne har haft samt forskellige typer af andre risikofaktorer kræver avancerede statistiske analyser, som den tidsmæssige ramme for evalueringen desværre ikke har levnet tid til (se nærmere redegørelse i Bilag 1).

Har det været muligt ved sundhedsplejerskebesøg efter fødslen at opspore familierne, hvor kvinden har en efterfødselsreaktion og har de familier fået hjælp?

Hjemmebesøgene er sundhedsplejerskernes kerneydelse både i det sundhedsfremmende, opsøgende og behandlende arbejde. Men hjemmebesøg fra sundhedsplejersken kan ikke stå alene. Der er i spørgeskemaundersøgelsen spurgt til hvordan familierne vurderer sundhedsplejerskernes hjemmebesøg på lige fod med, hvordan der er spurgt til jordemødrenes konsultationer. 90% af familierne eller mere vurderer at sundhedsplejerskerne er gode til at lytte og sætte sig ind i familiens situation. Der er af pladsmæssige hensyn ikke redegjort for resultaterne. Det er prioriteret at fremdrage forhold i det efterfølgende, hvor forskelle i sundhedsplejens tilbud ser ud til at have betydning for virkningen af dem. Mange andre forhold betyder noget for, hvordan familiernes belastninger og ressourcer har spillet sammen. Har familien haft lyst til at modtage hjælp? Har familien fået hjælp af slægt og venner? Andre professionelle (socialrådgiver, praktiserende læge, terapeut mv.)? Derfor er forældrene blevet spurgt 1) Om de har modtaget hjælp 2) Hvilke kilder de har modtaget hjælp fra, samt 3) Deres vurdering af, om hjælpen har været tilstrækkelig.

Tabel 23. Fik familien hjælp i forbindelse med en efterfødselsreaktion? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Familien havde ikke behov for hjælp	72 (233)	78 (357)	76	(590)
Familien fik ikke tilbudt hjælp	4 (12)	7 (32)	6	(44)
Familien havde ikke lyst til at modtage hjælp	4 (12)	4 (17)	4	(29)
Familien har fået hjælp	20 (63)	11 (49)	14	(112)
I alt	100 (320)	100 (455)	100	(775)
Ikke svar på spørgsmålet	81	121		202

Det ses af tabellen, at 24 % af familierne har haft behov for hjælp. Af dem har 6 % ikke fået tilbudt hjælp og 4 % har ikke haft lyst til at modtage hjælp. I det følgende ser vi på, hvordan kvinderne har meldt tilbage om den hjælp, de har fået. Knapt 20 % af samtlige kvinder i begge kommuner har fået hjælp fra slægt og venner, 2 % har gået i et gruppetilbud; i Thisted har 17 % fået hjælp fra sundhedsplejersken, det gælder for 10 % af familierne i Lyngby; henholdsvis 5 % (Thisted) og 3 % (Lyngby) har fået hjælp af en terapeut, 6 % (Thisted) og 4 % (Lyngby) har fået hjælp fra den praktiserende læge, 3 % (Thisted) 1 % (Lyngby) har fået medicinsk behandling mod depression, få har fået hjælp fra en socialrådgiver (10 i alt): 5 har fået hjælp fra en psykiater; og en kvinde (Thisted) har været indlagt på psykiatrisk afdeling (ikke vist i Tabel).

Med hensyn til sundhedsplejerskens tilbud til familierne er det en forudsætning, at hun har kontakt med dem. Derfor vil der i det følgende blive set på sundhedsplejerskeaktiviteten. Først rettes opmærksomheden på sammenhængen mellem antallet af besøg og om kvinden har en efterfødselsreaktion. Sundhedsstyrelsens anbefalinger er, at det gennemsnitlige antal besøg ligger omkring syv besøg. Antallet af sundhedsplejerskebesøg i Thisted Kommune indenfor barnets 1. leveår er noget højere end besøgsantallet i Lyngby. I Thisted får 8 % af familierne fire besøg eller derunder, i Lyngby får 57 % af familierne fire besøg eller derunder, heraf får hver tredje familie et til to besøg (vist i Tabel 24 bilag 2). Ikke blot antallet af besøg har en betydning. Kvindens opfattelse af hvordan hun har det, og sundhedsplejerskens vurdering af kvinden skulle helst stemme nogenlunde overens. For at komme nærmere ind på spørgsmålet, er kvindernes tilbagemelding fra spørgeskemaerne sammenholdt med sundhedsplejerskernes oplysninger fra sundhedsplejerskejournalerne (delundersøgelse C). Begge parter er blevet bedt om vurderingen af, om moderen har en efterfødselsreaktion ved at svare på enslydende spørgsmål (se side 21). Der er set adskilt på Thisted og Lyngby (Tabel 25 og Tabel 26).

Tabel 25. Kvinders vurdering (spørgeskema delundersøgelse A) sammenholdt med sundhedsplejerskers (oplysninger fra delundersøgelse C) (efterfødselsreaktion). Procent (antal).(Thisted)

Sundhedspl.	Ingen reaktion	Mild reaktion	Indgribende reaktion	I alt
Mor				
Ingen reaktion	51 (168)	8 (26)	2 (9)	61 (203)
Mild reaktion	15 (52)	5 (16)	5 (16)	25 (84)
Indgribende reaktion	4 (14)	3 (10)	7 (24)	14 (48)
I alt	70 (234)	16 (52)	14 (49)	100 (335)

Der er enighed om vurderingerne i 71 % af tilfældene. Uenighederne angår for 23 % af tilfældene den milde reaktion, 15 % hvor kvinderne vurderer, de har en efterfødselsreaktion og sundhedsplejersken ikke vurderer, der er nogen reaktion, og 8 % hvor sundhedsplejersken vurderer at kvinden har en mild efterfødselsreaktion og kvinden ikke selv vurderer, der er nogen reaktion. Yderligere 4 % af kvinderne vurderer, at de har en indgribende efterfødselsreaktion, uden at sundhedsplejersken deler den vurdering. I 2 % af tilfældene vurderer sundhedsplejersken en indgribende efterfødselsreaktion, og kvinden synes ikke, hun har nogen. I 10 % af tilfældene vurderer kvinden, at hun har en efterfødselsreaktion, og sundhedsplejerskens vurdering er, at det er der ikke tale om.

Tabel 26. Kvinders vurdering (spørgeskema delundersøgelse A) sammenholdt med sundhedsplejerskernes vurdering (sundhedsplejerskedata C) (efterfødselsreaktion). Procent (antal). (Lyngby)

Sundhedspl.	Ingen reaktion	Mild reaktion	Indgribende reaktion	I alt
Mor				
Ingen reaktion	62 (308)	4 (22)	1 (6)	67 (336)
Mild reaktion	16 (82)	3 (17)	2 (7)	21 (106)
Indgribende reaktion	7 (37)	2 (12)	3 (14)	12 (63)
I alt	85(427)	9 (51)	6 (27)	100 (505)

Der er enighed om vurderingen i 72 % af tilfældene. Uenigheden angår for 23 % af tilfældene, at kvinden synes hun har haft en reaktion og sundhedsplejerskens vurdering er, at der ikke er nogen reaktion (16 % med mild reaktion og 7 % med en indgribende reaktion). I 5 % af tilfældene vurderer sundhedsplejersken en efterfødselsreaktion, og kvinden synes ikke, hun har haft en reaktion.

Ved at sammenholde ovenstående to tabeller kan man se, at kvindernes divergens fra sundhedsplejersken er større i Lyngby med hensyn til at sundhedsplejersken vurderer, at kvinden er fri for en efterfødselsreaktion. Flere kvinder synes selv, at de har en reaktion. Årsagerne kan være det lavere besøgsantal i Lyngby, men det kan også bero på en forskellig praksis i de to kommuner. Thisted og Lyngby arbejder ikke helt ens. I Thisted anvendes EPDS screening sideløbende med den kliniske vurdering ved hjemmebesøgene. Ved en nærmere analyse af sundhedsplejerskernes oplysninger (delundersøgelse C) med hensyn til hvornår, de har konstateret efterfødselsreaktionen, viser det sig, at i Thisted findes 88 % af kvinderne med efterfødselsreaktion under graviditeten eller de første tre måneder af barnets liv. I Lyngby er 76 % af de kvinder, der har efterfødselsreaktion, opdaget inden barnet er tre måneder. De anvendte metoder, og sandsynligvis også andre forhold, ser ud til at have en betydning for det opsøgende arbejde. Derfor er der udført en nærmere analyse af sammenhængen mellem antallet af sundhedsplejerskebesøg, og om kvinden har svaret at hun har (haft) en efterfødselsreaktion. Det er udarbejdet i tabel 27.

