

2024

Tidlige indsatser for familier med psykosocial sårbarhed

National kortlægning i kommunal sundhedspleje, på regionale fødesteder og i frivillige organisationer



Region
Hovedstaden

KØBENHAVNS
PROFESSIONS
HØJSKOLE



Denne rapport er udarbejdet i et samarbejde mellem Jordemoderuddannelsen, Købehavns Professionshøjskole og Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden.

Forfattere

Helle Johnsen
Mette Kabell Hansen
Mette Langeland Iversen
Lotte Broberg
Katrine Røhder
Eva Rydahl
Sara Mbaye Karentius
Michaela Louise Schiøtz

Rapporten citeres således:

Johnsen H, Hansen MK, Iversen ML, Broberg L, Røhder K, Rydahl E, Karentius SM, Schiøtz ML. Tidlige indsatser for familier med psykosocial sårbarhed - National kortlægning i kommunal sundhedspleje, på regionale fødesteder og i frivillige organisationer. 2024.

Indhold

Introduktion	1
Metode	2
Formål og forskningsspørgsmål	2
Afgrænsning	2
Rekruttering og samtykke	3
Indsamling og analyse af data	3
Resultater	4
Geografiske forskelle i udbuddet af indsatser	4
Indsatser i kommuner, på fødesteder og i frivillige organisationer	5
Individuelle indsatser i kommuner, på fødesteder og i frivillige organisationer	6
Gruppebaserede indsatser i kommuner, på fødesteder og i frivillige organisationer	7
Partnerens adgang til indsatser i kommuner og på fødesteder	9
Indsatser til familier med psykosociale sårbarheder	10
Opsporingen af og tilbud til familier med psykosociale sårbarheder	10
Faktorer, der påvirkede opsporing, udbud og deltagelse	10
Samarbejde omkring indsatser på tværs af sektorer	12
Indsatsernes grundlag, drift og evaluering	12

Diskussion	13
Ulighed i adgangen til tilbuddene	13
De fagprofessionelles kvalifikationer	14
Påkrævede kompetencer og færdigheder hos familierne	14
Fokus på familien	15
Manglende viden om indsatsernes effekt	16
Rapportens begrænsninger og styrker	16
 Anbefalinger	 17
 Referencer	 18

Bilag 1 - Informationsskrivelse

Introduktion

Psykosociale sårbarheder er hyppigt forekommende blandt gravide og kan have negative helbredsmæssige konsekvenser for moderen, barnet og familien som helhed (1). Forskning har bl.a. vist, at hvis den gravide har haft traumatiske oplevelser i barndommen eller oplever mentale helbredsudfordringer op til eller under graviditeten, har hun en øget risiko for graviditets- og fødselskomplikationer, nedsat livskvalitet og problemer i parforholdet (1–5). Ligeledes er psykiske lidelser hos moderen eller partneren forbundet med en øget risiko for, at barnet udvikler adfærdsmæssige eller psykiske vanskeligheder (6–9). Der er således et stort behov for at identificere og støtte gravide og nye familier (moderen og partneren) med psykosociale sårbarheder for at kunne forebygge negative indvirkninger på familiernes sundhed og trivsel på både kort og lang sigt.

Trods internationale anbefalinger om nationale screenings- og behandlingsprogrammer (10) er der i Danmark pt. ingen systematisk screening for psykosociale sårbarheder under graviditeten, ligesom der mangler generelle tilbud om støtte og behandling for den voksende gruppe af gravide/familier med psykosociale sårbarheder (1,11). Sundhedsdatastyrelsen arbejder i øjeblikket på at udbrede et nationalt spørgeskema med Patient Rapporterede Oplysninger (PRO-skema) til gravide. Skemaet omfatter bl.a. spørgsmål omkring psykosociale sårbarheder, og der er således fokus på området hos sundhedsmyndighederne.

Denne rapport bygger videre på resultaterne fra to forskningsprojekter; "Usynlig sårbar" og "Det første skridt", hvor tre forskellige spørgeskemaer¹ til opsporing af psykosociale sårbarheder blandt gravide blev afprøvet (12–14). Resultater fra de to projekter viste bl.a., at de gravide oplevede det både relevant og acceptabelt at besvare spørgeskemaerne (13,15). Videre viste resultaterne, at selvom redskaberne primært blev afprøvet blandt gravide indplaceret i svangreomsorgens niveau 1 og 2, som omfatter kvinder vurderet til at have lav risiko for psykosocial sårbarhed, rapporterede en betydelig andel af de deltagende gravide traumatiske opvækstbetingelser (10-12%), oplevede stressende begivenheder indenfor det seneste år (27%), et højt bekymringsniveau (12%), symptomer på depression (op til 17%) og en forhistorie med mentale vanskeligheder (29%) (14).

Nationale anbefalinger og vejledninger for forebyggende indsatser til gravide og nye familier anbefaler, at udsatte gravide og familier tilbydes særlig støtte i graviditeten og efter fødslen (16,17). Fokus har de seneste år primært været rettet mod gravide og familier med komplekse problemstillinger og sårbarheder, fx misbrug af alkohol eller alvorlige psykiske lidelser. Disse familier har behov for tværfaglige og tværsektorielle indsatser, hvilket bl.a. kommer til udtryk i prioriteringen af de nye familiehuse i landets kommuner (18).

¹ I Usynlig sårbar-projektet blev 'Adverse Childhood Experiences questionnaire' afprøvet på tre fødeafdelinger i Region Sjælland. I Det første skridt-projektet blev en kombination af 'Edinburgh Postnatal Depression Scale' og 'The Antenatal Risk Questionnaire' afprøvet på en fødeafdeling i Region Hovedstaden.

Omvendt har der i mindre grad har været fokus på gravide og familier med mere almindeligt forekommende psykosociale sårbarheder, fx symptomer på depression, angst eller negative barndomsoplevelser. Der er tidligere udarbejdet rapporter, som kortlægger eller sammenfatter tidligere kortlægninger af indsatser for sårbare familier i Danmark. Disse rapporter afdækker indsatser i perioden 2017-2021 (11,19,20). Da udbuddet af indsatser kontinuerligt ændrer sig, og da resultaterne fra 'Usynlig sårbar' og 'Det første skridt' indikerer, at andelen af gravide med psykosociale sårbarheder i svangreomsorgens niveau 1 og 2 er større end tidligere antaget, er der behov for at afdække, hvilke indsatser, der aktuelt tilbydes gruppen af gravide og familier i en psykosocialt sårbar situation. Dette også mhp. øget indsigt i, hvilke indsatser, der fremadrettet kan være behov for.

Metode

Formål og forskningsspørgsmål

Det overordnede formål med denne kortlægning er at afdække aktuelle indsatser målrettet gravide eller nye familier med psykosociale sårbarheder, som leveres i graviditeten eller de første tre måneder efter fødslen hos den kommunale sundhedspleje, regionale fødesteder og frivillige organisationer i Danmark.

Kortlægningen tager afsæt i følgende spørgsmål:

1. Hvem er indsatsens målgruppe, og hvordan opspores til indsatsen?
2. Hvordan er indsatsen organiseret og tilrettelagt?
3. Hvilke fagprofessionelle indgår i udførelsen af indsatsen?
4. Hvilke faktorer påvirker indsatsens gennemførlighed i praksis?
5. Hvordan driftes og evalueres indsatsen?

Afgrænsning

I denne kortlægning har vi afdækket indsatser, der alene er målrettet gravide eller nye familier med psykosociale sårbarheder, og som udbydes af den kommunale sundhedspleje, regionale fødesteder² eller relevante frivillige organisationer. Vi har således afgrænset vores kortlægning fra indsatser, der tilbydes til alle gravide/familier, uagtet at disse kan have relevans for familier med psykosociale sårbarheder. Desuden er indsatser i denne kortlægning udelukkende beskrevet, hvis de opstartes i graviditeten eller de første tre måneder efter fødslen.

Afgrænsningen af indsatser tager videre udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens (SST) anbefalinger og vejledninger til regioner og kommuner omkring tilbud til gravide og nye familier, herunder også gravide og familier med psykosociale sårbarheder (16,17). Indenfor

² De regionale fødetilbud i ø-ordningerne på Samsø, Læsø og Ærø ej medtaget pga. det lave antal fødsler årligt.

svangreomsorgen (17) anbefaler SST, at gravide med særlige behov tilbydes ekstra eller længere jordemoderkonsultationer, det kan fx være gravide med velbehandlet psykisk lidelse eller par, der tidligere har mistet et barn i graviditeten (niveau 2). Dertil anbefales det, at der oprettes tværfaglige teams til varetagelse af svangreomsorgen for gravide med fx psykiske lidelser eller social udsathed (niveau 3), samt at der altid iværksættes et tværsektorielt samarbejde med socialforvaltningen omkring gravide med forbrug af alkohol eller rusmidler, svære psykiske lidelser eller alvorlig social belastning (niveau 4). For den kommunale sundhedspleje (16) omfatter SST's vejledning, at sundhedsplejen tilbyder graviditetsbesøg og ekstra besøg efter fødslen til gravide og familier med særlige behov. Da førnævnte tilbud og indsatser er forventelige i relation til anbefalingerne, beskrives de ikke i denne rapport. Derudover gælder det for indsatser i kommuner og regioner, at disse er medtaget, hvis de drives af hhv. den kommunale sundhedspleje eller det regionale fødested.

Rekruttering og samtykke

Informanter i undersøgelsen er repræsentanter fra den kommunale sundhedspleje (sundhedsplejersker), regionale fødesteder (jordemødre) samt repræsentanter fra relevante frivillige organisationer. Alle danske regioner og kommuner blev kontaktet. De fleste informanter var lokale ledere, mens en mindre andel varetog en koordinerende rolle eller nøglefunktion ift. familier i en psykosocialt sårbar situation. Identifikation af relevante frivillige organisationer foregik gennem en indledende søgning på internettet samt gennem forfatterens netværk. I alt identificeredes 20 potentielt relevante organisationer. Heraf havde otte organisationer tilbud, der specifikt var målrettet psykosocialt sårbare gravide og/eller nye familier, med opstart i graviditeten eller i de første tre måneder efter fødslen. Disse otte organisationer blev inviteret til at deltage i et interview.

Informanterne blev kontaktet telefonisk og via mail og inviteret til deltagelse i undersøgelsen. Ved manglende respons på denne invitation fulgte minimum to yderligere henvendelser på mail, telefon og/eller sms. Inden informanterne gav samtykke til at deltage, fik de skriftlig information om formålet med undersøgelsen, behandling og anvendelse af data, samt frivillighed ift. deltagelse. Desuden blev informanterne lovet personlig anonymitet (se Bilag 1, Informationsskrivelse).

Indsamling og analyse af data

Indsamling af data foregik fra februar 2024 til og med juni 2024. Data blev hovedsageligt indsamlet gennem online- eller telefoninterviews (n=106). I alt deltog 20 (91%) regionale fødesteder, 78 (80%) kommuner samt otte frivillige organisationer. Årsager til manglende deltagelse i undersøgelsen var manglende tilbagevenden på invitationen, personalemangel,

travlhed og sygdom. For de fødesteder og kommuner, der ikke deltog i interview, blev data indsamlet via tilgængelige oplysninger på offentlige hjemmesider (n=20)³.

En struktureret interviewguide, der tog afsæt i undersøgelsens forskningsspørgsmål, blev anvendt til at indsamle data. Informanterne bestemte selv tidspunkt for interviewet, samt om det skulle foregå online eller via telefon. Interviewene blev udført af jordemødre og forskere H.J., M.K.H. og M.L.I. og blev optaget og transskriberet ved hjælp af et transskriptionsprogram, som imødekom nationale krav til databeskyttelse. Interviewene varede gennemsnitligt 30 minutter.

Analyse af data trak på principper fra summativ indholdsanalyse (21). Denne tilgang gav mulighed for at kombinere kvantitative optællinger med beskrivelser, sammenligninger og fortolkninger af data. Følgende trin indgik i analysen: (1) Identifikation af nøgleområder, (2) gennemlæsning af data og (3) kondensering af fund i hoved- og subkategorier. Forfattere H.J. og M.K.H. var primært ansvarlige for analysens tre trin, mens alle forfattere medvirkede til udarbejdelsen af rapporten.

Resultater

I det følgende præsenteres kortlægningens resultater opdelt i to underafsnit. Første underafsnit omhandler en kvantitativ præsentation af tilgængelige indsatser i kommuner, på regionale fødesteder og i frivillige organisationer. Andet underafsnit omhandler en indholdsmæssig analyse af data, hvor sammenligninger og fortolkninger finder sted.

Geografiske forskelle i udbuddet af indsatser

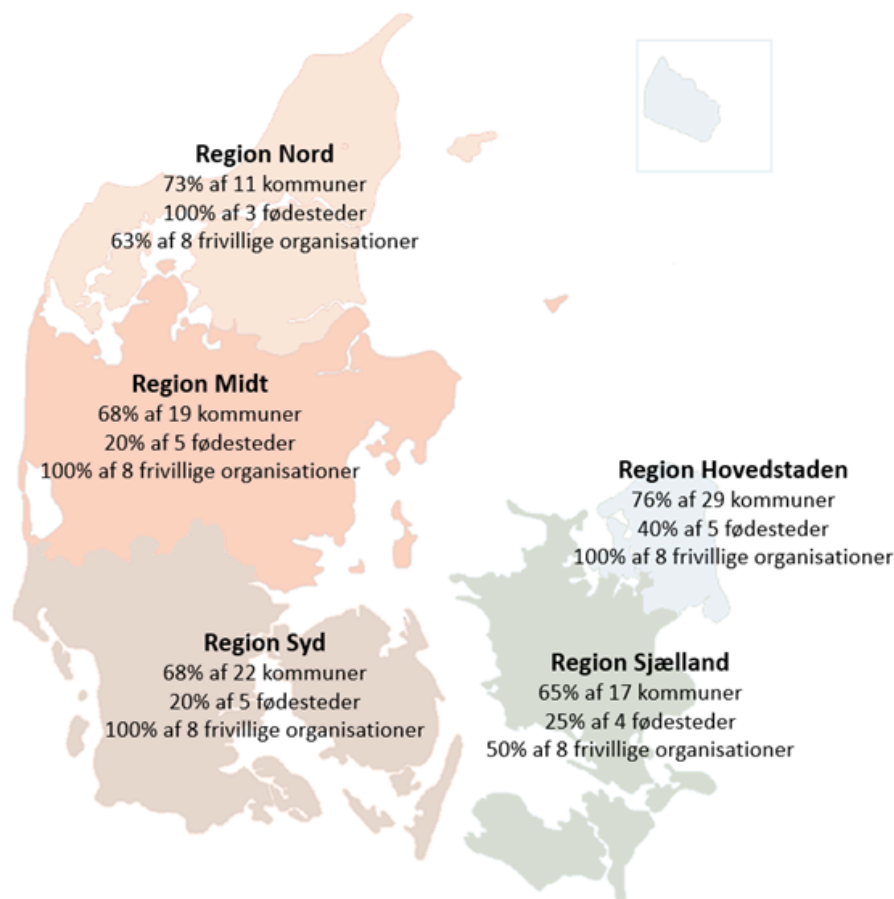
Data viste, at udbuddet og typen af indsatser målrettet familier med psykosociale sårbarheder varierede på tværs af de danske regioner. Figur 1 viser andelen af kommuner, fødesteder og frivillige organisationer⁴, der tilbyder en indsats målrettet psykosocialt sårbare familier fordelt på landets fem regioner. I gennemsnit udbød 70% af landets kommuner en indsats målrettet psykosocialt sårbare familier, mens der var en variation på 20-100% ift., hvor mange fødesteder i de fem regioner der udbød en indsats. Tilgængeligheden af tilbud fra de frivillige organisationer varierede fra fire tilbud i Region Sjælland til otte tilbud i hhv. Region Midt, Syd og Hovedstaden.

³ Indsatser i Læsø Kommune og Svendborg fødeafdeling blev afdækket under hhv. Frederikshavn Kommune og Odense fødeafdeling.