Af tabellen ses generelt, at besøgsantallet er lavere i Lyngby end det er i Thisted. I familierne med under fire besøg har 4 % af kvinderne i Thisted og 13 % af kvinderne i Lyngby vurderet, at de har haft en efterfødselsreaktion. Da der generelt er flere efterfødselsreaktioner i Thisted, men færre familier med få besøg, er det vanskeligt ud fra denne tabel at slutte om besøgsantallet kan bruges sammenlignende. Tilbage er der at konstatere at 13 kvinder i Thisted og 65 kvinder i Lyngby har haft en efterfødselsreaktion samtidig med, at de har haft et til fire sundhedsplejerskebesøg.

Tabel 27. Kvinders vurdering af om de har efterfødselsreaktion sammenholdt med antal sundhedsplejerskebesøg. Procent (antal).

Antal besøg	Efterfødselsreaktion		Mild reaktion		Indgribende reaktion		I alt	
	Ingen Thisted	Lyngby	Thisted	Lyngby	Thisted	Lyngby	Thisted	Lyngby
1 – 4 besøg	4 (15)	43(220)	3(10)	9(46)	1(3)	4(19)	8(28)	56(285)
5 – 7 besøg	42(142)	19(98)	18(59)	8(40)	8(26)	6(32)	68(227)	33(170)
Mere end 7	11(38)	4(24)	7(23)	4(23)	6(18)	3(12)	24(79)	11(59)
I alt	57(195)	66(342)	28 (92)	21(109)	15(47)	13(63)	100(334)	100(514)

For at tilføje endnu en facet til vurderingen af dynamikken mellem efterfødselsreaktion og sundhedspleje ses nu på, hvordan kvinderne vurderer den hjælp, de har fået.

Tabel 28. Kvinders vurdering af hjælp i forbindelse med efterfødselsreaktion. Procent (antal).

Vurdering	Thisted	Lyngby
Jeg har fået al den hjælp, jeg behøvede	12 (45)	6 (28)
Jeg har været godt tilfreds	10 (36)	9 (43)
Jeg har savnet støtte, utilstrækkelig hjælp	2 (9)	2 (11)
Mine bekymringer blev ikke taget alvorligt	0,5 (2)	1 (5)
Jeg turde ikke fortælle om bekymringerne	1 (4)	2 (7)
Ingen efterfødselsreaktion	74 (278)	80 (378)
I alt	100 (374)	100 (472)

Henholdsvis 26 (Thisted) og 105 (Lyngby) har ikke svaret på spørgsmålet.

Ved en nærmere analyse, hvor der udelukkende ses på de kvinder, som besvarer med, at de har haft en efterfødselsreaktion, viser det sig at 85 % i Thisted synes de har fået hjælp, og 75 % i Lyngby synes de har fået hjælp. 15 % i Thisted har savnet støtte eller ikke følt, de blev taget alvorligt, nogle få mænd har ikke turdet fortælle om det, 25 % i Lyngby har på tilsvarende vis savnet støtte.

Mænd og efterfødselsreaktioner.

Efterfødselsreaktioner er ikke udelukkende forbeholdt kvinder. Derfor er der ligeværdigt spurgt til mandens og kvindens erfaringer i spørgeskemaet

Tabel 29. Har manden haft en efterfødselsreaktion? Procent (N=antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Nej, overhovedet ikke	86 (298)	88 (444)	87	(742)
Jo, i en mild grad	10 (35)	8 (41)	9	(76)
Jo, i nogen grad	2 (8)	2 (9)	2	(17)
Det har præget familien meget, da det stod på	1 (4)	1 (7)	1	(11)
Det har været voldsomt, familien kæmper stadig med det	0,6 (2)	0,8 (3)	0,6	(5)
I alt	100 (347)	100 (504)	100	(851)
Ikke svar på spørgsmålet	53	73		126

Som det ses af Tabel 29. har 13 % af mændene svaret, at de har haft en efterfødselsreaktion, fordelingen er 14 % af mændene i Thisted (43 mænd) og 12 % (60 mænd) i Lyngby.

Har det været muligt for sundhedsplejersken at finde ud af, om manden har (haft) en efterfødselsreaktion? Det er svært at svare på, ud fra antallet af sundhedsplejerskebesøg. Manden er ofte ikke hjemme om dagen, når besøgene aflægges. I stedet er der set på manden med efterfødselsreaktion synes, han har fået hjælp.

Tabel 30. Mænds vurdering af hjælp i forbindelse med efterfødselsreaktion. Procent (N=antal).

Vurdering	Thisted	Lyngby
Jeg har fået al den hjælp, jeg behøvede	9(29)	5(21)
Jeg har været godt tilfreds	10(32)	9(40)
Jeg har savnet støtte, utilstrækkelig hjælp	1(4)	1(7)
Mine bekymringer blev ikke taget alvorligt	1(2)	1(2)
Jeg turde ikke fortælle om bekymringerne	-	0,6(3)
Ingen efterfødselsreaktion	80 (263)	84(398)
I alt	100 (330)	100 (471)
Ikke svar på spørgsmålet	70	106

Som det ses af tabellen gentages mønsteret fra kvindernes vurdering (Tabel 28). Flere mænd i Thisted vurderer at de får hjælp, sammenholdt med mændene i Lyngby.

Ændres resultaterne for sundhedsplejerskens indsats, hvis der deles op i de tre perioder før, under og efter overførslen af den nye model?

Som det tidligere er nævnt kan materialet deles op i tre perioder, for at se om flere familier i Lyngby får hjælp under personalets efteruddannelse og efter uddannelsen er afsluttet i projektperioden i Lyngby. Resultaterne er derefter sammenholdt med Thisted's resultater. I den første periode (inden uddannelsen) har 9 % af familien fået hjælp fra sundhedsplejersken på grund af en efterfødselsreaktion. I perioden mens uddannelsen stod på, og det første ½ år efter uddannelsen var afsluttet og den nye model indført, fik 11 % hjælp i forbindelse med en efterfødselsreaktion (en yderligere bearbejdning af Tabel 23). Da antallet af efterfødselsreaktioner svinger tilfældigt, samtidig med at effekten er målt, mens uddannelsen stod på og i en meget kort periode, er analyserne af den nye praksis usikre på dette punkt. Thisted's resultater svinger da også omkring de 20 %, som melder tilbage om, at familien har fået hjælp til en efterfødselsreaktion, når kommunens resultater opdeles i de tre perioder. Som det ses af resultaterne, har Thisted Kommune flere efterfødselsreaktioner blandt både kvinder og mænd, og de har også en større procentdel, der får hjælp fra sundhedsplejen mv.

Konklusion:

Spørgsmålet fra projektbeskrivelsen. ”Er familier hvor kvinden/ og eller manden har en efterfødselsreaktion blevet fundet, og har de fået støtte?”, kan besvares med et forsigtigt ja, men der er stadig mere at gøre, og mange forbehold, der skal tages.

- 35% har haft en efterfødselsreaktion, heraf er 13 % af reaktionerne mere indgribende
- 13 % af mændene har haft en efterfødselsreaktion, heraf er 4 % af reaktionerne mere indgribende.
- 44% af kvinderne med efterfødselsreaktion har fået den i forbindelse med deres 1. barn, og hver fjerde kvinde med efterfødselsreaktion har barn i forvejen.
- Færre kvinder med lang videregående uddannelse får efterfødselsreaktion sammenholdt med kvinder uden uddannelse.
- Sundhedsplejerskerne vurderer i Thisted at 30 % af kvinderne har en efterfødselsreaktion og i Lyngby vurderer sundhedsplejerskerne at 15 % af kvinderne har en efterfødselsreaktion..
- I godt 70% af tilfældene er kvinderne og sundhedsplejerskerne enige om vurderingerne. Divergenserne er størst for den milde efterfødselsreaktion.
- Forskellen på Thisted og Lyngby er, at 19 % af kvinderne i Thisted og 23 % i Lyngby synes de har en efterfødselsreaktion og sundhedsplejersken vurderer ikke, at der er en efterfødselsreaktion.
- Struktureret hjælpeværktøj som supplement til hjemmebesøgene er en medvirkende faktor, når sundhedsplejerskerne i Thisted registrerer 88 % af efterfødselsreaktionerne inden barnet er fyldt 3 måneder. Dette tal er 76 % i Lyngby.
- 85 % af kvinderne i Thisted er godt tilfredse med den hjælp, de har fået. I Lyngby er det 75 % af kvinderne, som er godt tilfredse med hjælpen.