⁴ Eftersom flere af de frivillige organisationers indsatser går på tværs af kommunegrænser, tager figuren udgangspunkt i indsatser på regionalt niveau. De organisationer, som udbyder landsdækkende indsatser, er vist i alle 5 regioner.

Indsatser i kommuner, på fødesteder og i frivillige organisationer

Figur 1: Andelen af kommuner, fødesteder hhv. frivillige organisationer med indsats(er) til gravide eller familier med psykosociale sårbarheder.



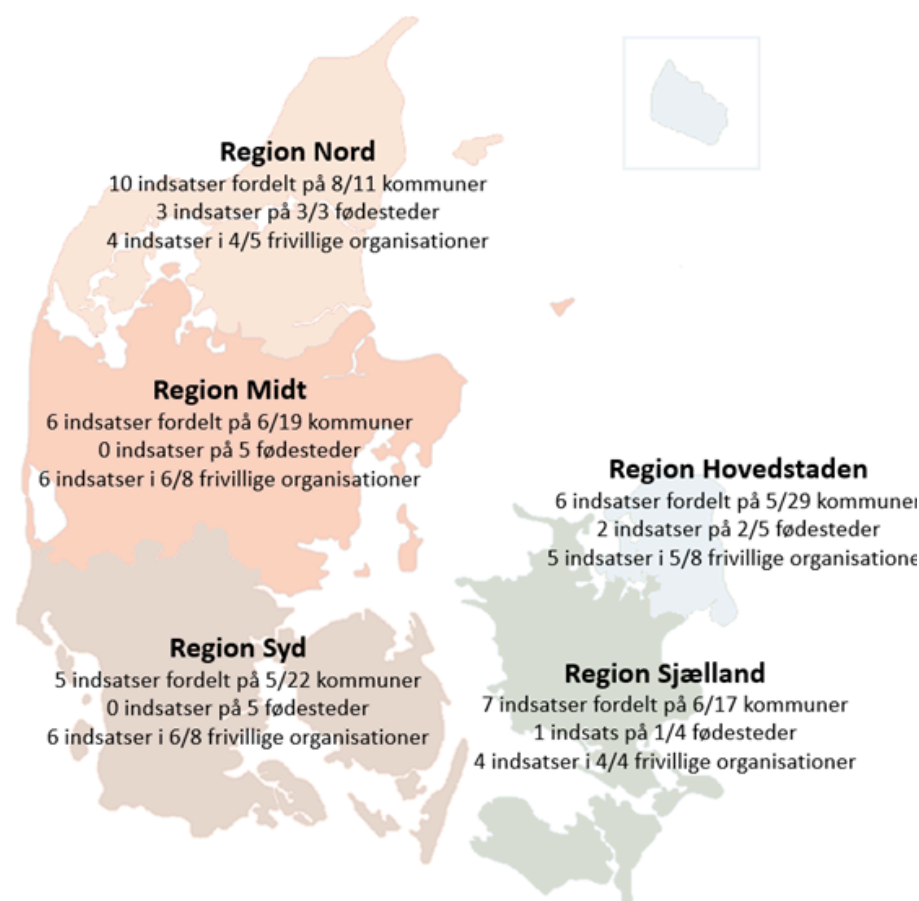
Kortlægningen viste desuden, at der var forskel på, hvilke typer af indsatser, der blev udbudt gennem den kommunale sundhedspleje, fødestederne, og de frivillige organisationer. Overordnet kunne indsatserne inddeles i to forskellige typer; individuelle indsatser og gruppebaserede indsatser.

De individuelle indsatser omfatter indsatser målrettet den gravide/moderen og/eller partneren eller familien, fx et tværfagligt familiebehandlingsprogram i hjemmet. Videre omfatter de individuelle indsatser tilbud om rådgivning, støtte og praktisk hjælp i de frivillige organisationer, fx en forældreven eller støtte ifm. fødslen.

Gruppebaserede indsatser omfatter indsatser målrettet en gruppe af deltagere, fx mødre med efterfødselsreaktion eller unge mødre. Det primære formål med gruppeformen er at facilitere muligheden for at dele tanker og følelser, samt danne netværk. Andre formål med disse indsatser er at bidrage til større viden om barnets udvikling og adfærd samt forskellige redskaber til håndtering af egne reaktioner.

Individuelle indsatser i kommuner, på fødesteder og i frivillige organisationer

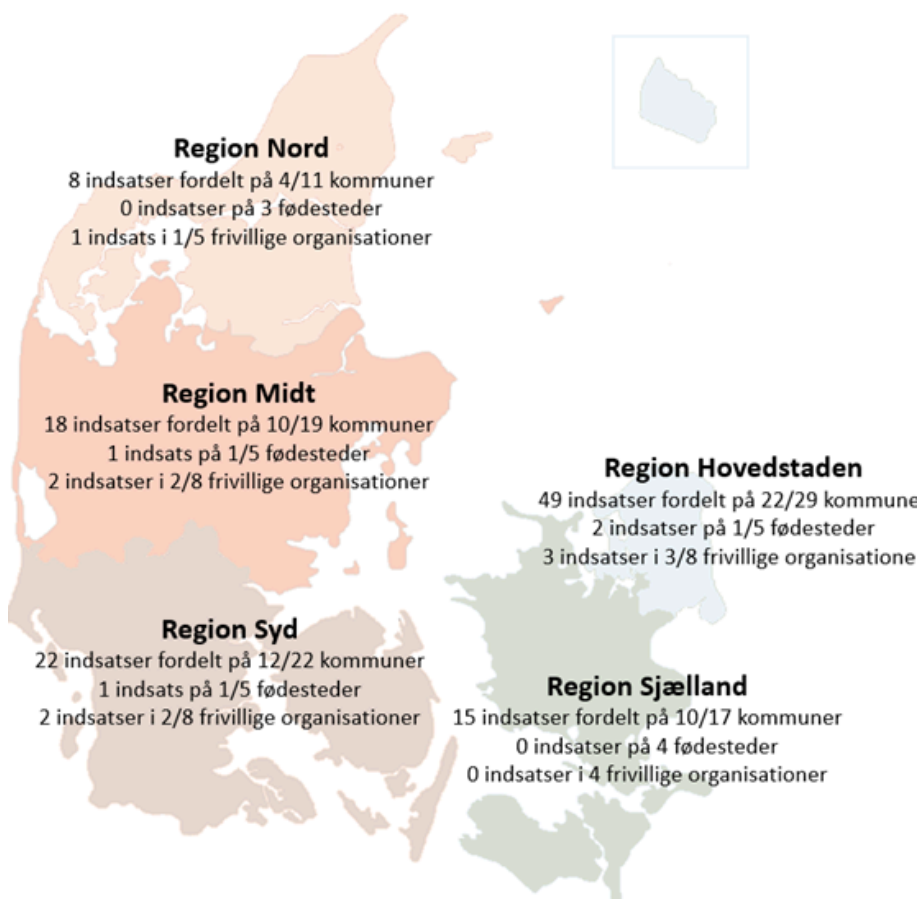
Figur 2: Andelen af kommuner, fødesteder hhv. frivillige organisationer med individuelle indsats(er) til gravide eller familier med psykosociale sårbarheder.



Af figur 2 fremgår det, at størstedelen af de individuelle indsatser blev udbudt gennem den kommunale sundhedspleje. Der var stor variation i antallet af individuelle kommunale indsatser i de enkelte regioner. I Region Nordjylland udbød kommunerne proportionelt flest individuelle indsatser, mens kommunerne i Region Hovedstaden proportionelt udbød færrest. På de regionale fødesteder var det ligeledes Region Nordjylland, som proportionelt udbød flest individuelle indsatser, mens denne type indsatser ikke blev udbudt på fødestederne i Region Midtjylland og Syddanmark. Størstedelen af de frivillige organisationer udbød individuelle indsatser, heraf var flere indsatser landsdækkende.