Interviewundersøgelsen. Forskningsprojekt.

Af Agnete Diderichsen, cand. psych. lektor ved Danmarks Pædagogiske Universitet.

Gravide kvinders tilknytningsmønstre.

Formålet med denne del af undersøgelsen var at undersøge mulighederne for allerede under graviditeten at opspore og identificere kvinder med potentielle kontakt- og relationsvanskeligheder. Hertil benyttes **Adult Attachment Interview** (AAI) som er et struktureret semiklinisk interview udviklet af Mary Main og hendes kolleger. Interviewet har den særlige styrke, at man ud fra den interviewede forælders resultat kan forudsige kvaliteten i hendes barns tilknytning i 1-års alderen (målt med Ainsworth's ”strange situation”).

Siden denne sammenhæng blev påvist første gang i 1980'erne (Main et al. 1985) er der gennemført en række empiriske undersøgelser, som har bekræftet overensstemmelsen mellem moderens AAI-resultat og hendes barns tilknytning.

Det er dog først med Fonagys undersøgelser fra 1991 og 1996, at AAI er anvendt på gravide kvinder og altså ud fra disse vordende mødres AAI resultat har kunnet forudsige kvaliteten i deres ufødte børns tilknytning i 12 måneders alderen med en sandsynlighed på ca. 75%. (Fonagy et al. 1991, Steele et al. 1996).

Vores undersøgelse lægger sig i sit design tæt op ad Fonagy et al.'s, med den ikke uvæsentlige forskel, at vi ikke har ressourcer til at undersøge børnene, men kun deres mødre. Vi må således støtte os til den eksisterende forskning og den efterhånden veldokumenterede sammenhæng mellem mødrenes AAI resultat og deres børns sandsynlige udvikling.

Til brug for undersøgelsen har vi interviewet 91 vordende og førstegangsfødende kvinder, fordelt med 60 kvinder fra Lyngby-Taarbæk kommune og 31 fra Thisted kommune. Gennemsnitsalderen for de interviewede kvinder er 28 år, svarende til landsgennemsnittet i 2000 og 2001. M.h.t. uddannelsesniveau er der en markant forskel på kvinderne i de to kommuner, idet flertallet af kvinderne fra Lyngby har en lang eller mellemlang videregående uddannelse, mens flertallet af kvinderne fra Thisted enten har en faglært erhvervsuddannelse eller er ufaglærte.

Resultater.

Tilknytning

Resultatet af Adult Attachment Interview (det udskrevne interview) scores og klassificeres efter et bestemt klassifikationssystem, som indeholder i alt fem kategorier, der beskriver interviewpersonens tilknytningsmønster eller mentale tilstand vedrørende tilknytningsrelaterede emner.

Den første kategori kaldes **Free eller autonom (F)**. Denne kategori eller dette mønster er kendetegnet ved, at personen på en fri og selvstændig måde kan berette om barndommens oplevelser og erfaringer. Der er sammenhæng i fortællingen og mellem tanker og følelser. Et vigtigt karakteristika er, at personen viser, at hun er i stand til at reflektere over sine erfaringer og kan berette om dem på en frit flydende og konsistent måde. I en normalpopulation tilhører godt halvdelen, dvs. ca. 55 % denne kategori (van Ijzendoorn et al. 1995). Det har endvidere vist sig, at mødre med dette mønster i langt de fleste tilfælde (ca. 75 %) har børn, der som 1-årige viser en sikker tilknytning til deres mor (målt med Ainsworth's strange situation).

Den 2. kategori er **Dismissing (D)**, som står for det forhold, at interviewpersonen er afvisende over for betydningen af tilknytningsforhold. Interviewet er ofte præget af en nedvurdering af relationer og deres betydning eller modsat af en idealisering af forældrene. Et karakteristisk træk er, at personen ikke husker ret meget fra sin barndom og er ude af stand til at konkretisere generelle udsagn ved at give konkrete eksempler til at belyse de generelle udsagn. Disse interviews er ofte af meget kort varighed. I en normalbefolkning tilhører 20-25 % denne kategori (ibid). Mødre med dette mønster har i de fleste tilfælde børn med en usikker-undgående tilknytning.

Den tredje kategori er **Preoccupied eller Entangled (E)**, som står for et mønster, hvor personen netop ikke kan komme fri af barndommens konflikter og problemer, men synes fortsat at være indviklet i dem. Disse interviews virker ofte usaglige, forvirrede og rodede og er modsat det ovennævnte mønster ofte meget lange. Generelt mangler disse interviews indre sammenhæng og konsistens. Omkring 10 % af en normalbefolkning falder i denne kategori, og mødre med dette mønster har i reglen børn med et usikkert-ambivalent tilknytningsmønster.

Den fjerde kategori er **unresolved trauma (U)**. Et interview placeres i denne kategori, hvis det under interviewet viser sig, at personen har ubearbejdede tab eller traumer i sin livshistorie. Det kan dreje sig om tab af nære personer, om fysisk eller psykisk mishandling eller om seksuelt misbrug. Det afgørende i klassifikationen er, at traumet er uforløst, hvilket viser sig i personens måde at fortælle om

traumet på. Interviewet er kendetegnet af en lokal kollaps i den sædvanlige sproglige struktur, hvilket vil sige, at der er en tydelig forskel i den sproglige fremstilling, når disse traumatiske emner berøres. Det er vanskeligt at opgive normer for, hvor mange i en normalbefolkning, der tilhører denne kategori. I højrisikogrupper drejer det sig om ca. 25 %, mens det i en normalbefolkning kan svinge fra nogle få procent til omkring 10-15 %. Vigtigere er det måske også at være opmærksom på, at dette mønster er en vigtig indikator for psykopatologi. Kvinder med dette mønster har i langt de fleste tilfælde børn, som viser et ængsteligt-disorganiseret tilknytningsmønster.

Endelig er der en femte kategori **Cannot Classify (cc)**, som er kendetegnet af et globalt sammenbrud i den verbale strategi. Der er tale om en disorganisering af hele den sproglige struktur. Der findes ingen konsistent sproglig strategi, eller flere forskellige strategier veksler med hinanden. Dette er en relativt nyopdaget kategori, og den findes kun sjældent i normalbefolkningen, hvorimod den ikke er sjælden i kliniske populationer. Den er en stærk indikator for psykopatologi. Da der er tale om en nyopdaget kategori, er der endnu ikke lavet undersøgelse af børnene af mødre med dette mønster. Men der er ingen tvivl om, at vi også her vil se et ængsteligt og disorganiseret mønster hos børnene.

Ser vi nu på vore egne resultater, viser tabel 31 fordelingen på de 5 kategorier, dels i den samlede population, dels i hver af de to kommuner.

Tabel 31. De interviewede kvinder fordelt på tilknytningskategori. Procent (antal).

AAI-score	Thisted	Lyngby	I alt Procent Antal
F	36 (11)	47 (28)	43 (39)
D	48 (15)	33 (20)	38 (35)
E	6 (2)	7 (4)	7 (6)
U	10 (3)	10 (6)	10 (9)
Cc	0 (0)	3 (2)	2 (2)
I alt	100 (31)	100 (60)	100 (91)

Det mest iøjnefaldende ved dette resultat er, at der i vores population forekommer et relativt lavt antal kvinder med et sikkert tilknytningsmønster eller med frie og autonome repræsentationer af tilknytningsforhold. Vores resultat viser 43 % set i forhold til den internationale norm på ca. 55 %. Samtidig ser vi et påfaldende højt antal kvinder med et dismissing (afvisende) mønster, nemlig 38 % set i forhold til normen på 20-25 %. Grunden hertil kender vi ikke, men en del af forklaringen kan

muligvis være, at de fleste undersøgelser er lavet på kvinder fra den højere middelklasse, mens vores population omfatter et bredere udsnit af forskellige samfundsgrupper.

Det i vores sammenhæng mest interessante fund er imidlertid, at vi finder hele 10 % i kategorien uforløst tab eller traume, og hvad der som nævnt er sjældent, samtidig 2 % i kategorien Cannot Classify (cc). Vi finder m.a.o. 12 % eller 11 kvinder, hvis AAI resultat er suspekteret for psykopatologi, og, som ifølge den foreliggende forskning, vil få alvorlige problemer m.h.t. at danne sunde relationer til deres kommende børn. Disse kvinder behøver professionel psykoterapeutisk hjælp, hvis kontakt- og relationsforstyrrelser skal undgås og forebygges, inden de bliver mødre.

M.h.t. hvilke traumer disse 9 kvinder i kategorien U har været udsat for, drejer det sig om følgende: seksuelt misbrug, tab af nære tilknytningspersoner, længerevarende separation fra moderen som lille, traumatisk sygdom og vold i familien.

M.h.t. de 2 personer i kategorien cc drejer det sig om oplevelser af alvorlig omsorgssvigt og afvisning fra forældrenes side. Man kan her tale om et vedvarende relationelt traume.

Efterfødselsreaktioner.

Man kunne forestille sig, at de kvinder, som ifølge AAI er i risiko for at udvikle alvorlige kontakt- og relationsvanskeligheder i forhold til deres børn, også ville udvise efterfødselsreaktioner. Dette er imidlertid, som Tabel 32 viser, ikke tilfældet.

Tabel 32. Fordeling af AAI-score (data fra AAI-undersøgelsen) sammenholdt med, om moderen har haft en efterfødselsreaktion (data fra spørgeskemaundersøgelsen) Procent (antal):

	F	Ds	E	U	I alt	Alle *
Nej, overhovedet ikke	17 (9)	31 (16)	6 (3)	6 (3)	61 (31)	56
Jo, i en mild grad	12 (6)	10 (5)	2 (1)	0 (0)	23 (12)	29
Jo, i nogen grad	0 (0)	6 (3)	0 (0)	2 (1)	8 (4)	10
Det har præget familien meget, da det stod på	4 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	6 (3)	4
Det har været voldsomt, familien kæmper stadig med det	0 (0)	0 (0)	2 (1)	0 (0)	2,0 (1)	1
I alt	33 (17)	47 (24)	10 (5)	10 (5)	100 (51)	100

* Antallet af kvinder med 1. barn og om kvinden har haft en efterfødselsreaktion eller ej (spørgeskemadata).

Af de ni kvinder i kategori U er der fem, som har besvaret spørgeskemaet, mens de to kvinder med kategori cc ikke har besvaret det. Af de fem, som har svaret, er der tre, som ikke har oplevet efterfødselsreaktioner, mens to har oplevet mere eller mindre alvorlige reaktioner. Der er kort sagt ikke noget mønster i besvarelsene, og det vi kan konkludere er, at kvinder med et AAI resultat, der indikerer alvorlige kontaktforstyrrelser i forhold til deres børn, ikke nødvendigvis har efterfødselsreaktioner.

Det kan heller ikke udelukkes, at både fordelingen af svarere og ikke-svarere i spørgeskemaundersøgelsen har en betydning for dette resultat, samt hvilke kvinder, der har sagt ja til at deltage i interviewundersøgelsen. Andelen af kvinder i interviewundersøgelsen, der efterfølgende har en efterfødselsreaktion er lavere, end deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen (se Tabel 32.). Det er planen, at bearbejde materialet yderligere ved hjælp af avancerede statistiske analyser.

Undersøgelsen bliver publiceret i en rapport fra Danmarks Pædagogiske Universitet samt i reviewede tidsskrifter indenfor det psykologiske fagfelt.

4. Konklusion og anbefalinger.

Konklusion

Den samlede evaluering viser, at fyldig familieforberedelse, tid til den rette indsats og højt uddannet personale med effektive værktøjer i værktøjsskassen, det virker. Det er godt med en fortløbende udvikling, stærkt tværfagligt samarbejde og et understøttende fagligt miljø tilsat en god portion entusiasme og stædighed. Det kan lade sig gøre i Thisted og i Viborg Amt. Det er også lykkedes at overføre dele af modellen til Lyngby og Københavns Amt. Personalet er også her dybt engageret. Nye kompetencer er tilegnet i et godt læringsmiljø sammen med kolleger tværfagligt og på tværs af sektorer. Resultaterne er blevet forskellige modeller, hvor sundhedsfremme, dialog, kommunikation og understøttende hjælp til sårbare forældre og spædbørn er kodeordene. I Thisted, hvor modellen er indarbejdet og rodfæstet i både den enkelte og i de organisatoriske strukturer igennem mange år, er kunsten at holde fast i fremskridtene og gøre det gode endnu bedre. I Lyngby og Københavns Amt har modellen på grund af uddannelse, supervision og teamsamarbejde fået et godt tag i jordemødre og sundhedsplejersker, der er tæt på familierne. Det har ikke været muligt at få gehør for ændringer, der indebærer udgifter i en periode, hvor der har været omprioriteringer, opbremsning og nedskæringer i såvel kommune som amt. Barrierer af ydre karakter har været fremherskende igennem hele projektet. Det betyder at udfordringerne er ekstra store og at der skal holdes godt fast i samarbejdet og de ændringer, der er sket. Samtidig med at der skal ske ny udvikling.

Forskningsprojektet, som har haft det hovedsigte at afdække danske gravide kvinders muligheder for at knytte sig til deres spædbørn, viser et mønster som adskiller sig fra udenlandske undersøgelser. Forskellene i tilknytningmønstre fra udenlandske undersøgelser trækker ikke i en positiv retning, og det vækker til eftertanke, hvad der kan være baggrunden.

Yderligere forskning samt styrkelse af forældres vilkår for at knytte sig til deres spædbørn, med den viden, der allerede findes, bør blive konsekvensen.

Anbefalinger

På baggrund af evalueringens resultater og procesforløbet i de to amter/kommuner har vi opstillet nogle anbefalinger til andre (fagpersoner, administratorer og politikere). Det overordnede formål er at give inspiration til, hvordan forældres muligheder for at knytte følelsesmæssige bånd til deres spædbarn kan styrkes, og bidrage til en udvikling, der øger modstandskraften overfor de udfordringer, som børnefødsler og spædbarnstid medfører i enhver familie.

Tilbuddene til familierne

- Udvidet familieforbereelse, der forankres lokalt i tværfagligt regi.
- Let tilgængelige tilbud, der retter sig til alle familier. Samtidig målrettes tilbuddene specifikt til grupper, som forældre med flere børn, familier, der tilhører en etnisk minoritet, sårbare forældre mv.
- Tilbud om graviditetsbesøg til alle familier, og udvidede tilbud til dem, der har særlige behov.
- Første sundhedsplejerskebesøg tilbydes familien hurtigt efter udskrivelsen fra sygehuset.
- Sundhedsplejerskebesøg, hvor der er fokus på forældrenes psykiske beredskab.
- For familier med tegn på tilknytningsforstyrrelser er der sundhedsplejerskebesøg, hvor der er fokus på at fremme tilknytningen mellem forældre og barn.
- For familier med efterfødselsreaktioner er der tilbud om flexibel intervention afpasset efterfødselsreaktionens sværhedsgrad.
- For familier med efterfødselsreaktioner er der tilbud om samtalegrupper.

Tilrettelæggelse og udførelse af praksis

- Bofællesskab for faggrupperne (i det mindste jordemødre og sundhedsplejersker).
- Tæt tværfagligt samarbejde indenfor et mindre geografisk område.
- Fællesskabet inkluderer fælles uddannelse, supervision og fælles planlægning af interventionen overfor familierne.
- Standarder for introduktion og uddannelse af nyt personale.
- Standarder for den bedste praksis indeholdende sundhedsfremme, opsporing, intervention og administration.
- Planlægning og udførelse af tilbuddene på en sådan måde, at de er sammenhængende og kontinuiteten sikres.