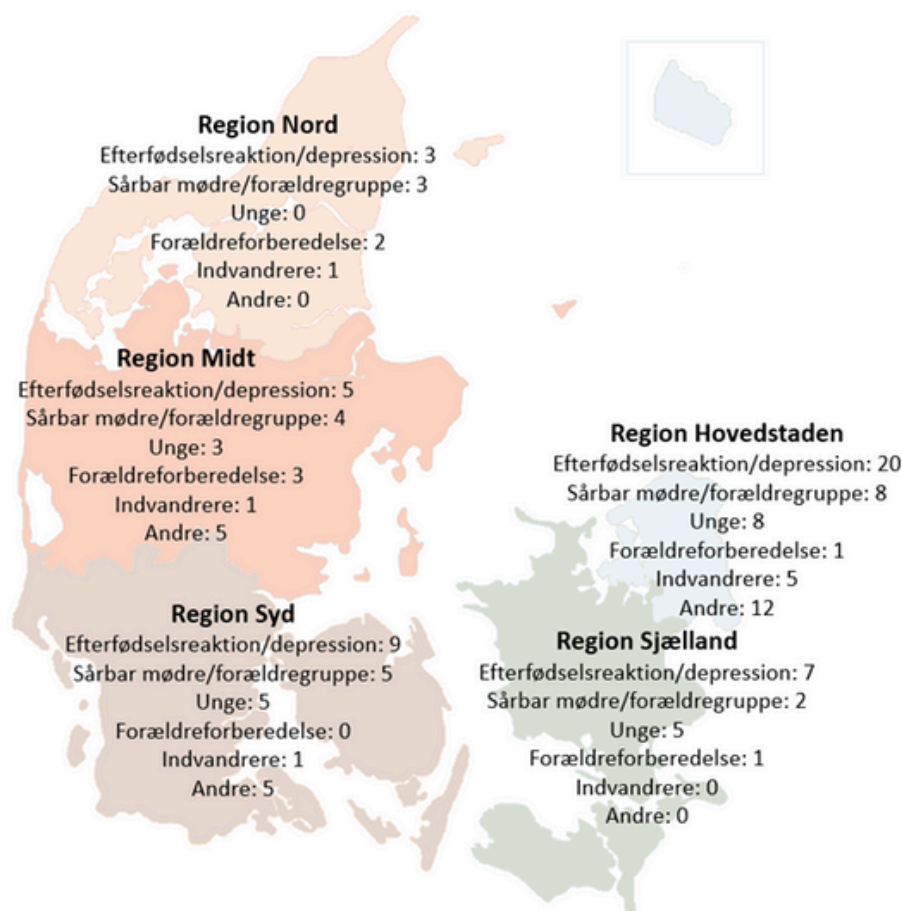
Gruppebaserede indsatser i kommuner, på fødesteder og i frivillige organisationer

Figur 3a: Andelen af kommuner, fødesteder hhv. frivillige organisationer med gruppebaserede indsatser til gravide eller familier med psykosociale sårbarheder.



Figur 3a viser, at gruppebaserede indsatser primært blev udbudt gennem den kommunale sundhedspleje. Sammenlignet med individuelle indsatser blev der udbudt væsentligt flere gruppebaserede indsatser. Region Hovedstaden og Midtjylland var de regioner, hvor kommunerne proportionelt udbød flest gruppebaserede indsatser. I regionerne udbød fødesteder i Region Nordjylland og Sjælland ikke gruppebaserede indsatser målrettet psykosocialt sårbare gravide eller familier. Kun en mindre andel af de frivillige organisationer udbød gruppebaserede indsatser.

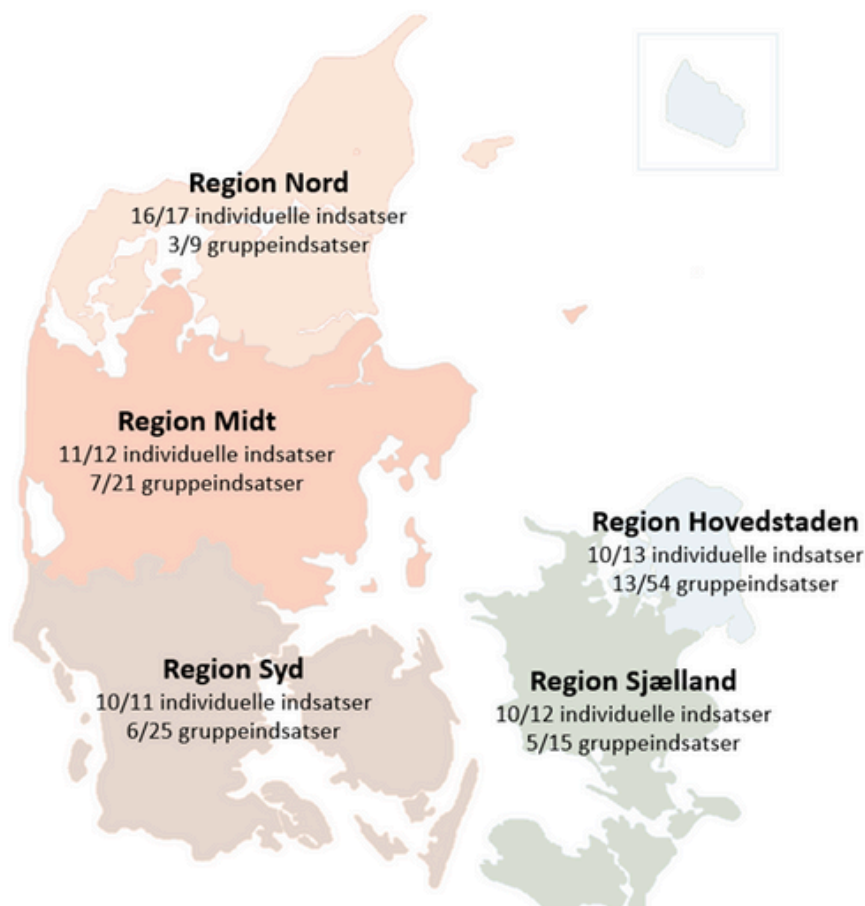
Figur 3b: De forskellige målgrupper for gruppebaserede indsatser i kommuner, fødesteder hhv. frivillige organisationer.



Figur 3b viser, at de udbudte gruppeindsatser oftest var målrettet forældre med efterfødselsreaktion/depression. Mødre- eller forældregrupper for sårbare var den næstmest udbudte gruppeindsats. Gruppeindsatser målrettet unge var ikke tilgængelige, hverken i kommuner eller på fødesteder i Region Nordjylland, hvilket adskilte sig fra resten af landet. Forældreforberedende gruppeindsatser var proportionelt flest i kommunerne i Region Nordjylland og Midtjylland, i de øvrige regioner var én eller ingen kommuner med sådanne tilbud. Ingen af de regionale fødesteder udbød forældreforberedende indsatser målrettet gravide eller kommende familier med psykosociale sårbarheder. Gruppeindsatser målrettet psykosocialt sårbare indvandrere var den mindst tilgængelige gruppeindsats (4 kommuner og 1 frivillig organisation). Gruppeindsatser i kategorien "andre" omfattede bl.a. gruppetilbud til familier, der lever med vold. Denne type indsats var tilgængelig i Region Hovedstaden (4 kommuner, 1 fødested), men ikke i de øvrige regioner.

Partnerens adgang til indsatser i kommuner og på fødesteder

Figur 4: Andelen af indsatser til gravide eller familier med psykosociale sårbarheder i kommuner hhv. fødesteder, hvor partneren kan deltage på lige fod med moderen.



Af figur 4 fremgår det, at partneren kunne deltage i størstedelen af de individuelle indsatser i kommuner, regioner og frivillige organisationer. Undtaget var fx enkelte samtaleforløb for den kommende mor i graviditeten. Kun ganske få individuelle indsatser var udelukkende målrettet partneren, fx et individuelt samtaleforløb for fædre med efterfødselsreaktion/depression. I gruppeindsatser havde partneren markant sjældnere mulighed for at deltage på lige fod med moderen. Undtaget var fx gruppeindsatser med forældreforberedelse eller gruppeindsatser specifikt for fædre med efterfødselsreaktion/depression. Overordnet var de fleste indsatser på tværs af kommuner, regionale fødesteder og frivillige organisationer primært et tilbud til moderen.

Indsatser til familier med psykosociale sårbarheder

Opsporingen af og tilbud til familier med psykosociale sårbarheder

Informanterne beskrev gruppen af familier med psykosociale sårbarheder som en meget heterogen gruppe, hvor forskellige sårbarheder ofte var til stede på samme tid. Blandt informanter i sundhedsplejen og på fødestederne var det forskelligt, hvordan specifikke målgrupper blev defineret, fx alderskriterier for tilbud til unge, eller hvornår man havde en efterfødselsreaktion/depression. Sårbarheder, der var kendte i forvejen eller synlige, var ifølge informanterne nemmere at adressere, end hvis disse ikke fremgik af moderens journal eller blev oplyst af moderen. Desuden oplevede informanterne, at familier med psykosociale sårbarheder fandtes i alle samfundets lag.

Opsporing til indsatserne foregik gennem eksisterende arbejdsgange. Nogle fødesteder anvendte svangrejournalen optaget af egen læge til at vurdere familiens psykosociale sårbarhed, mens andre fødesteder kombinerede svangrejournalen med en yderligere screening af den gravide/familien, fx ved hjælp af et PRO-skema eller et opsporingsinterview. Efter fødslen foregik identifikation af psykosocial sårbarhed primært gennem opsporing af efterfødselsreaktioner og depression. Nogle kommuner screenede moderen, mens andre kommuner screenede både moderen og partneren. Flere kommuner (39%, 38 kommuner) tilbød en indsats rettet mod efterfødselsreaktioner og depression hos mødrene, mens markant færre kommuner (14%, 14 kommuner) tilbød samme indsats til partneren. Af tilbud til partneren havde fem kommuner et tilbud rettet specifikt mod partneren, mens de resterende ni kommuner tilbød partneren deltagelse på lige fod med mødrene. Udover opsporing af efterfødselsreaktioner og depression, screenede størstedelen af kommunerne spædbørnene for tidlige tegn på udfordringer i den sociale kontakt mhp. at opspore tidlige tilknytnings- og relationelt betingede vanskeligheder⁵. På fødestederne var der forskel på, hvorvidt man ved deltagelse i en indsats blev omplaceret til et højere niveau i svangreomsorgen (niveau 3 eller 4), eller man forblev i det svangreniveau, hvor man oprindeligt var indplaceret.

Faktorer, der påvirkede opsporing, udbud og deltagelse

Informanter fra sundhedsplejen og fødestederne gav udtryk for, at oplysninger om den gravides/familiens evt. psykosociale sårbarhed kunne mangle i svangrejournalen. Disse oplysninger var betydningsfulde for, hvilket niveau af svangreomsorgen den gravide skulle indplaceres i, samt hvilke indsatser den gravide eller familien skulle tilbydes. Derudover blev manglende adgang til den gravides/moderens journaloplysninger hos andre involverede fagprofessionelle beskrevet som en udfordring. Omvendt blev fysisk nærhed, fx dét at arbejde i samme hus, beskrevet som kvalificerende for opsporingen af psykosocial

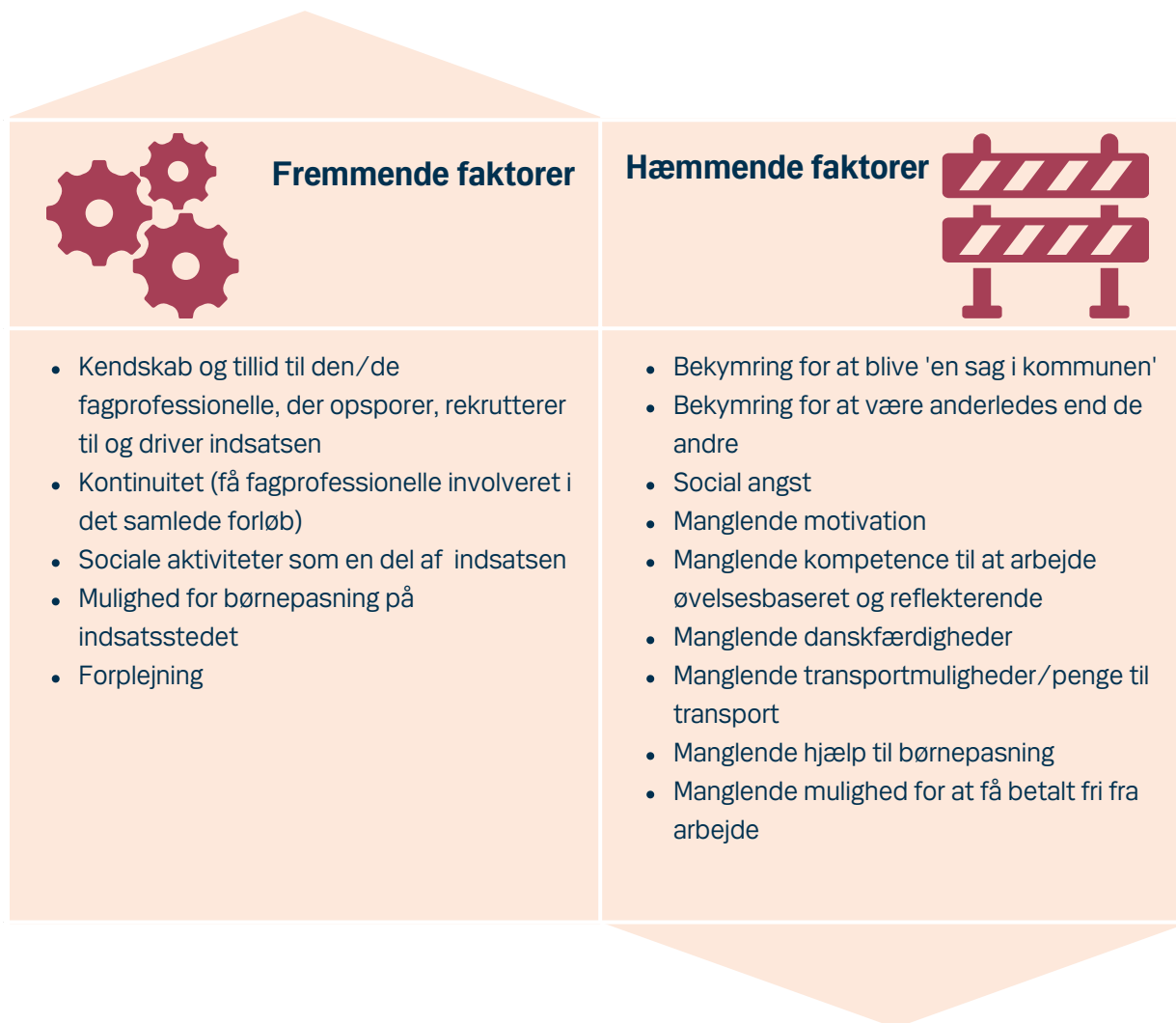
⁵ Det er ikke muligt at angive et præcist antal af kommuner, der anvender Alarm Distress Baby Scale (ADBB). I alt 82 kommuner har uddannet alle eller en del af deres sundhedsplejersker i ADBB. Der er dog usikkerhed omkring, i hvilken udstrækning disse kommuner aktuelt og systematisk anvender ADBB, samt om nyansatte sundhedsplejersker fortløbende efteruddannes i ADBB.

sårbarhed, da det fremmede muligheden for, at de fagprofessionelle kunne dele viden om den enkelte families situation. Desuden kunne veletablerede samarbejdsformer mellem fødested og kommune sikre bedre overlevering af viden om de gravide eller familierne.

Udbuddet af indsatser blev beskrevet som afhængig af økonomi og personaleressourcer. Implementering af indsatser var et spørgsmål om prioritering, idet etablering af nye indsatser kunne medføre en reduktion andre steder i det samlede tilbud. Antallet af familier med psykosociale sårbarheder havde ligeledes betydning. Flere beskrev gruppen af gravide/mødre og partnere med psykiske eller psykiatriske sygdomme som stigende. Omvendt blev antallet af unge ufrivilligt gravide oplevet som faldende, en udvikling, som blev tilskrevet flere abortmuligheder samt i enkelte kommuner tilbud om gratis prævention. I kommuner med en lav andel af børnefamilier blev det desuden nævnt som en udfordring, at der kunne være for få potentielle deltagere til gruppebaserede indsatser.