Ledelse og strategisk tænkning

- Politisk og administrativt bakkes der op om den model, der er valgt.
- Den valgte praksis og strategi, skal modsvares af de ressourcer, der er til rådighed.
- Det skal sikres at de faggrupper, der arbejder sammen, har indflydelse på valg af model, praksis og udvikling.
- Kvalitetsniveauet vedligeholdes og sikres gennem udviklingsarbejde og evaluering.

Det overordnede niveau (over det kommunale plan).

- Grunduddannelsen for sundhedsplejersker skal give kompetencer, så de kan arbejde med teorier og metoder for udvidet kommunikation og intervention i familier med kriseprægede tilstande (blandt andet efterfødselsreaktioner og svag tilknytning til barnet).

- Grunduddannelsen for sundhedsplejersker skal give kompetencer, så der kan arbejdes med supervision.
- Efteruddannelse af jordemødre og sundhedsplejersker (tværfagligt) så alle har kompetence til at arbejde med udvidet kommunikation, supervision og (for sundhedsplejersker) relationer mellem forældre og børn.

Bilag 1.

**Kort metodebeskrivelse til evalueringsrapport
– samt redegørelse for populationsdannelsen.**

September 2004.

Den samlede undersøgelse er godkendt af Datatilsynet, og retningslinjerne herfra er fulgt med hensyn til opsætning af EDB-program, opbevaring af lister over deltagere etc. I PC'eren er filerne ikke personidentificerbare. Listen over identifikation af den enkelte deltager sammenholdt med nummeret i undersøgelsen findes ikke i elektronisk form. Den opbevares aflåst og findes kun i en papirudgave.

Spørgeskemaundersøgelsen A:

Populationsdannelse

CPR-registeret udarbejdede en liste og labels til Else Guldager til brug for udsendelsen af spørgeskemaerne.

Samtlige børn født i de to kommuner i perioden 1.6.2001 – 31.5.2003 indgik ud fra følgende kriterier: 1. Boende i kommunen 1.1.2004 og stadig levende, og 2. Født i kommunen i den nævnte periode. Det viste sig efterfølgende, at der ved en fejl fra CPR-registerets side også var inkluderet adoptivbørn i gruppen samt nogle børn, hvor forældrene var udsendt i udlandet, da barnet blev født. Som det fremgår af Tabel 1 side 14 i evalueringsrapporten er disse børn blevet ekskluderet fra undersøgelsen, hvis vi har fået viden om det. Endvidere ekskluderedes børn, der var anbragt udenfor hjemmet. 3 familier ønskede ikke at svare ved første henvendelse om undersøgelsen.

Spørgeskemaet blev sendt ud pr. post og sammen med skemaet var en introduktionsskrivelse, der informerede om undersøgelsen samt en frankeret svarkuvert.

De familier, som ikke var i stand til at svare på et dansk spørgeskema, udgjorde en særlig problemstilling. Der er tale om en meget blandet gruppe. I Lyngby er der eksempelvis en del udenlandske familier, som arbejder på DTU mv. Derudover er der også indvandrere og flygtninge. Nogle af disse familier har været i Danmark i flere generationer og vil agere som andre danske familier. Nogle er flygtninge, som er ankommet for få år siden, og andre har, på trods af mange års ophold, ikke sprogkundskaber nok, til at svare på et skriftligt dansk spørgeskema. Derfor blev valget, at familier med atypiske for- og efternavne, som ikke havde responderet på spørgeskemaet, da der blev sendt en rykkerskrivelse ud, udgik af undersøgelsen. En anden grund til denne eksklusion er, at en del af familierne er flygtninge, som har været igennem svært traumatiske oplevelser. Dette vil med stor sandsynlighed påvirke deres risiko for tilknytningsforstyrrelser og efterfødselsreaktioner, når de skal være forældre, og det vil være en ukendt fejlkilde i undersøgelsen, som ikke vil være mulig at få styr på. Endelig har mennesker fra en anden kulturkreds end den nordiske/europæiske andre traditioner, sygdomsopfattelser og syn på forebyggelse og sundhedsfremme, som jo er undersøgelsens hovedtema. Det vil ligeledes trække i retning af ukendte fejlkilder.

Det talmæssige bortfald er der redegjort for i Tabel 1 i evalueringsrapporten.

Sammenhæng med interviewundersøgelsen B:

Interviewundersøgelsens udvælgelse fremgår af beskrivelsen af forskningsprojektet på side 30 i evalueringsrapporten. Undersøgelsens design var blandt andet, at de kvinder, som blev interviewet mens de var gravide, efterfølgende kom til at indgå i spørgeskemaundersøgelsen. Det ville på den måde blive muligt at sammenholde de to delundersøgelsers resultater med hinanden.

Sammenhæng med sundhedsplejerskejournaldata C.

Sundhedsplejerskerne er ifølge lovgivningen pligtige til at føre journaler over observationer om barnets og familiens trivsel, samt det udførte arbejde. Journalen er et arbejdsredskab og et juridisk dokument i følge Lov om forebyggende sundhedsordninger. Efter rådgivning hos jurister i Sundhedsstyrelsen blev der på forsiden af spørgeskemaet redegjort for, hvordan oplysninger i sundhedsplejerskejournaler og sammenhæng med psykologernes undersøgelse var. Forældrene blev bedt om med deres underskrift at give tilladelse til, at sammenligning med journaloplysninger, sundhedsplejerskedata og psykologundersøgelse måtte foretages. 54 ønskede ikke sammenligning med sundhedsplejerskedata. Det blev således for de øvrige muligt at sammenholde eksempelvis sundhedsplejerskernes observationer med hensyn til efterfødselsreaktioner til brug for evalueringen.

Sundhedsplejerskerne i begge kommuner fik et skema pr. barn med moderens og barnets identifikation. Skemaet fylder to A4 sider og omhandler sundhedsplejerskearbejdet med hensyn til omfang, observationer omkring efterfødselsreaktioner og risikofaktorer i familien. Der indgår observationer både for kvinden og manden. Samtlige sundhedsplejersker har fået skriftlig og mundtlig introduktion til udfyldelsen. De samlede analyser af sundhedsplejerskematerialet er endnu ikke tilendebragt.

Dataindsamling og databearbejdning

Der er anvendt statistiksystemet SPSS til brug for bearbejdning og analyse af materialet. Samtlige spørgeskemaer blev registreret, når de kom retur. Der er udsendt rykkere 3 gange – senest i maj måned 2004.

Data er indtastet under vejledning af Else Guldager. Tvivlsspørgsmål er konfereret af, og der har været en del vanskeligheder i processen. CPR-registeret havde fået skriftlig besked på kriterierne for dataudtrækket, samt at der på labels til brug for udsendelse af spørgeskemaerne skulle stå: Til forældre til, og så skulle barnets navn være på etiketten. Imidlertid kom der kort før deadline for udsendelsen labels på samtlige, hvor moderens navn var fortrykt. Og det betød efterfølgende vanskeligheder med at forklare familierne, hvilket barn, de skulle svare for, hvis de havde mere end et barn. Hvis vi i processen fandt ud af, at det var et forkert barn, som forældrene havde svaret for, sendte vi et venligt brev og forklarede sagens rette sammenhæng og sendte et nyt spørgeskema. Vi fik næsten altid det nye skema retur i udfyldt stand.

Fejlretning

Der er skrevet frekvenstabeller ud på samtlige variabler og alle ”vilde koder” er rettet. Derudover er der udtrukket 10 tilfældigt udvalgte spørgeskemaer til brug for, hvor fejlbehæftet materialet kunne

være. Der er 285 variabler pr. familie (inklusive sundhedsplejerskedata). Der blev fundet 4 fejl, hvilket må siges at være en meget lille fejlprocent. Der er derfor ikke udført yderligere fejlretninger.

Analyse

Til brug for evalueringen er der anvendt den procentvise fordeling af data. Desuden er udnyttet statistikprogrammets muligheder for krydstabuleringer.

Der resterer mange analysemuligheder for det samlede materiale.

Bilag 2.

Tabeller til evalueringsrapport

September 2004.