Informanter fra sundhedsplejen og fødestederne beskrev en række faktorer, som hhv. fremmede eller hæmmede de gravides/familiernes deltagelse og fastholdelse i indsatser, særligt gruppebaserede indsatser. Disse faktorer præsenteres i figur 5.

Figur 5: Fremmende hhv. hæmmende faktorer for de gravides/familiernes deltagelse og fastholdelse i indsatser.



Samarbejde omkring indsatser på tværs af sektorer

Overordnet beskrev informanterne, at samarbejde omkring indsatser mellem den kommunale sundhedspleje og fødestederne var begrænset, ligesom der i kommunerne kunne mangle kendskab til indsatser i regionerne og omvendt. Samme tendens gjorde sig gældende ift. kommunernes og fødestedernes samarbejde med frivillige organisationer. Familier med psykosociale sårbarheder blev gjort opmærksomme på de frivillige organisationers tilbud, mens der sjældnere var et formelt samarbejde med organisationerne omkring deres indsatser. Informanter fra de frivillige organisationer gav udtryk for, at det kunne være vanskeligt at etablere et formelt samarbejde med såvel kommuner som fødesteder.

Selvom kortlægningen viste en tendens til manglende samarbejde omkring indsatser mellem sundhedsplejen/fødestederne og de frivillige organisationer, var der også eksempler på velfungerende samarbejder. Fx havde en kommune i Region Sjælland et samarbejde med en frivillig organisation, der tilbød børnepasning, så mødre kunne deltage i et kommunalt tilbud målrettet mødre med efterfødselsreaktion. En anden frivillig organisation havde en partnerskabsaftale med syv kommuner i hhv. Region Hovedstaden og Region Midtjylland, hvor sundhedsplejersker kunne henvise til et gruppeforløb for sårbare gravide/mødre. Derudover samarbejdede flere af de frivillige organisationer med hinanden om overlappende tilbud, fx indenfor voldsområdet.

Indsatsernes grundlag, drift og evaluering

Af kortlægningen fremgik det, at nogle indsatser var forankret i teoriunderbyggede eller evidensbaserede koncepter, hvor efteruddannelse var påkrævet for at kunne varetage et forløb. Der var dog forskelle i, hvordan det enkelte koncept blev implementeret lokalt. De fleste indsatser i kommuner og regioner var udviklet af de fagprofessionelle, som varetog indsatsen. Ifølge informanterne, var der stor forskel på, hvilke kompetencer der blev krævet for, at en fagprofessionel kunne varetage en indsats. Relevant faglig uddannelsesbaggrund kombineret med erfaring med indsatsens målgruppe var hyppigst rapporteret, mens formel efter-/videreuddannelse var mindst rapporteret. Flere informanter gav udtryk for, at det, ud over erfaring med målgruppen, var vigtigt at have kompetencer til at facilitere gruppeforløb, fordi det ofte var i gruppesammenhæng, der kunne opstå modstridende forventninger og behov blandt deltagerne. Lokal økonomi og personaleressourcer havde i sundhedsplejen og på fødestederne stor betydning for muligheden for opkvalificering af de fagprofessionelle, som varetog indsatserne. Hos de frivillige organisationer blev der beskrevet forskellige krav til de personer, der drev eller deltog som frivillige i indsatserne. Ved indsatser, der havde en rådgivende eller undervisende funktion, var der krav om relevant faglig baggrund. Ved indsatser, der omfattede støtte og praktisk hjælp, var der fx krav om deltagelse i et introduktionskursus. Samtidig blev den frivilliges sociale kompetencer og egen livssituation vægtet ift. ansættelse som frivillig.

Kortlægningen viste, at der var stor variation i evalueringen af indsatserne. Få indsatser på fødestederne blev systematisk evalueret, mens knap halvdelen af kommunalt udbudte indsatser ikke blev evalueret. Generelt fokuserede gennemførte evalueringer på deltagernes oplevelse med, udbytte af og tilfredshed med indsatsen, samt deltagernes fastholdelse i indsatsen. Der var ligeledes stor variation i, hvorvidt evalueringerne inddrog deltagere, de fagprofessionelle eller begge, ligesom der var forskellige synspunkter ift., hvilke målemetoder, der var bedst egnede til at vurdere indsatsernes virkning. Kun sjældent blev der udført systematiske evalueringer⁶ af indsatser i den kommunale sundhedspleje eller på fødesteder. Manglende erfaring med evalueringsmetoder og mangel på tid havde, ifølge informanterne, betydning for muligheden for at evaluere deres tilbud. Hos de frivillige organisationer undergik alle otte indsatser en evaluering. Disse var primært kvalitative suppleret med forskellige kvantitative data, fx antal henvisninger til, opstart i og fuldførte forløb.

Diskussion

Ulighed i adgangen til tilbuddene

Resultaterne peger på udfordringer med opsporingen af psykosocial sårbarhed hos såvel egen læge som på fødestedet. Manglende oplysninger om psykosocial sårbarhed hos den gravide eller familien kan føre til, at egnede indsatser ikke tilbydes rettidigt, eller at de gravide eller familierne ikke får tilbudt den indsats, som de har behov for. Resultaterne viser desuden, at det har stor betydning for en families adgang til en indsats, hvilken kommune og region de er bosat i, da antallet af indsatser varierer betydeligt (figurer 1-4). Samtidig synes der ikke i kortlægningen at være en sammenhæng mellem fordelingen af socioøkonomiske karakteristika i den lokale befolkning og udbuddet af indsatser. Fx var Region Sjælland den region, hvor der var færrest indsatser i kommunerne, mens Region Hovedstaden havde flest kommunale indsatser (figur 1). Kombinationen af befolkninger med en overvægt af familier med lav socioøkonomisk status og manglende udbud af indsatser målrettet psykosocial sårbarhed kan risikere at øge den sociale ulighed i Danmark. Derudover kan barrierer som fx manglende transportmuligheder i udkantsområder og manglende netværk fungere som yderligere barrierer for gravides eller familiers deltagelse i egnede indsatser.

⁶ I denne undersøgelse definerer vi systematiske evalueringer som evalueringsmetoder, som minimum indeholder en før og efter måling med mulig inddragelse af en kontrolgruppe.

De fagprofessionelles kvalifikationer

Relevant faglig uddannelsesbaggrund kombineret med erfaring med indsatsens målgruppe var de primære kriterier for at fagprofessionelle kunne varetage indsatserne. Erfaring med psykosocialt sårbare familier kan udgøre en vigtig forudsætning for at interagere med målgruppen, men de psykosocialt sårbare familier er en meget heterogen gruppe. Forskningsbaseret viden om, hvordan psykosociale sårbarheder manifesterer sig i forskellige grupper og i forskellige kontekster, kan være vigtig. Det samme gælder teoretisk viden om, hvorledes psykosocial sårbarhed kan forebygges og afhjælpes. En tidligere kortlægning peger på, at efteruddannelse kan give de nødvendige værktøjer til, at de sundhedsprofessionelles vejledning af sårbare familier bliver mere sammenhængende, valid og ensrettet (20). Forskning blandt danske jordemødre har vist, at såvel kompetenceudvikling målrettet varetagelsen af nye opgaver samt støtte ifm. implementeringen er afgørende for de professionelles motivation og sikkerhed i arbejdet, når nye tiltag indføres i praksis (12).

Desuden gav informanter i kommuner og regioner udtryk for, at det var vigtigt at have kompetencer til at facilitere gruppeforløb. Disse udsagn indikerer behovet for efteruddannelse inden for områder som kommunikation, gruppedynamik og gruppeprocesser. Derudover kan fagprofessionelles viden om læringsprocesser, fx ifm. forældreforberedende indsatser, udgøre en vigtig kompetence, da det må antages, at der indenfor gruppen af psykosocialt sårbare familier vil være forskellige læringsstile (22), og at disse læringsstile kan være anderledes end blandt mere ressourcestærke familier.

Påkrævede kompetencer og færdigheder hos familierne

Flere indsatser krævede kompetencer hos de gravide eller familierne til at kunne reflektere og arbejde øvelsesbaseret i grupper. Nogle familier vil, qua deres psykosociale sårbarhed, have svært ved at honorere sådanne krav. I en del af indsatserne blev der afholdt et for-interview/samtale med potentielle deltagere for at afklare forventninger og derved afgøre, om et gruppetilbud var det bedst egnede til den enkelte familie. En tidligere rapport fremhæver vigtigheden af, at indsatser rettet mod udsatte familier tilrettelægges på måder, der tilgodeser den enkelte families forudsætninger og situation (11). Selvom det af kortlægningen fremgik, at familier som ikke besad de fornævnte kompetencer i stedet kunne modtage et individuelt tilbud, kan familierne gå glip af de fordele, der kan være ved at deltage i et gruppetilbud, fx fælles læring, deltagelse i sociale fællesskaber og muligheder for netværksdannelse.

Kortlægningen viste desuden, at der på tværs af landet og på tværs af sektorer, blev udbudt få indsatser målrettet borgere, der ikke havde danske sprogfærdigheder. I Danmark fødes ca. 17% af børn af mødre, som er født udenfor Danmark (23). Et dansk studie har vist, at særligt blandt indvandrere med ikke vestlig baggrund ses øget forekomst af angst, depression og stress sammenlignet med etniske danskere (24). Der kan således blandt familier med indvandrerbaggrund være et særligt behov for indsatser under graviditeten såvel som efter fødslen.

Fokus på familien

SST anbefaler, at svangrumsorgen tager afsæt i en familiecentreret tilgang med det formål at understøtte familiedannelsen (17). Med de nye regler for barselsorlov er en større andel af orloven øremærket til partneren (25). Det er således vigtigt, at såvel mødre som partnere med psykosociale sårbarheder får den støtte og hjælp, de har behov for. Imidlertid viser kortlægningen, at der blev udbudt flere indsatser, hvor partneren ikke havde mulighed for at deltage på lige fod med moderen end indsatser, hvor denne mulighed var til stede. Kortlægningen viste også, at selvom en del kommuner tilbød at screene partneren for efterfødselsreaktion/depression, så var der på landsplan få kommuner, der havde et tilbud rettet mod partneren (14%, 14 kommuner). En dansk undersøgelse har vist, at 8% af danske mænd udvikler en depression under graviditeten eller umiddelbart efter fødslen (26). Der kan således være behov for, at indsatser målrettet efterfødselsreaktions-/depression også udbydes til partneren.

Mens informanterne beskrev andelen af unge ufrivilligt gravide som faldende, blev andelen af gravide med psykiske eller psykiatriske lidelser beskrevet som stigende. I en nyere rapport fra Vidensråd for Forebyggelse (27) ses en markant stigning i forekomsten af psykiske sygdomme og mentale helbredsproblemer hos børn og unge i alderen 10-24 år. En konsekvens af denne udvikling er, at der fremadrettet må forventes flere familier med psykosociale sårbarheder. Indsatser målrettet denne gruppe har potentiale til at hjælpe såvel den gravide som dennes partner, men også til at forebygge mistrivsel hos barnet både på kort og lang sigt.

Ifølge SST skal den familiecentrerede tilgang i svangrumsorgen fremme trygge relationer mellem forældrene og barnet (17). Forældres emotionelle relationsdannelse til barnet begynder allerede ved graviditetens indtræden og har betydning for forældrenes sensitive adfærd overfor barnet efter fødslen (28). Forskning har vist, at psykosociale sårbarheder kan have en negativ effekt på kvaliteten af forældrenes følelsesmæssige bånd til barnet både under graviditeten og efter fødslen (29). Desuden kan psykosocial sårbarhed blandt forældrene øge risikoen for et utrygt tilknytningsmønster hos barnet, hvilket kan påvirke dets tidlige fysiske, psykiske og sociale udvikling samt føre til stress, adfærdsforstyrrelser og depression senere i livet (30). Der er således god grund til at opspore og intervenere så tidligt som muligt for at undgå, at psykosociale sårbarheder overføres til næste generation.

Manglende viden om indsatsernes effekt

Kortlægningen præsenterede et behov for at gennemføre mere systematiske evalueringer af indsatser, så de mest virkningsfulde indsatser kan skaleres og udbredes på et evidensbaseret grundlag (11). Ifølge informanterne bidrog manglende kendskab til evalueringsmetoder og manglende tid til den aktuelle sparsomme evalueringspraksis. Der kan derfor være behov for metodisk hjælp fra evalueringskyndige til at udbygge evidensgrundlaget for indsatser målrettet psykosocialt sårbare familier, så et sundhedsvæsen, der aktuelt er under pres, kan anvende økonomi og personaleressourcer bedst muligt.

Den aktuelle evalueringspraksis havde brugerevalueringer som den hyppigst anvendte evalueringsmetode. Dog varierede det, hvorvidt indsatser blev evalueret af fagprofessionelle, deltagere eller begge, ligesom der var variation i definitioner af specifikke målgrupper, fx unge. Dette kan vanskeliggøre viden om, hvad der virker for hvem, under hvilke omstændigheder og hvorfor (31). Tidligere rapporter har fremhævet lignende tendenser ift. evaluering af sårbarhedsindsatser i Danmark (11,20).

Rapportens begrænsninger og styrker

Undersøgelsens resultater er primært baseret på informanternes udsagn. Nogle informanter var nye i deres stilling, og dette forhold kan have haft betydning for deres viden om de enkelte indsatser. Desuden er en mindre del af indsatserne afdækket vha. tilgængelige oplysninger på offentligt tilgængelige hjemmesider, og informationerne på disse sider kan være mangelfulde. Omvendt er flere af undersøgelsens resultater sammenfaldende med tidligere kortlægningers fund (11,19,20), hvilket understøtter troværdigheden af resultaterne. Rapporten omfatter endvidere indsatser udbudt af frivillige organisationer, hvilket bidrager til et bredere billede af tilgængelige indsatser for familierne.

Kortlægningens resultater afspejler, at undersøgelsen har afgrænset sig fra at medtage indsatser, som blev udbudt universelt. Adskillige kommuner og fødesteder udbød universelle indsatser, som kunne være relevante for familier med psykosociale sårbarheder. Desuden kan det ikke udelukkes, at antallet af indsatser, der tilbydes alle gravide/familier, har haft betydning for kommunernes og de regionale fødesteders øvrige udbud af indsatser. Endelig var udbuddet af indsatser i kommunerne, særligt gruppeindsatser og forældreforberedende indsatser, afhængige af antallet af psykosocialt sårbare børnefamilier i den pågældende kommune.

Anbefalinger

På baggrund af undersøgelsens resultater er der udarbejdet følgende anbefalinger til det fremadrettede arbejde for at støtte gravide og familier med psykosociale sårbarheder:

- 1. Tidlig opsporing:** Systematisk og ensartet brug af validerede spørgeredskaber i opsporingen af psykosocial sårbarhed.
- 2. Journaladgang:** Øget adgang til journaloplysninger blandt involverede fagprofessionelle.
- 3. Et familiefokus:** Partneren har som udgangspunkt mulighed for at deltage i indsatsen på lige fod med moderen. Alternativt bør partneren have adgang til et tilsvarende tilbud.
- 4. Involvering:** Inddragelse af familierne i udviklingen og evalueringen af indsatser.
- 5. Tilpasning:** Indsatser tilrettelægges, så de afspejler familiernes forudsætninger og livssituation.
- 6. Efteruddannelse:** Forskningsbaseret, teoretisk efteruddannelse af de fagprofessionelle, som varetager indsatserne i praksis.
- 7. Kendthed og kontinuitet:** En mindre gruppe fagprofessionelle varetager indsatserne og omsorgen for familier med særlige behov.
- 8. Volumen:** Et bredt optageområde for at sikre, at flere familier får adgang til indsatser.
- 9. Bæredygtige indsatser:** Indsatserne tilpasses 'virkelige omstændigheder' med henblik på at sikre deres robusthed over tid.
- 10. Tværsektorielt samarbejde:** Styrkelse af samarbejdet mellem fødestederne, kommunerne og de frivillige organisationer ift. til de indsatser, der udbydes.
- 11. Evaluering af indsatsernes effekt:** Større systematik og metodisk stringens i evalueringen af indsatserne.