**Tabel 2. Hvor mange konsultationer var den gravide kvinde til under graviditeten?
Procent (N= antal).**

	Thisted	Lyngby	I alt	(N=)
Ingen konsultationer	0,3 (1)	0,6 (3)	0,5	(4)
1 – 2 konsultationer	1 (3)	2 (13)	2	(16)
3 – 5 konsultationer	36 (112)	44 (210)	41	(322)
6 – 8 konsultationer	47 (142)	36 (171)	41	(313)
9 – 12 konsultationer	13 (41)	12 (58)	12	(98)
13 konsultationer eller mere	2 (7)	4(19)	3	(26)
I alt	100 (306)	100 (473)		799
Ikke svar på spørgsmålet	94	104		198

Tabel 3. Var konsultationerne hos jordemoderen af en passende længde? Procent (antal).

Konsultationerne var	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Passende	92 (364)	90 (515)	90	(879)
For langvarige	0,8 (3)	0,7 (4)	1	(7)
For korte	5 (22)	5 (31)	6	(54)
Overflødige	2 (7)	4 (21)	3	(28)
I alt	100 (396)	100 (571)	100	(977)
Ikke svar på spørgsmålet	4	6		10

Tabel 4. Efter konsultationen? Procent (antal).

Den gravide kvinde:	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Følte større sikkerhed	78 (306)	72 (411)	75	(717)
Det var som før konsultationen	21 (84)	26(145)	24	(229)
Følte mere usikkerhed	1 (4)	2 (13)	1	(14)
I alt	100 (394)	100 (568)	100	(962)
Ikke svar på spørgsmålet	6	9		(977)

Tabel 5. Var der konsultationer hos jordemoderen afpasset efter den gravide kvindes behov? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Ja, det passede fint sammen	92 (364)	89 (501)	91	(866)
Det var for sjældent	7 (28)	10 (56)	9	(84)
Det var for tit	1 (4)	0,7 (4)	-	(8)
I alt	100 (396)	100 (561)	100	(955)
Ikke svar på spørgsmålet	4	16		20

Tabel 6. Hvad synes du om jordemoderen som person? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Vi kunne godt lide hende	67 (260)	58 (333)	62	(593)
Hun var en neutral person	16 (64)	16 (90)	16	(154)
Vi brød os ikke om hende	3 (13)	3 (19)	3	(32)
Vi havde forskellige, det er ikke til at bedømme	14 (53)	23 (129)	19	(182)
I alt	100 (390)	100 (571)	100	(961)
Ikke svar på spørgsmålet	10	6		16

Tabel 7. Blev der taget hensyn til at der både er en far og en mor? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	I alt	N= ()
Både den kommende far og den kommende mor indgik begge naturligt	89 (320)	88 (463)	88	(783)
Der blev fokuseret for meget på at inddrage manden	1 (4)	2 (13)	2	(17)
Den kommende far blev overset	9 (33)	9 (48)	9	(81)
Den kommende mor blev overset	0,3 (1)	0,6 (3)	1	(4)
Begge blev overset	0,3 (1)	0	-	(1)
I alt	100 (359)	100 (527)	100	(886)
Ikke svar på spørgsmålet	41	50		91

Tabel 8. Udvalgte forhold under konsultationerne med jordemoderen. Procent (antal).

	Thisted		Lyngby		I alt	N=	N= ()	
	Ja	Nej	Ja	Nej			Thisted	Lyngby
Jordemoderen gav sig tid Ikke svar	84	16	81	19	82	18	(946)	(385) (561) 15 16
Jordemoderen lyttede Ikke svar	92	8	94	6	93	7	(893)	(366) (527) 34 50
Jordemoderens råd hjalp	95	5	91	9	93	7	(862)	(355) (507) 45 70
Fulgte jordemoderens råd	94	6	95	5	94	6	(858)	(353) (505) 47 72

Tabel 12. Fødested. Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Thisted Sygehus	92 (362)		92	(362)
Andet Thisted	8 (30)		8	(30)
Københavns Amtssygehus Gentofte		76 (433)	76	(433)
Andet Lyngby		24 (132)	24	(132)
I alt	100 (396)	100 (565)	*	(961)
Ikke svar på spørgsmålet	4	12		16

* Sygehusene er regnet ud hver for sig, da det ikke giver nogen mening, at slå dem sammen.

Tabel 13. Var der komplikationer i forbindelse med fødslen. Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Fødte uden komplikationer af nogen art	56 (217)	48 (261)	51	(478)
Fik kejsersnit	19 (72)	20 (109)	19	(181)
Med sugeskop	5 (18)	5 (27)	5	(45)
Fik klip i mellemkødet	5 (18)	10 (56)	8	(74)
Bedøvelse omkring rygmarven	0,5 (2)	6, (33)	4	(35)
Andre komplikationer under fødslen	15 (60)	11 (61)	13	(121)
I alt	100 (387)	100 (547)	100	934
Ikke svaret på spørgsmålet	13	30		43

Tabel 14. Indlagt efter fødslen på? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Født hjemme	0,5(2)	0,7 (3)	0,5	(5)
Tog hjem lige efter fødslen (ambulant)	3 (12)	0,7 (4)	2	(16)
Indlagt på barselsafdeling	82 (311)	56 (306)	67	(617)
Indlagt på fødeklínik	14 (52)	43 (236)	31	(288)
I alt	100 (377)	100 (549)	100	(926)
Ikke svar på spørgsmålet	23	28		51

Tabel 15. Hvor lang til var mor og barn indlagt i forbindelse med fødslen? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Sov maksimalt 1 nat på sygehuset	37 (141)	15 (86)	24	(227)
Var indlagt 2 nætter	12 (45)	17 (91)	14	(136)
3 – 4 overnatninger	18 (66)	43 (242)	33	(308)
5 – 6 overnatninger	22 (83)	18 (101)	20	(184)
Mere end 6 nætter	11 (43)	7 (37)	9	(80)
I alt	100 (378)	100 (557)	100	(935)
Ikke svar på spørgsmålet	22	20		42

Tabel 16. Hvad synes forældrene om længden af indlæggelsestiden efter fødslen? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Den var passende	92 (353)	90 (502)	91	(855)
Mor og barn var indlagt for længe	3 (13)	6 (36)	5	(49)
Mor og barn var indlagt for kort	5 (20)	4 (22)	4	(42)
I alt	100 (386)	100 (560)	100	(946)
Ikke svar på spørgsmålet	14	17		31

Tabel 17. Barnet født til tiden? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
Ja	91 (359)	92 (528)	92	(887)
Nej, før tiden (3 uger før termin)	7 (28)	7 (41)	7	(69)
Nej, mere end 2 uger efter termin	1 (6)	0,5 (3)	1	(9)
I alt	100 (393)	100 (572)	100	(965)
Ikke svar på spørgsmålet	7	5		12

Tabel 18. Hvordan oplevede forældrene opholdet på sygehuset efter fødslen?

	Thisted	Lyngby
Fik støtte til amning	59,9 (230)	48,4 (271)
Havde ej behov	33,9 (129)	35,9 (201)
Fik ikke fornøden støtte	6,2 (24)	15,7 (88)
Ej svar	17	16
Moderen fik hvilet ud	70,5 (272)	57,9 (328)
Havde ej behov	10,9 (42)	7,9 (45)
Fik ikke hvilet ud	18,7 (72)	34,2 (194)
Ej svar	15	12
Fik støtte til praktiske ting	48,2 (184)	46,7 (264)
Havde ej behov	47,4 (181)	41,4 (234)
Fik ikke støtte	4,5 (17)	11,7 (66)
Ikke svaret	19	14
Fik støtte til en nær tilknytning til barnet	70,0 (268)	64,1 (356)
Havde ej behov	20,6 (79)	18,2 (101)
Fik ikke støtte	9,4 (36)	17,7 (98)
Ikke svaret	18	24
Faderen blev naturligt inddraget	78,6 (272)	70,7 (370)
Havde ej behov	13,9 (48)	14,2 (74)
Far ikke inddraget	7,5 (26)	15,1 (79)
Ikke svar	54	56

Tabel 18. (fortsat) Opholdet på sygehuset efter fødslen

	Thisted	Lyngby
Fik drøftet fødselsforløbet med jordemor	75,8 (292)	63,7 (358)
Havde ej behov	4,2 (16)	5,9 (33)
Nej	20,0 (77)	30,4 (171)
Ikke svar	16	17
Personalet havde for travlt til at tage sig ordentlig af os	11,5 (44)	24,4 (137)
Ej behov	8,6 (33)	12,1 (68)
Personalet havde ikke for travlt	79,9 (306)	63,5 (357)
Ikke svar	18	17
Maden var et problem	9,5 (36)	14,2 (78)
Maden ikke et problem	90,5 (341)	85,8 (475)
Ikke svar	24	24
Fik forvirrende og forskellig vejledning	10,8 (41)	17,4 (97)
Ej behov	4,5 (17)	6,6 (37)
Nej fik ikke forvirrende vejledning	84,7 (321)	76,0 (424)
Ikke svar	22	19
Mor blev nedtrykt på sygehuset	10,0 (38)	17,1 (95)
Nej	90,0 (342)	82,9 (465)
Ikke svar	21	18
Far blev nedtrykt på sygehuset	1,8 (6)	3,6 (18)
Nej	98,2 (325)	96,4 (484)
Ikke svar	66	77

19. Hvornår blev første sundhedsplejerskebesøg aflagt? Procent (antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
0 – 6 dage efter hjemkomst	68,4 (268)	36,9 (207)	50	(475)
7 – 14 dage efter hjemkomst	30,6 (120)	49,7 (278)	42	(398)
Mere end 14dage efter hjemkomst	1,0 (4)	13,4 (75)	8	(79)
I alt	100 (392)	100 (560)	100	(952)
Ikke svar på spørgsmålet	8	17		(977)

Tabel 21. Kvinders vurdering af efterfødselsreaktion sammenholdt med barnets nummer i søskendeflokken. Barnets nummer i søskendeflokken er udregnet til 100%. Procent (antal).

Barnets nr. Efterfødselsreaktion	Første barn		Efterfølgende barn		I alt		I alt *
	Thisted	Lyngby	Thisted	Lyngby	Thisted	Lyngby	
Ingen reaktion	59 (72)	56 (134)	62(166)	75(246)	61 (238)	65 (380)	65
Mild reaktion	24 (29)	29 (69)	25 (67)	15 (49)	25 (96)	21 (118)	22
Indgribende reaktion	17 (21)	15 (35)	13 (35)	10 (34)	14 (56)	12 (69)	13
	100 (122)	100(238)	100 (268)	100(329)	100(390)	100(567)	100

* Fordeling af efterfødselsreaktion eller ej i hele materialet.

24. Antal sundhedsplejerskebesøg. Procent (Antal).

	Thisted	Lyngby	Total	N=()
1 – 2 besøg	1 (3)	16 (82)	10	(85)
3 – 4 besøg	7 (25)	41 (206)	28	(231)
5 – 7 besøg	67 (229)	34 (172)	47	(401)
7 – 9 besøg	17 (56)	6 (28)	10	(84)
10 – 12 besøg	5 (18)	2 (12)	3	(30)
13 besøg eller mere	3 (10)	1 (5)	2	(15)
I alt	100 (341)	100 (505)	100	846
Ikke svar på spørgsmålet	59	72		131

LITTERATURLISTE

- Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.R.; Waters, E.; Wall, S (1978) *Patterns of Attachment. A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum
- Andersen, T. (1996) *Reflekterende processer. Samtaler og samtaler om samtalerne*. Dansk Psykologisk Forlag
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag
- Bartholin, A.J.; Erichsen, B. (red.) (1989) *Det muliges kunst. Forebyggelse af kriser, støtte til vækst i småbørnsfamilien*. Hans Reitzels Forlag
- Bateson, G. (1984) *Mind and Nature, A Necessary Unity*. London Fontana, Dansk udgave: *Ånd og natur*. Rosinante
- Bech, P. (1999) *Stress og livskvalitet*. Psykiatrifondens Forlag
- Berggren, G. (1992) *Fødselsdepression – en beretning*. Frydenlund
- Berggren, G. (1992) *Den skjulte lidelse*. Frydenlund
- Bernth, I. (1989) *Freud og udviklingspsykologien*. Psyke og Logos. Københavns Universitet
- Bernth, I. (1989) *Hvis børnepsykologien var opstået i Japan*, i *Psykologi og kultur* (red. Berlinger, P., & Karpatschof, B.). Københavns Universitet
- Bertelsen, A.; Munk-Jørgensen, P. (2000) *De psykiatriske diagnoser*. Psykiatrifondens Forlag
- Boscola, Luigi, Cecchin, Gianfranco, Hoffman, Lynn; Penn, P. (1991) *Systemisk familierapi, Milano metoden*. Hans Reitzels Forlag
- Bowlby, J. (1994) *En sikker base*. Det Lille Forlag
- Bowlby, J. (1969/85) *Attachment and Loss. Vol 1-3*. Hogarth Press. London
- Bowlby, J. (2000) *At knytte og bryde nære bånd*. Det Lille Forlag
- Brodèn, M.B. (1991) *Mor og barn i ingenmandsland*. Hans Reitzels Forlag
- Brodèn, M.B. (1992) *Barnet viser vejen – hvis det bliver set*. Hans Reitzels Forlag
- Brodèn, M.B. (1992) *Psykoterapeutiske interventioner under spædbarnsperioden*. Trelleborg, Förlagshuset Swedala
- Brodèn, M. (2004) *Graviditetens muligheder*. Akademisk Forlag
- Brudal, L.F. (1983) *Fødsels psykologi*. Aschenhoug, Oslo
- Brøndsted V, Guldager E. (1994) *Barselspleje på kort tid - omsorg nok?* Københavns Kommune.
- Burnham, John B. (1997) *Familieterapi, en introduktion til systemisk teori og praksis*. Hans Reitzels Forlag

- Cecchin, G. (1987) *Gensyn med hypotesedannelse*. Family Process 26 (oversat af Ellen Blæk og Per Kirk Jørgensen)
- Chamberlain, D. (1992) *Babyer husker fødslen*. Kreatik
- Christensen, E. (1980) *Første barn. Sociale og psykiske ændringer for kvinden, manden og parret*. Dansk Psykologisk Forlag
- Christensen E. (2000) *Det 3-årige barn Rapport nr. 3 fra forløbsundersøgelsen af børn født i efteråret 1995*. Socialforskningsinstituttet
- Christensen E. (2004) *7 års børneliv. Velfærd, sundhed og trivsel hos børn født i 1995*. Socialforskningsinstituttet
- Christoffersen MN. (1998) *Spædbarnsfamilien. Rapport nr. 1 fra forløbsundersøgelsen af børn i født i efteråret 1995*. Socialforskningsinstituttet
- Christoffersen MN. *Social støtte til børn. En undersøgelse af børn, der modtog hjælp i henhold til Serviceloven for første gang i 1998. 5. delrapport i evaluering af den forebyggende indsats overfor børn og unge*. 2002. Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport
- Cole, M. & Cole, S. (1996) *The Development of Children*. W.H. Freeman and Company, New York.
- Cooper, P.J.; Murray, L. (1995) *Causes and Recurrence of Postnatal Depression. Evidence of the Specificity of the Diagnostic Concept*. British Journal of Psychiatry
- Curham, Siobhan (2000) *Antenatal and postnatal depression*. London .Velmilion
- Davidson-Nielsen, M., Leick, N (1987) *Den nødvendige smerte*. Socialpædagogisk Bibliotek. Munksgaard
- Egelund, M. (1997) *En forskel, der gør en forskel*. Hans Reitzels Forlag
- Elkäin, M. (1990) *Hvis du elsker mig, så elsk mig ikke*. Politisk Revy
- Fog, J. (1998) *Saglig medmenneskelighed*. Hans Reitzels Forlag
- Fonagy P, Steele, H. & Steele, M. (1991) *Maternal Representations of Attachment during Pregnancy predict the Organisation of Infant-Mother Attachment at One Year of Age*. Child Development
- Frederiksson. M. (1993) *Evas bog*. Lindhardt og Ringhof
- Goldberg S.; Muir, R.; Kerr, J. (red.) (1995) *Attachment Theory*. NY/London, The Analytic Press
- Guldager E, Thorup H. (1977) *Barseldage*. Dansk Sygeplejeråd
- Guldager E. (1992) *Sundhedsplejen på vægten*. Munksgaard
- Gut, E. (1991) *Den gode depression*. Hans Reitzels Forlag

- Hansen, J. (1997) *Udviklingsrum*. Udviklings- og forvandlingscentret for Fyn og Sønderjylland
- Hansen, J, Hammershøi, A, Bossi-Andersen, G. (2003) *Tidlig indsats overfor særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier*. En rapport udarbejdet af UFC.
- Havnesköld, L.; Risholm Mothander, P. (1997) *Udviklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nyt perspektiv*. Hans Reitzels Forlag
- Hesse, E. (1999) *The Adult Attachment Interview. – Historical and current perspectives*. In: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (eds.). New York/London. Handbook of Attachment.
- Hoff, B. (1992) *Peter Plys og hans tao*. Rhodos
- Hoffmann, L. *La oss legge makt og kontroll bak oss: Mot en 2. ordens systemisk familierap”*
Fokus på Familien
- Holme, M.; Humle, A. (1996) *Fra problem til løsning*. Akademisk Forlag
- Holmes, J (1993) *John Bowlby and Attachment Theory*. London/New York
- Hårtveit, H; Johnsen, A; Tømmerås, S (1988) *Gennem speilet og tilbake*. Tano A.S.
- Hårtveit, H; Jensen, P. (1999) *Familien plus en - innføring i familierapi*. Tano A.S.
- Jensen, K.S. (1985) *Rapport fra et glashus. Om oplevelsen af en fødselspsykose*. Gyldendal
- Jensen, T.K.; Johnsen, T.J. (2000) *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Philosophia
- Jonas, E. (1996) *Familierapi i systemisk perspektiv: Udviklingstendenser inden for systemisk terapi efter Milano-metode*. Dansk Psykologisk Forlag
- Kamper- Jørgensen F, Madsen M, Sørensen TK, Rasmussen NK, Roepstorff C, Bjerregaard (1984) *Graviditet, fødsel og valg af fødested – kvindernes oplevelser, ønsker og meninger*. DIKE
- Kaare J. (2002) *Hjælp til nybagte mødre* Vital, Sundhedsstyrelsen
- Keiser, L.; Lind, M.A.(1986) *Supervision og konsultation*. Socialpædagogisk Bilbiotek,
Munksgaard
- Killen, K. (2002) *Barndommen varer i generationer*. Hans Reitzels Forlag
- Killen, K, Olofsson M.(red.) (2004) *Sårbare børn. Børn, forældre og rusmiddelproblemer*.
Akademisk forlag.
- Lindved, K. (1980) *Graviditet, fødsel og efterfødsel*. Hans Reitzels Forlag
- Lindved, K. (1987) *Fødselsdepression*. Forældre og Fødsel
- Madsen, S Aa. (2000) *Bånd der brister. Bånd der knyttes*, Hans Reitzels Forlag
- Madsen, S Aa, Lind D, Munck H. (2002) *Fædres tilknytning til spædbørn*. Hans Reitzels Forlag
- Mahler, M.S. (1988) *Barnets psykiske fødsel*. Hans Reitzels Forlag

- Main, M. (1998) *Adult Attachment Scoring and Classification System, Version 6.3* Unpublished manuscript, Dept of Psychology, Berkeley, California, USA
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985) *Security in Infancy. Childhood and Adulthood: A Move to the Level of Representation. Growing points of Attachment Theory and Research*. I Bretherton, I. & Waters, E. Monographs of the Society of Research in Child Development
- Marnér, Torben (1994) *Kom - lad os snyde problemet*. Hans Reitzels Forlag
- Marnér, Torben (1999) *Barnet i familierapi*. Fokus på familien
- Mosbæk, C. (1996) *Det nyfødte barn – de nye forældre*. Hans Reitzels Forlag
- Murray, L; Andrews, L. (2000) *The Social Baby*, Richmond. Surrey, UK
- Møller, B.; Holm, P.(red) (2001) *Når mor eller far er psykisk syg 2. En artikelsamling*. Socialt Udviklingscenter SUS
- Nørretranders, T. (2000) *Mærk verden: En beretning om bevidsthed*. Gyldendal
- Oestrich, I.H. (1987) *Tanker og følelser*. Munksgaard
- Oestrich, I.H. (1998) *Selvtillidstræning*. Psykiatrifondens Forlag
- Poulsen, A. (1994), *Børns udvikling*. Gyldendals Forlag A/S, København
- Rechenbach, A; Cashman, B.(1999) *Tilknytningsteorien og dens anvendelse i klinikken*. Nordisk Psykologi
- Rechenbech, A, Lampe, L. (1996), *Når tilknytning er et problem*, Psykolog Nyt. Dansk Psykolog Forening, København
- Roug, P. (2002) *Marte Meo i praksis – bedre samspil ved egen kraft*. Gyldendal
- Schaffer, R.H. (1993) *Beslutninger om børn*. Hans Reitzels Forlag A/S, København
- Schødt, B.; Egelund, T Aa. (2000) *Fra system teori til familierapi*. Paludans Forlag
- Sebastian Linda (1998) *Overcoming Postpartum Depression and Anxiety*. Addicus Books, inc. Omaha, Nebraska.
- Selvini Palassoli, M.; Boscola, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1994) *Hypotesedannelse, cirkularitet, neutralitet. Nøgleord i familierapi*, oversat af Knud Munck. Family Proces
- Sisson, C.P. (1991) *Rebirthin*. Forlaget Lotus
- Smith, L.; Ulvund, S.E. (1999) *Spædbarnsaldere*. Universitetsforlaget
- Sommer, D. (1996) *Barndomspsykologi – udvikling i en forandret verden*. Hans Reitzels Forlag
- Sommer D. (2001) *At blive en person*. Hans Reitzels Forlag
- Steele, H., Steele, M. & Fonagy, P. (1996) *Associations among Attachment Classifications of Mothers, Fathers and their Infants*. Child Development

- Steele, M.; Steele, H; Fonagy, P. (1996) *Associations Among Attachment Classifications of Mothers, Fathers and Their Infants: Evidence for a Relationship-Specific Perspective*. I Child Development
- Stern, D.N. (2000) *Spædbarnets interpersonelle verden*. Hans Reitzels Forlag
- Stern, D.N. (1997) *Moderskabskonstellationen*. Hans Reitzels Forlag
- Stern, D.N. (1998) *De første seks måneder*. Hans Reitzels Forlag
- Stern, D.N.; Bruschiweiler-Stern, N; Freeland, A. (2001) *En mor bliver til*. Hans Reitzels Forlag
- Sundhedsstyrelsen (1995) *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge*. Retningslinier
- Sundhedsstyrelsen (1998). *Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse*. Sundhedsstyrelsen
- Sündet, R. (1988) *Objektivitet i parentes*. Fokus på familien nr. 1
- Tomm, K. (1989) *Systemisk intervjuetodikk*. Moreld, Stockholm
- Tomm, K. (1992) *Er hensigten at stille lineære, cirkulære strategiske eller reflekserive spørgsmål*. (oversat af Torben Marner). Forum
- Uddenberg, N. (1977) *Graviditeten og fødselns psykologi*. Hans Reitzels Forlag
- Van Ijzendoorn, M.H. & Backermans-Kranenburg, M. (1995) *Adult Attachment Representations, parental responsiveness and infant attachment – a metaanalysis of the predictive validity of the Adult Attachment Interview*. Psychological Bulletin
- Villumsen L. (1992) *Fødselsdepressioner – efterfødselseffekt*. Forældre og fødsel
- Villumsen L. (1999) *Det svære moderskab*. FOA-bladet Månedssblad
- Villumsen, L. (1999). *Er man syg eller er man sund, når man reagerer på overbelastning?* Forældre og fødsel
- Villumsen, L. (1993-2000) *Forebyggelse af efterfødselsreaktioner i Region Nord, Viborg Amt:1-4. del rapporter*. Thisted Kommune
- Villumsen, L. (red. Hansen, M, Weinreich E.) (2003) *Mødre med efterfødselsreaktioner*, i Sundhedspleje - teori og praktik. Munksgaard
- Wambach, H. (1981) *Livet under livet*. Borgen
- Winnicott, D.W. (1996) *Familien og den individuelle udvikling*. Det lille forlag
- Wisterstrøm, L. (2000) *Kontext og diagnos*. Fokus på familien
- Yalom, I.D. (2001) *Kærlighedens bøddel*. Hans Reitzels Forlag
- Ølgaard, B. (1999) *Kommunikation og økomentale systemer*. Akademisk Forlag