Referencer

1. Horakova A, Nemcova H, Hrdlickova K, Kalli S, Davletova A, Duarte MFRS, et al. State of perinatal mental health care in the WHO region of Europe: a scoping review. *Front Psychiatry*. 2024 Mar 13;15.
2. Racine N, Madigan S, Plamondon A, Hetherington E, McDonald S, Tough S. Maternal adverse childhood experiences and antepartum risks: the moderating role of social support. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(6).
3. Mamun A, Biswas T, Scott J, Sly PD, McIntyre HD, Thorpe K, et al. Adverse childhood experiences, the risk of pregnancy complications and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2023 Aug 3;13(8):e063826.
4. Sulaiman S, Premji SS, Tavangar F, Yim IS, Lebold M, Ali NA, et al. Total Adverse Childhood Experiences and Preterm Birth: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. 2021 Oct 26;25(10):1581–94.
5. Jahan N, Went TR, Sultan W, Sapkota A, Khurshid H, Qureshi IA, et al. Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review. *Cureus*. 2021 Aug 17;
6. Rogers A, Obst S, Teague SJ, Rossen L, Spry EA, Macdonald JA, et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development. *JAMA Pediatr*. 2020 Nov 1;174(11):1082.
7. Sweeney S, MacBeth A. The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016 Nov;205:44–59.
8. Sweeney S, Wilson C. Parental anxiety and offspring development: A systematic review. *J Affect Disord*. 2023 Apr;327:64–78.
9. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014 Nov;384(9956):1800–19.
10. World Health Organization. Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. [cited 2024 Jun 19]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1>
11. Juhl, M., Gerholt, S. F., Lind, M. S., de Lichtenberg, V., & Rod, M. H. (2018). Bedre sundhedspleje til udsatte familier i barnets første 1.000 dage – hvordan kan arbejdet styrkes? Nationalt videncenter om Udsatte Børn og Unge.
file:///C:/Users/leka/Downloads/Styrketsundhedsplejeweb.pdf

-
12. Johnsen H, Lichtenberg V de, Rydahl E, Karentius SM, Dueholm SCH, Friis-Alstrup M, et al. The Feasibility and Acceptability of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire in Danish Antenatal Care—A Qualitative Study of Midwives' Implementation Experiences. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 May 20;20(10):5897.
 13. Johnsen H, Juhl M, Rydahl E, Karentius SM, Rath SM, Friis-Alstrup M, et al. The Feasibility of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire among Women in Danish Antenatal Care: A Mixed-Methods Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Aug 18;20(16):6601.
 14. Rydahl E, Johnsen H, Røhder K, Broberg L, Schiøtz ML. Fælles afrapportering af projekterne Det første skridt og Usynlig sårbar. 2023.
 15. Broberg L, Bendix JM, Røhder K, Løkkegaard E, Væver M, Grew JC, et al. Combining the Antenatal Risk Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Early Pregnancy in Danish Antenatal Care—A Qualitative Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 Apr 8;21(4):454.
 16. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge. København S; 2019.
 17. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen [Internet]. 2022 [cited 2023 May 20]. Available from: Available online: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Anbefalinger-svangreomsorgen/Svangreomsorg-2022-ny.ashx>
 18. Social og Boligstyrelsen. Social og Boligstyrelsen. Pulje: Udbredelse af familiehuse [Internet]. [cited 2024 Jun 18]. Available from: <https://www.sbst.dk/nyheder/2024/pulje-udbredelse-af-familiehuse>
 19. Sundhedsstyrelsen. De første 1000 dage- En evaluering af særligt tilrettelagte indsatser de første 1000 dage til familier i udsatte positioner i 21 kommuner. København; 2022.
 20. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier- Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København S; 2017.
 21. Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov 1;15(9):1277–88.
 22. Lauridsen O. Fokus på læring 3.0 - om læringsstile i dagligdagen. Akademisk Forlag; 2012. 1–198 p.

-
23. Damarks Statistik. Indvandrere i Danmark 2023.
 24. Jervelund SS, Malik S, Ahlmark N, Villadsen SF, Nielsen A, Vitus K. Morbidity, Self-Perceived Health and Mortality Among non-Western Immigrants and Their Descendants in Denmark in a Life Phase Perspective. *J Immigr Minor Health*. 2017 Apr 22;19(2):448–76.
 25. Beskæftigelsesministeriet. Orlovsregler - for børn født fra 2. august 2022 [Internet]. [cited 2024 Jun 23]. Available from: <https://bm.dk/arbejdsmraader/aktuelle-fokusomraader/orlovsregler-for-boern-foedt-fra-2-august-2022/>
 26. Madsen SA. Men and perinatal depression. *Trends in Urology & Men's Health*. 2019;10(2).
 27. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – forekomst, fordeling og forebyggelsesmuligheder. København. Vidensråd for Forebyggelse. 2020.
 28. Foley S, Hughes C. Great expectations? Do mothers' and fathers' prenatal thoughts and feelings about the infant predict parent-infant interaction quality? A meta-analytic review. *Developmental Review*. 2018 Jun;48:40–54.
 29. Moullin S, Waldfogel J, Washbrook E. Baby Bonds - Parenting, attachment and a secure base for children. The Sutton Trust. 2014.
 30. Væver MS. Tidlig opsporing af psykisk mistrivsel hos spædbørn. *Samfundsøkonomen*. 2018;1:29–31.
 31. Pawson R, TN. Realistic Evaluation. Calif: Sage, Thousand Oaks; 1997. 1–235 p.

Bilag 1 Informationsskrivelse



National kortlægning af tidlige indsatser for familier med psykosociale sårbarheder

Vi vil gerne invitere dig til at hjælpe os med at kortlægge indsatser for familier med psykosociale sårbarheder i Danmark.

Konkret undersøger vi, hvilke indsatser regioner, kommuner og frivillige organisationer tilbyder i perioden fra graviditeten til tre måneder efter fødslen.

Vi har brug for din viden og erfaringer, så vi kan få mere indsigt i, hvilke indsatser der aktuelt udbydes, samt hvilke indsatser der kan blive brug for fremadrettet.

Hvordan foregår kortlægningen?

Kortlægningen vil foregå ved hjælp af et telefoninterview på et tidspunkt, der passer dig. Interviewet skal bibringe viden om de forskellige indsatser, deres målgruppe, organiseringen, samt erfaringer i forbindelse med indsatsernes udførelse og eventuelle evaluering. Det forventes, at interviewet tager ca. 30 minutter. Interviewet vil blive optaget og efterfølgende udskrevet ved hjælp af en transskriptionsrobot.

Hvordan anvender vi dine svar?

Resultaterne af kortlægningen udgives i en rapport stilet til Liljeborgfonden, samt oplæg og formidling i faglige tidsskrifter. Dit tilhørsforhold (region, kommune el. organisation) vil fremgå af kortlægningen. Dine svar vil blive præsenteret i anonymiseret form. Vi håber, at du har lyst til at deltage i interviewet, så vi kan få mere viden om indsatserne i praksis.

Med venlig hilsen

Helle Johnsen, Jordemoder, forsker, Mette Kabell Hansen, Jordemoder, Videnskabelig medarbejder, Lotte Broberg, Jordemoder, Forsker, Michaela Schiøtz, Sektionschef, Seniorforsker, Mette Langeland Iversen, Jordemoder, Forsker.

Har du spørgsmål til os?

Hvis du har spørgsmål til undersøgelsen, er du velkommen til at kontakte os.

Helle Johnsen på e-mail: hejo@kp.dk, Københavns Professionshøjskole eller Mette Kabell Hansen på e-mail mette.kabell.hansen@regionh.dk, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse.