

Solveig Forberg Axelsen  
Malene Kubstrup Nelausen  
Carina Sjöberg Brixval  
Pernille Due  
Vibeke Koushede

Statens  
Institut  
for  
**Folkesundhed**

Sårbare forældres  
brug og udbytte af  
**Nyfødt – Forberedelse  
til fødsel og familie**



## **Sårbare forældres brug og udbytte af Nyfødt – Forberedelse til fødsel og familie**

Solveig Forberg Axelsen, Malene Kubstrup Nelausen, Carina Sjöberg  
Brixval, Pernille Due, Vibeke Koushede

Copyright © 2016  
Statens Institut for Folkesundhed,  
Syddansk Universitet

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,  
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,  
anmelder, citerer eller henviser til nærværende  
publikation, bedes sendt til  
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-331-1

Statens Institut for Folkesundhed  
Øster Farimagsgade 5A, 2. sal  
1353 København K  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Rapporten kan downloades fra  
[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

# Forord

Projekt *Nyfødt - Forberedelse til fødsel og familie (Nyfødt)* var et stort randomiseret forsøg udgående fra Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Center for Interventionsforskning, Syddansk Universitet, der havde til formål at udvikle, implementere og evaluere et forskningsbaseret fødsels- og forældreforberedelsesprogram. Kommende og nybagte forældre deltog i Nyfødt-kurser på Hvidovre Hospital i løbet af 2012-2014, hvor de blev undervist af jordemødre og sundhedsplejersker. Programmet bliver evalueret på en række udfald relateret til graviditet, fødsel og forældreskab (1).

Denne rapport er resultatet af et delprojekt støttet af Region Hovedstadens Regionsråds pulje vedrørende udsatte borgere. Formålet med delprojektet er at belyse effekten af *Nyfødt* blandt socialt og psykisk sårbare forældre. Derudover undersøges der, om *Nyfødt* kan være med til at forebygge efterfødselsreaktioner blandt alle deltagere i *Nyfødt*-programmet.

Rapporten er delt op i to dele. I første del præsenteres resultaterne af en kvalitativ interviewundersøgelse med udsatte og sårbare kvinder og deres eventuelle partnere, der har valgt eller fravalgt at deltage i projektet. Undersøgelsen havde til formål at skabe viden om begrundelser for denne gruppes til- og fravalg af deltagelse i *Nyfødt*. I den anden del præsenteres resultaterne fra de kvantitative analyser af data om indgreb under fødslen, amning, forældresamarbejde, efterfødselsreaktioner, stress, oplevelse af fødslen og brug af sundhedsydelse. Desuden præsenteres resultaterne af implementeringen af *Nyfødt*-programmet.

På baggrund af rapportens analyser afsluttes der med en række punkter til overvejelse til det videre arbejde med tilbuddet om fødsels- og forældreforberedelse til sårbare gravide.

Rapporten er udarbejdet af akademisk medarbejder Solveig Forberg Axelsen, videnskabelig assistent Malene Kubstrup Nelausen, ph.d.-studerende Carina Sjöberg Brixval, forskningsleder, professor, dr. med. Pernille Due og projektleder, seniorforsker Vibeke Koushede. Malene Kubstrup Nelausen, cand. mag. i pædagogik, har ikke været en del af projekt *Nyfødts* projektgruppe. Der er mulighed for at læse mere om projektet på [www.interventionsforskning.dk/nyfoedt](http://www.interventionsforskning.dk/nyfoedt).

# Resume

I denne rapport undersøges sårbare kvinder og deres partners brug og udbytte af fødsels- og forældreforberedelsesprogrammet *Nyfødt - Forberedelse til fødsel og familie* sammenlignet med ikke-sårbare kvinder og deres partnere. Resultaterne bygger på data fra en interviewundersøgelse (kvalitativ undersøgelse) og et lodtrækningsforsøg (kvantitativ undersøgelse), hvor spørgeskemaer blev sendt ud til deltagerne på fire forskellige tidspunkter i løbet af graviditeten og efter fødslen. Det hele er en del af forskningsprojektet *Nyfødt - Forberedelse til fødsel og familie* fra Statens Institut for Folkesundhed, Center for Interventionsforskning, Syddansk Universitet. Projektet var støttet af Kræftens Bekæmpelse og Region Hovedstadens Regionsråds pulje for samarbejdsprojekter vedrørende udsatte borgere.

I interviewundersøgelsen blev der indsamlet data fra ti sårbare kvinder og tre partnere, der enten havde til- eller fravalgt at være med i projekt *Nyfødt* med henblik på at afdække årsagerne til dette valg. I den kvantitative del af undersøgelsen blev der indsamlet data fra 1.766 kvinder og 1.542 partnere.

## Resultater fra den kvalitative undersøgelse

Den kvalitative undersøgelse peger på, at sårbare kvinder og deres partners grunde til at fravælge fødsels- og forældreforberedelse ikke var den psykiske sårbarhed, men en afvejning af tidsforbrug og logistiske udfordringer sammenholdt med forventet udbytte. Det kom samtidigt frem, at tilvalget af fødsels- og forældreforberedelsesprogrammet *Nyfødt* var på grund af mulighederne for dialog og de trygge rammer i små hold i forhold til fødselsforberedelse i store auditorier.

## Resultater fra den kvantitative undersøgelse

Den kvantitative undersøgelse peger på, at sårbare gravide og deres partnere såvel som ikke-sårbare gravide og deres partnere brugte andre tilbud om fødselsforberedelse i lavere grad, hvis de fik tilbuddet om at deltage i *Nyfødt*-kurset (interventionsgruppen) i forhold til, hvis de fik tilbuddet om at deltage i det daværende standardtilbud på to forældreftermiddage (kontrolgruppen). Desuden var andelen, der benyttede sig af forældreftermiddage lavere hos sårbare kvinder end hos ikke-sårbare kvinder, mens sårbare kvinder og deres partners deltagelse på *Nyfødt*-kurset var lige så høj som ikke-sårbare kvinder og deres partnere.

Resultaterne peger på, at sårbare kvinder og deres partnere følte sig mindre stressede og var bedre til at håndtere stress i forbindelse med fødsel og i månederne efter fødslen, hvis de havde deltaget i *Nyfødt*-



kurset. Deltagelse i *Nyfødt*-kurset ser også ud til at have en positiv indflydelse på oplevelsen af depressive symptomer, på oplevelsen af emotionel støtte fra partner og på forældresamarbejdet.

Vi kan konkludere, at resultaterne alt i alt peger på, at sårbare kvinder og deres partnere gerne vil deltage i fødsels- og forældreforberedelse i små hold, og at specielt sårbare kvinder og deres partnere kan opleve overgangen til forælderrollen som mindre belastende, når de gennemgår *Nyfødt*-kurset i små hold.

Vi anbefaler, at sårbare kvinder og deres partners brug og udbytte af fødsels- og forældreforberedelse evalueres, når det er en del af det normale tilbud og ikke tilrettelagt som et forskningsprojekt for at kunne be- eller afkræfte fundene fra denne undersøgelse.

# Indhold

Forord 2

Resume 3

Resultater fra den kvalitative undersøgelse 3

Resultater fra den kvantitative undersøgelse 3

Indledning 6

Baggrund 6

Projekt Nyfødt – Forberedelse til fødsel og familie 6

Formål med denne rapport 7

Del 1: Kvalitative analyser 8

1.1 Metode 8

Empirisk materiale 8

Etiske forhold 9

1.2 Analysestrategi 9

1.3 Analyser 9

1.3.1 Invitation og information om *Nyfødt* 9

1.3.2 Kursets indhold og organisering 11

1.3.3 Logistik og tidsforbrug 14

1.3.4 Psykisk sårbarhed 14

1.4 Opsummering af del 1 16

Punkter til videre overvejelse del 1 16

Del 2: Kvantitative analyser 17

2.1 Datagrundlag og metode 17

2.2 Resultater 18

2.2.1 Karakteristik ved baseline 18

2.2.2 Effekten af interventionen *Nyfødt* 26

2.2.3 Deltagelse i Nyfødt-kurset 45

2.3 Opsummering af del 2 55

Punkter til videre overvejelse del 2 57

Samlet konklusion 59

Referencer 61

Bilag 1 63

Rekrutteringsbrev til deltagere i Nyfødt

Bilag 2 64

Rekrutteringsbrev til kvinder, der ikke deltog i Nyfødt

Bilag 3 65

Flowchart for projekt Nyfødt

Bilag 4 66

Interviewguide til deltagere i Nyfødt

Bilag 5 68

Interviewguide til kvinder, der ikke deltog i Nyfødt

# Indledning

## Baggrund

At blive forældre er en udfordrende opgave for de fleste. Det medfører store forandringer i mænd og kvinders roller, ansvar og identiteter, og mange mødre og fædre har svært ved at navigere i denne forandringsperiode (2, 3). Selv forældre, der ellers betragtes som tilhørende en "lavrisikogruppe" oplever denne overgang som stressende. En let overgang til det at blive forældre med et lavt niveau af stress i forældrerollen betragtes af de fleste psykologer og psykiatere som afgørende for både børn og forældres langsigtede helbred og trivsel (4). Det er sandsynligt, at socialt og psykisk sårbare mennesker oplever overgangen til forældrerollen som mere belastende end den øvrige befolkning, og at denne belastning kan have større konsekvenser for disse familiers langsigtede helbred og trivsel.

## Projekt Nyfødt – Forberedelse til fødsel og familie

Det generelle formål med fødsels- og forældreforberedelse er at forberede kommende forældre på fødsel, amning og overgangen til forældreskab, men det er uvist, hvilket indhold og form fødsels- og forældreforberedelsen skal have for at imødekomme nutidens forældrepar's behov (5, 6).

*Nyfødt* er et fødsels- og forældreforberedelsesprogram med fokus på at fremme og styrke sociale netværk, viden og mestringsstrategier i forbindelse med graviditet, fødsel og forældreskab for herigennem at styrke kommende og nybagte forældres tro på egen formåen og kommunikationsevner, samt at reducere risikoen for blandt andet forældrestress, depression og angst.

Programmet er udviklet af en projektgruppe af forskere på Statens Institut for Folkesundhed, Center for Interventionsforskning, Syddansk Universitet i samarbejde med en baggrundsgruppe bestående af jordemødre, sundhedsplejersker, repræsentanter fra Foreningen Forældre og Fødsel, psykologer, Center for Familieudvikling samt internationale forskere indenfor området.

*Nyfødt*-programmet er en del af et større forskningsprojekt, der er tilrettelagt som et lodtrækningsforsøg. Gravide, der skulle føde på Hvidovre Hospital og ønskede at deltage i projektet, blev fordelt til enten det standardiserede *Nyfødt*-program eller til det daværende eksisterende standardtilbud om fødselsforberedelse, der bestod af to ganges auditorieforelæsning om amning og fødsel.

Der var i alt 1.766 gravide, der blev fordelt på de to tilbud. De gravides eventuelle partnere blev også inviteret til at deltage i projektet.

## Indhold i *Nyfødt*-programmet

*Nyfødt*-programmet består af fødsels- og forældreforberedelse i mindre hold med seks til otte par, der mødes til tre kursusgange a 2,5 time i løbet af graviditeten og én gang efter fødslen.

Første kursusgang har fokus på overgangen til forældreskab, forandringer i parforhold før og efter fødslen og parkommunikation. De to efterfølgende kursusgange handler om fødsel, spædbarnets ernæring og tiden efter fødslen, mens den fjerde og sidste kursusgang efter fødslen handler om hvordan fødslen forløb og den første tid sammen med barnet.

Udover kursusgangene havde *Nyfødt*-deltagerne adgang til en interaktiv hjemmeside, hvor de blandt andet kunne læse relevante artikler, dele erfaringer med andre deltagere og stille spørgsmål til en jordemoder og en sundhedsplejerske.

Deltagerne på *Nyfødt*-kurset blev undervist af jordemødre, der primært var ansat på Hvidovre

Hospital og sundhedsplejersker rekrutteret primært fra Københavns Kommune.

fødsels- og forældreforberedelse ved hjælp af en interviewundersøgelse.

*Fokus på sårbare kvinder i projekt Nyfødt*  
Projektgruppen bag projekt *Nyfødt* og Hvidovre Hospital havde fra starten af projektet haft et ønske om at undersøge, om fødsels- og forældreforberedelsestilbud kunne nå sårbare kvinder og deres partnere, da det var uvist, om denne gruppe ville benytte sig af og/eller få et udbytte af fødsels- og forældreforberedelse i små grupper. Derfor er der i denne rapport fokus på sårbare kvinder og deres udbytte af *Nyfødt*-programmet.

Sårbare gravide kvinder, der skal føde på Hvidovre Hospital, bliver henvist til blåt team, hvis de har tidligere eller aktuel psykisk sygdom, aktuel livskrise, er blevet udsat for vold, har en svært belastet social sygehistorie, aktuel eller tidligere spiseforstyrrelse, tidligere selvmordsforsøg, tvivl om forældreevne eller er under 18 år. Blåt team er en gruppe af specialjordemødre, der tager sig af gravide med særlige behov, også defineret som psykisk sårbare kvinder. De gravide kan visiteres til blåt team af egen læge, jordemødre og læger, der under graviditeten får kendskab til psykosociale problemer hos den gravide og kontaktpersoner i primærsektoren, fx sagsbehandlere eller sundhedsplejersker (7).

#### Formål med denne rapport

Denne rapport evaluerer effekten af *Nyfødt*-programmet for sårbare kvinder og deres partnere såvel som for de ikke-sårbare kvinder og deres partnere. Der bliver ydermere undersøgt, om *Nyfødt* kan være med til at forebygge efterfødselsreaktioner blandt alle deltagere i projekt *Nyfødt*.

Udover at evaluere effekten af programmet, bliver det også undersøgt, om *Nyfødt* når den tiltænkte målgruppe ved blandt andet at kigge på kvantitative opgørelser over eksempelvis karakteristik af de tilmeldte deltagere og deres brug af programmet. Desuden belyses sårbare kvinder og deres partneres begrundelser og overvejelser om til- og fravalg af deltagelse i



# Del 1 – Kvalitative analyser

I del 1 præsenteres resultaterne af en interviewundersøgelse med udsatte og sårbare kvinder og deres eventuelle partnere, der har valgt eller fravalgt at deltage i *Nyfødt*. Formålet med den kvalitative undersøgelse er at skabe viden om denne gruppes begrundelser og overvejelser om til- og fravalg af deltagelse i fødsels- og forældreforberedelse.

Kvalitativ metode søger ikke som udgangspunkt at være repræsentativ, men at afdække blandt andet mønstre i forståelser og praksisser hos de individer, der er med i undersøgelsen. Det skal pointeres, at de kvindelige interviewpersoner i denne undersøgelse alle tilhører gruppen af psykisk sårbare kvinder, men at de ikke nødvendigvis er repræsentative for alle, der er psykisk eller socialt udsatte.

## 1.1 Metode

Analyserne baserer sig på et kvalitativt interviewmateriale. Interviewpersonerne blev rekrutteret via brev blandt kvinder, der fra sundhedsvæsenet var blevet kategoriseret som psykisk sårbare (blåt team på Hvidovre Hospital) (se bilag 1 og 2). Alle kvinderne havde i starten af deres graviditet fået tilbuddet om at deltage i *Nyfødt*, og brevene til interviewundersøgelsen blev sendt ud til alle sårbare kvinder, uanset om de havde deltaget i *Nyfødt* eller ej. Kvinderne skulle selv henvende sig til projektgruppen på Statens Institut for Folkesundhed, hvis de ønskede at deltage i et interview.

Ud af samtlige inviterede kvinder til studiet var 6,1 % kategoriseret fra hospitalets side som

sårbare. Det svarer til 549 sårbare kvinder (se flowchart i bilag 3). Andelen af sårbare, der takkede ja til at deltage i projekt *Nyfødt*, var 4,8 % af den samlede studiepopulation. Det svarer til 84 sårbare kvinder.

Interviewene blev gennemført med afsæt i en semistruktureret interviewguide, der blev tilpasset, om interviewpersonerne havde takket ja eller nej til deltagelse i projektet (se bilag 4 og 5). Interviewene blev alle foretaget af videnskabelig assistent Malene Kubstrup Nelausen. Interviewene blev primært afholdt i interviewpersonernes private hjem – to blev afholdt på Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Interviewene blev gennemført i marts/april 2014. Deltagerne fik biografbilletter som tak for deltagelse i interviewundersøgelsen.

### Empirisk materiale

Det empiriske materiale, der danner baggrund for rapportens analyser, består af i alt ti interviews. Nedenfor ses en tabel over fordelingen af de gennemførte interviews.

Tabel 1. Antal interviewpersoner

	Deltagere	Ikke-deltagere
Par	1	2
Kvinde	2	5

De fleste kvinder havde født, da interviewet blev afholdt, mens enkelte kvinder stadig var gravide på interviewtidspunktet. Som tidligere nævnt er årsagerne til at tilbyde gravide konsultationer hos en specialjordemoder forskelligartede. Dette forhold kom også til udtryk i forhold til de interviewede kvinders baggrunde. Nogle af kvinderne havde en efterfødselsreaktion bag sig, andre led af angst og depression, og en kvinde led af skizofreni. Enkelte af kvinderne fortalte ikke intervieweren, hvorfor de var blevet henvist til specialjordemoder. Det var således en meget heterogen gruppe, der deltog i interviewene.



### Etiske forhold

De deltagende interviewpersoner blev lovet fuld anonymitet og afgav informeret samtykke til deltagelse. I rapporten er navne og andre forhold, der kan identificere interviewpersonerne ændret eller fjernet af citaterne.

Idet de deltagende kvinder alle blev betragtet som udsatte eller sårbare, gjorde der sig nogle særlige etiske forhold gældende omkring produktionen af interviews. Det var magtpåliggende, at interviewene skulle balanceres, således at der ikke blev tale om terapeutiserende samtaler med interviewer, og ingen af de deltagende interviewpersoner skulle opleve at sidde tilbage i frustration og afmagt i forhold til berørte problematikker efter interviewene. Intervieweren opfordrede derfor deltagerne til at tale med deres jordemoder eller sundhedsplejerske, såfremt der blev berørt uforløste og svære forhold i interviewet (eks. interviewer: "Det, tænker jeg også, er noget man kan tale med sin sundhedsplejerske/jordemoder om"). Ingen af kvinderne blev direkte adspurgt om, hvorfor de blev henvist til specialjordemoder. Langt de fleste fortalte selv hvorfor, enkelte kom ikke ind på det i interviewet. De deltagende interviewpersoner fremhævede primært tidligere depressioner og angst som årsag til konsultationerne hos specialjordemoder.

## 1.2 Analysestrategi

Som nævnt er de deltagende kvinder/par en meget heterogen gruppe. Det var ambitionen, at analyserne både kunne rumme de enkelte kvinder/pars historier og overvejelser og udtrække generelle forhold i interviewmaterialet.

Interviewmaterialet indeholder fire overordnede temaer, som ligger i forlængelse af interviewguiden og de interviewedes fortællinger. Det drejer sig om:

Invitation og information om *Nyfødt*

Kursets indhold og organisering

Logistik og tidsforbrug

Psykisk sårbarhed

Disse fire temaer fungerer som struktur for rapportens analyser.

## 1.3 Analyser

### 1.3.1 Invitation og information om *Nyfødt*

*Nyfødt* havde i samarbejde med Hvidovre Hospital informeret gravide kvinder og deres partnere om, at de havde mulighed for at deltage i *Nyfødt*. Parrene blev inviteret via brev stilet til kvinden. Brevene blev sendt ud sammen med den første indkaldelse til jordemoderkonsultation, når Hvidovre Hospital fik besked fra den alment praktiserende læge, at kvinden var gravid, som regel omkring 10. graviditetsuge. Såfremt parrene ønskede at deltage i *Nyfødt*, skulle de udfylde og aflevere en tilmeldingsblanket til projektgruppen eller jordemoderen samt udfylde et indledende elektronisk spørgeskema (baseline-spørgeskema). Der blev fulgt op på invitationen med telefonisk opkald, hvor det var muligt, og jordemødrene mindede ved første jordemoderkonsultation om invitationen til deltagelse i *Nyfødt*.

#### *Tidspunkt for invitation*

En 41-årig andengangsfødende kvinde, der ikke deltog i *Nyfødt*, fortalte, at invitationen til deltagelse kom for tidligt i forhold til hvor langt, hun var i graviditeten:

"jeg er gammel, det betyder også, der er en del undersøgelser, jeg har skullet igennem, hvor jeg jo i mit hoved har kalkuleret med, at der var en større risiko for, at der ville være noget, nakkefold, og jeg har også fået lavet noget fostervands

og den sidste med misdannelser, så for mig er der jo også gået lang tid, både for mig og Mikkel, hvor vi har tænkt, det kan være det går, men det kan også være det ikke går. Og så er det bare meget tidligt at engagere sig i sådan noget, fordi reelt kunne det jo godt være, at vi ventede et Downs syndrom barn, og så var der ingen graviditet, altså. Fordi det har vi også været meget klare om, at hvis det var det, så ville vi ikke have barnet, ikke. Så det er også bare, når man er oppe i min alder, så har man bare, så kalkulerer man nok mere med at der kan være nogle risici, som kan gøre, at det måske ikke lykkes i sidste ende og så, så melder man sig jo heller ikke. Fordi man passer også meget på med at være for gravid, så at sige. Man holder det for sig selv og man hele tiden, rolig nu, man venter lige med begejstringen til at vi er nogenlunde sikre på, i hvert fald de ting man kan undersøge for, at det er i orden.”

For kvinden og hendes mand var tilbuddet om fødsels- og forældreforberedelse irrelevant på det tidspunkt, de modtog invitationen til *Nyfødt*. Kvinden foreslog i stedet, at invitationen sendes ud i sjette/syvende måned. Det samme sås hos et par, der tidligere aborterede meget sent i graviditeten, og som heller ikke deltog i *Nyfødt*:

”den gang var vi meget nervøse og bange for om det ville gå [...] der tænkte man meget på, tænkte mest bare på, om man nu ville miste ham igen eller. Så det var måske det, der fyldte mest i vores verden, kan man sige. Og ikke så langt frem. Så det var sådan noget med bare at tænke, nu er der gået tre måneder, det er godt. Nu er der gået 20 uger, det er godt.”

For de to par påvirkede abortrisiko og bekymringer på deres lyst til at takke ja til deltagelse i *Nyfødt* på det tidspunkt, de blev inviteret, da de ikke oplevede at være et sted i graviditeten, hvor tilbuddet var relevant. For disse grupper vil en senere invitation i højere

grad sandsynliggøre, at de melder sig til projektet.

En førstegangsfødende kvinde på 24 år forklarede ligeledes, at tidspunktet for invitationen havde betydning for, at hun takkede nej. For hende handlede det om, at hun var blevet uplanlagt gravid og derfor oplevede at skulle forholde sig til mange uforudsete ting på én gang, og som følge heraf sorterede det frivillige tilbud fra:

”For det var ikke en planlagt graviditet, så der var meget, der lige skulle fordøjes og breve og nårh ja, jeg skal også tilmelde mig nakkefoldsscanning, og jeg skal huske at gøre det her, og hvad nu, hvad skal jeg spise, og så får man brev ind fra hospitalet, jamen det skal jeg også lige til jordemoder og undersøgelser, det [*Nyfødt*] prioriterede man ikke rigtigt, der gjorde man bare, lagde det til side.”

#### *Opfølgning på invitation*

Enkelte af de interviewede, som ikke deltog i *Nyfødt*, kunne ikke huske, at de var blevet tilbudt at deltage i fødsels- og forældreforberedelsen. Dette kan skyldes flere forhold. Dels kan der være sket fejl i udsendelsen af invitationer, således at de ikke modtog brev, dels kan de have overset brevet. En førstegangsfødende kvinde på 20 år fortalte, at hun ikke kunne huske at have modtaget et brev, og at det kunne være, at ”*det er røget ud med nogle reklamer*”. Samtidig fortæller hun:

”Jeg undrede mig over, jeg vidste, at man kunne komme i sådan noget gruppe-noget, hvor man kunne komme ind og sådan, og jeg tænkte bare, hvorfor er jeg ikke blevet inviteret til det? For det ville vi jo rigtig gerne, for jeg synes, nu er han jo meget slem og sådan noget. Så det kunne være rart at få lidt forberedelse til en masse ting og sådan noget. Men jeg kan ikke huske det der brev, det kan jeg ikke.”

Kvinden og barnets far havde således ikke aktivt fravalgt deltagelse i *Nyfødt* og ville efter



eget ønske gerne have deltaget i projektet, såfremt de havde oplevet at have fået en invitation. Kvinden forbandt graviditet, fødsel og barselstid med usikkerhed og bekymringer og knyttede selv dette sammen med manglende viden og et behov for at blive undervist i bl.a. fødsels faser, amning og livet med et spædbarn. Om sin emotionelle tilstand under fødslen fortalte kvinden f.eks.:

"[...]jeg var bare sådan helt panik, argh! Fuldstændig. For jeg vidste ikke noget, virkelig. Jeg havde ingen idé."

Det er muligt, at noget af kvindens usikkerhed og oplevelse af manglende viden ville kunne have været reduceret, såfremt hun havde deltaget i fødsels- og forældreforberedelse.

En førstegangsfødende kvinde på 24 år fortalte, at hun havde drøftet tilbuddet med sin jordemoder, fordi kvinden efter modtagelse af invitationen lagde den i sin vandrejournale. Jordemoderens viden om *Nyfødt* var dog imidlertid sparsom, og jordemoderen opfordrede ikke aktivt kvinden til at deltage. Kvinden besluttede sig derfor for at takke nej. Adspurgt om, hvad der havde kunnet få kvinden til at takke ja til tilbuddet, svarede hun:

"jeg tror, hvis man havde fået det at vide personligt måske. At fordi nogle gange når man læser et brev, hvor der står en masse tal og datoer, så tænker man bare, ej det har jeg ikke tid til eller, det har jeg ikke lige overskud til. Men når man hører det personligt om det, at det er en undersøgelse sådan og sådan, det er kun et par gange, så er man mere sådan, hvad skal man kalde det, fristet til at sige ja. Det tror jeg, at jeg havde gjort, hvis jeg havde fået det af vide, eller at min jordemoder havde sagt til mig, jamen det er sådan og sådan og sådan, og det er kun et par gange og det er kun sådan kort tid, så man ikke får en eller anden misforståelse."

Kvinden gav udtryk for, at den tilsendte invitation og information ikke var tilstrækkelig til, at hun blev overbevist om kurssets kvaliteter i forhold til de tidsmæssige omkostninger, der ville være forbundet med at deltage. For hende var det vigtigt, at invitationen også blev givet mundtligt og tilbuddet blev gjort relevant for hende personligt. Det virker relevant ud fra ovenstående citater, at jordemødrene er godt informeret omkring tilbud om fødsels- og forældreforberedelse, følger op på invitationen og direkte opfordrer parrene til at deltage.

### 1.3.2 Kursets indhold og organisering

#### *Nyfødt vs. auditorieforelæsninger*

Flere af de interviewede fortalte, at de fandt det daværende almene tilbud om to auditorieforelæsninger mangelfuldt i forhold til deres ønsker og behov. Flere fremhævede, at de fandt det attraktivt, at *Nyfødts* kursusgange foregik i mindre grupper, idet der hermed kunne skabes tryghed og bedre mulighed for at stille spørgsmål. En 30-årig, førstegangsfødende kvinde forklarede, hvorfor hende og hendes mand valgte at tilmelde sig:

"Jeg synes ikke, at to gange var nok til, at jeg følte mig klar til, at jeg skulle føde for første gang. Og blev vi enige om, at det her var et gratis tilbud, og vi kunne jo altid prøve at melde os og så se, hvad vi kunne få ud af det, og så tage det vi kunne bruge, og vi har deltaget i alle kursusgangene."

Interviewer: "Så hvad forventede I at få ud af det? Eller hvad håbede I at få ud af det?"

Kvinde: "øhm, altså for det første, så håbede jeg, at man kunne få stillet nogle flere spørgsmål, og man kunne få snakket om tingene lidt grundigere end det blev til en forelæsning. Og hvis, og al den der uvished og utryghed omkring det der skulle ske, både at man havde nogle at dele det med men også med en lille gruppe havde mulighed for at få snakket det igennem og høre om forskellige tilbud."

Vi har været ude på Hvidovre til det omkring amning, det to-timers forelæsning, der var derude. Jeg kunne godt efterfølgende se, at der var noget, der mindede meget om hinanden, forskellen synes jeg så bare var, at vi havde mulighed for at drøfte og høre, hvad andre egentlig tænkte omkring amning. Og besluttede os så for at lade være med at tage ud og høre omkring fødslen, fordi nu, vi kunne godt se at vi fik mest ud af at deltage i projekt *Nyfødt*.”

Og kvinden fortsatte:

”Hverken min kæreste eller jeg bryder os om det der med at skulle række hånden op i store forsamlinger og ligesom snakke foran mange mennesker. Så det var også noget af det der appellerede lidt. At det godt kan være lidt angstprovokerende at stille sig op foran 100 mennesker og stille et spørgsmål, og hvad tænker de så. Det er lidt nemmere, når man ikke er så mange og efterhånden kender folk. Altså første gang gør man ikke, men gangen efter så har man i hvert fald en idé om, hvem de andre par er.”

Samme forventninger og forhåbninger til et trygt og intimt forum fremhævede et førstegangsfødende par på 25 og 28 år:

Kvinden: ”Jeg synes, at det lød rigtig fedt at man havde, at man fik lidt mere små grupper til selve fødselsforberedelsen, en intim gruppe. Jeg føler mig...”

Manden: ”tryk”

Kvinden: ”ja, jeg synes det er rarere. Altså jeg tør godt snakke i en forsamling, men jeg tror, at vi to som par får mere ud af at være i en lille gruppe.”

Manden: “[...] Jeg tror faktisk ikke, jeg havde sagt noget, hvis det havde været i en større gruppe. Det tror jeg faktisk ikke.”

Kvinden: ”ja, du ville nok være lidt mere generet der. For os to som par er det en god idé. Og så tænkte jeg bare, at det ville være fedt, at der var noget andet fokus i sådan nogen, når det er i mindre grupper ikke. Der er en anden relation til den man også snakker med og den man er der med, at man netop får muligheden for at kunne lære personen lidt mere at kende og man måske også lytter lidt mere. Når du sidder i sådan et kæmpe auditorium, så er du måske sådan lidt mere, hm ja hm okay. Så vi tænkte bare at udover, at det ville være fedt at have det, så var det også bare, det andet lød ikke vildt tiltalende at være i det der store forum. Så vi tænkte, det ville være dejligt.”

Samlet set tegnede der sig et billede af, at fødsels- og forældreforberedelse i mindre grupper fremstod som et trygt og inkluderende forum, hvor der var plads til spørgsmål, dialog og diskussion for dem, der havde deltaget. Forhold, som de deltagende kvinder og par fandt attraktive og appellerende og i tråd med deres behov.

*Forældreforberedelse, søskenderelationer og den sammenbragte familie*

*Nyfødt* var oprindeligt kun rettet mod førstegangsfødende, da rekrutteringen til projektet startede i august 2012. I januar 2013 besluttede projektgruppen også at invitere flergangsfødende til at deltage i *Nyfødt*, da det var vanskeligt at rekruttere tilstrækkeligt med deltagere til at få et stærkt nok datamateriale til at gennemføre forskningen i forbindelse med projektet. Der havde desuden været flere efterspørgsler fra jordemødre og gravide om at tilbyde *Nyfødt* til flergangsfødende. Beslutningen blev taget i samråd med styre- og følgegruppen for projektet.

Flere flergangsfødende og en kvinde i sammenbragt familie fremhævede i interviewene, at grunden til, at de havde undladt at tilmelde sig *Nyfødt* var, at de oplevede tilbuddet som rettet mod førstegangsfødende par. Tilbuddet virkede



derfor overflødig eller irrelevant i forhold til de problemstillinger, som kvinderne var optagede af i forbindelse med deres graviditet.

For en 41-årig andengangsfødende kvinde i en sammenbragt familie var det at blive forældre ikke det mest fremtrædende forhold omkring graviditeten. Det var hun og hendes mand i forvejen. De havde hver især børn og havde nu et barn på vej sammen. Det nye og ukendte for hende og hendes mand var i stedet det forhold, at de var en sammenbragt familie og udfordringen var for dem, hvordan de håndterede deres børns relationer til hinanden og særligt til det kommende familiemedlem.:

”For mig og min mand overskygger det der med at vi er en sammenbragt familie tingene. Fordi vores relation har også rigtig meget med at gøre, hvordan den sammenbragte familie fungerer. For lige så snart der er konflikt mellem mig og hans børn, eller min mand og min dreng, eller børnene imellem, så præger det jo også os. Så vi har sådan set mere brug for det tilbud, der handler om den sammenbragte familie end et tilbud, der handler om et par, der bliver forældre. Fordi det har vi ligesom prøvet, ikke. Nu står vi jo i den situation, at vi har ikke prøvet at være sammenbragt familie i særlig lang tid og nu udfordres vi så yderligere af, at der kommer en til. Så i vores bevidsthed er det bare en meget større udfordring.”

Adspurgt om, hvad der kunne have fået en 35-årig andengangsfødende, der fravalgte *Nyfødt*, til at deltage, svarede hun:

”Så tror jeg måske, at det nok skulle have været mere sådan lidt måske specielt målrettet til flergangsfødende. Altså sådan lidt, hvad med søskende og hvordan at selve hverdagen, når man pludselig har endnu et barn og altså mere sådan den der lidt, det for mig ville være en forandring. For det der med at få et barn, det havde jeg ligesom prøvet, men det der

med at få to børn, altså at det andet barn hvor at altså det har vi snakket rigtig meget om. Det var vi bekymrede om, og vi snakkede med pædagogen om hvordan hun ville tage det og hun var stadigvæk lille og for hun var ikke en gang 2,5, da nummer to kom. Det tror jeg vi ville have været bidt på. Men det der med at blive til en familie eller, vi er allerede en familie altså.”

En 39-årig andengangsfødende fortalte, at hun selv havde opsøgt viden om, hvordan man som forældre kunne være med til at etablere gode søskenderelationer:

”Noget af det som ikke var nogle steder, det var så noget med, hvordan tackler man barn nummer et i forhold til barn nummer to. Der stod der jo godt nok ny familie, men der var jeg godt nok lidt, årh ja, men vi er jo en familie i forvejen.”

De problemstillinger, der af de flergangsfødende blev fremhævet som relevante og presserende, omhandlede ikke som *Nyfødt* det at blive til en familie. De flergangsfødende oplevede sig som etablerede familier, der med barn på vej stod i en ny udfordring – søskenderelationer. Kvinderne efterspurgte viden om netop dette forhold, hvorfor det kan overvejes at indarbejde dette aspekt i fødsels- og forældreforberedelsen.

Et førstegangsfødende par, der deltog i *Nyfødt* og gik på hold med flere andengangsfødende, fortalte i interviewet, at de fandt det udbytterigt med en blandet sammensætning af første- og flergangsfødende, samtidig med at de gjorde sig tanker om, at udbyttet formentligt var størst for de førstegangsfødende:

Kvinde: ”Jeg tror det var godt for os, men jeg tror, hvis jeg var andengangsfødende, så ville jeg måske ikke synes, det var super relevant. For der sad mange førstegangs og spurgte om mange ting, hvor man måske kan tænke, rolig nu,



barnet dør ikke af det. Men for os var det rigtig lækkert.”

Manden: ”Jeg synes, det var dejligt at høre andres erfaringer med, at det bare sådan at alle var førstegangsfødende. Jeg synes det var meget rart, at der var andre, der havde været det igennem og skal igennem det igen.”

Kvinden: ”også bare fordi de tager lidt lettere på, det virkede det i hvert fald som om, så tager man bare lidt lettere på tingene, det sker ikke, det er fint, alt går godt.”

### 1.3.3 Logistik og tidsforbrug

Flere af de interviewede kvinder og par havde i forbindelse med beslutningen om at takke nej sat deres forventninger til udbyttet af *Nyfødt* i relation til tidsforbrug, logistik og prioritering af ressourcer. De vurderede på baggrund af det udsendte informationsmateriale, at kursets indhold ikke var så aktuelt for dem, at de ville bruge tid på det.

En førstegangsfødende kvinde på 24 år:

”Jeg tror i hvert fald for nogen, eller det var det i hvert fald for mit tilfælde, at man måske, en graviditet fylder alligevel en del, at det er måske ikke alle, der har tid til det, hvis man har skole eller studie eller arbejde eller hvad man nu har, og man også gerne vil have noget graviditetstræning en aften om ugen, men skal sætte af til den, og så er der jordemodersamtaler og lægeaftaler, forældreftermiddage, der er rigtig mange tilbud at komme efter, forskellig vejledning og konsultationer. Så at have oven i købet flere samtaler, det er måske lidt for tidskrævende for nogen”

En 41-årig andengangsfødende kvinde fortalte ligeledes om overvejelser om tidsforbrug i forhold til behov:

”Men vi synes alligevel vi sådan var rimelig inde i forældrerollen og så er det jo også fordi, vores tid er jo lidt presset fordi vi har tre børn og sådan noget. [...]Men det var mest det der med at møde op sådan par timer nogle timer nogle gange. Det synes vi var for meget. Vi følte måske også at det var lidt for meget i forhold til vores behov.”

Såfremt man ønsker at få disse par til at deltage i fødsels- og forældreforberedelse, bliver det vigtigt at kommunikere klart omkring, hvilket udbytte man kan forvente af få ved deltagelse i kurset. Der skal således argumenteres for, at fødsels- og forældreforberedelse er ’tiden værd’.

### 1.3.4 Psykisk sårbarhed

Som nævnt indledningsvis var der fra projektgruppens side et eksplicit ønske om også at rekruttere psykisk sårbare kvinder og deres partnere til *Nyfødt*. Ønsket havde baggrund i en formodning om, at socialt og psykisk sårbare individer oplever overgangen til forældrerollen som mere belastende end den øvrige befolkning, og at denne belastning kan have større konsekvenser for disse familiers langsigtede helbred og trivsel. Der er dog ikke produceret særligt informationsmateriale til målgruppen eller iværksat en særlig indsats for at få denne gruppe til at tilmelde sig *Nyfødt*.

Dette afsnit omhandler, hvordan psykisk sårbarhed har haft indvirkning på deltagelse i *Nyfødt*, og hvordan det for størstedelen af de interviewede ikke er et forhold, de nævner som betydningsfuldt i forbindelse med beslutningen om at deltage/ikke at deltage. De interviewede par og kvinder blev ikke bedt om at forholde sig eksplicit til, om kvindens psykiske sårbarhed havde indvirket på deres beslutning om at deltage/ikke-deltage. I stedet blev der i interviewet fokuseret på, hvilke forhold kvinderne/parrene *selv* italesatte som betydningsfulde, og disse blev fulgt op af uddybende spørgsmål.

### *Fravalg grundet psykisk sårbarhed*

To af de interviewede kvinder forbandt deres fravalg af *Nyfødt* med deres psykiske sårbarhed. En af disse kvinder, der havde en svær psykiatrisk lidelse, fortalte, at

”det, jeg har det bedst med, er noget individuelt på grund af min diagnose”

Hun var under graviditeten og efter fødslen tilknyttet en psykiatrisk afdeling, kommunens børnefamilieteam og havde en kontaktperson fra opsøgende psykiatrisk team. Hun blev således fulgt intenst gennem graviditeten med et skræddersyet behandlings- og rådgivningsforløb. Hun tog ikke aktivt stilling til deltagelse i *Nyfødt* og på baggrund heraf takket nej, men fik hjælp af kontaktperson og behandlere til at vælge konkrete tilbud til. Kvinden fortalte også, at der var behandlingsforløb og hjælpende foranstaltninger, hun ikke kunne takke nej til, såfremt hun ønskede at kunne beholde sit barn hjemme efter fødslen. Disse tilbud valgte hun at prioritere. I denne kvindes tilfælde var fravalget af *Nyfødt* knyttet til nogle omsiggribende behov, der ikke lå inden for rammerne af *Nyfødt*.

Den anden kvinde, der forbandt sit fravalg af *Nyfødt* med sin psykiske sårbarhed, fravalgte dels *Nyfødt* grundet tidsmæssige forhold og sin status som andengangsfødende, dels grundet angst for hospitaler. På grund af komplikationer ved første graviditet skulle kvinden følges tættere end normalt under anden graviditet, derfor skulle hun til flere konsultationer og undersøgelser i hospitalsregi. At skulle komme mere på hospitalet var for kvinden uoverkommeligt, og derfor deltog hun ikke i *Nyfødt*. Da hun under interviewet blev fortalt, at *Nyfødts* kurser foregik på jordemodercentret, fortalte hun:

”for fx sådan en som mig, der lider af angst, der betyder det rigtig meget hvor det er henne. Det betyder også noget om man bare skriver adressen eller om man også skriver hvad sal, det er på. For jeg er

helt vildt nervøs for elevatorer og sådan noget.”

### *”Almindelige” forklaringer*

Langt de fleste kvinder og par inddrog ikke psykisk sårbarhed og tilknytning til specialjordemoder som en forklaring på hvorfor, de henholdsvis valgte/fravalgte at deltage i *Nyfødt*.

Kvindernes/parrenes begrundelser så ud til at være knyttet til forhold, der også kunne gøre sig gældende for kvinder, der ikke var tilknyttet specialjordemoder<sup>1</sup>. Det må formodes, at det ikke knytter sig særligt til psykisk sårbarhed, at et tilbud vurderes på baggrund af en afvejning af tidsmæssige ressourcer i forhold til udbytte; at kursets indhold skal afvejes i forhold til, om deltagerne er første- eller flergangsfødende og deltagerens familiekonstellation; eller at tanker om fødselsforberedelse først melder sig på banen i andet trimester.

### *Ønske om heterogent sammensatte hold*

Holdene på *Nyfødt*-kurset blev sammensat efter terminsdato og lokalt optageområde. I nogle af interviewene blev sammensætningen af holdene et samtaleemne, hvor kvinderne/parrene tog stilling til hvilke kriterier, der bør spille ind på sammensætningen.

En førstegangsfødende kvinde, der deltog i *Nyfødt*, fortalte, at hun var i tvivl om, hvorvidt hun fik tilbudt at deltage i *Nyfødt* grundet sin status som sårbar gravid:

”Jeg tror det var, jeg kan ikke huske om det var i et af velkomtbrevene hvor så kunne jeg ikke helt finde ud af om det kun var noget vi blev tilbudt fordi jeg var sårbar gravid eller det var også lidt, hvis man kun sidder i gruppe med folk, der har det lidt eller har haft det psykisk hårdt i hvert fald, så kan man godt blive sådan, så er det nemt at komme ned i den der fornemmelse igen. Så det er rart at man var i sådan en blandet gruppe så man ikke

<sup>1</sup> Da der ikke er foretaget et interviewstudie med kvinder, der ikke tilhører gruppen af psykisk sårbare gravide, bygger dette på en antagelse.



følte det var fordi jeg ikke har været fordi at jeg har været ked af det på et tidspunkt, nej nej, alle mennesker har det også. Og det var rigtig fedt. Jeg troede til at starte med at det kun var for sårbare gravide, så det blev jeg positivt overrasket over.”

I citatet ovenfor fremgår det, at kvinden ikke havde et ønske om, at der var oprettet særlige hold for psykisk sårbare gravide, eller at *Nyfødt* kun tilbydes denne gruppe af gravide. For denne kvinde var det vigtigt at opleve sine følelser i forbindelse med graviditet og fødsel normaliseret og samtidig undgå negativ følelsesmæssig påvirkning fra en gruppe af andre sårbare gravide.

## 1.4 Opsummering af del 1

I den kvalitative del af rapporten er det undersøgt, hvilke overvejelser sårbare gravide gjorde sig i forbindelse med deltagelse eller ikke-deltagelse i *Nyfødt*, og hvilke begrundelser der har været udslagsgivende for deres beslutning om at takke ja eller nej til fødsels- og forældreforberedelsestilbuddet.

Om end de deltagende interviewpersoner alle tilhørte gruppen af sårbare gravide, havde udsathed og psykisk sårbarhed en marginal plads i kvinderne og parrenes fortællinger om deres overvejelser i forhold til at deltage/ikke deltage i *Nyfødt*.

Der har på baggrund af de kvalitative analyser tegnet sig et billede af, at kvinderne og parrene i høj grad sammenholdt forventet udbytte af kurset med tidsforbrug og logistiske udfordringer forbundet med deltagelse, når de valgte at takke nej til tilbuddet. Begrundelsen for ikke at deltage relaterede sig således ikke for flertallets vedkommende til kvindernes psykiske sårbarhed.

Blandt de deltagende par blev der givet udtryk for, at *Nyfødt* blev tilvalgt på grund af muligheden for dialog og de trygge rammer, der blev stillet til rådighed på de mindre hold. Her blev *Nyfødt* sat i modsætningsforhold til de

store auditorieforelæsninger, hvor muligheden for spørgsmål og dialog var minimal.

### Punkter til videre overvejelse del 1

På baggrund af analyserne i del 1 anbefales det, at følgende punkter overvejes i forbindelse med det videre arbejde med tilbuddet om fødsels- og forældreforberedelse til sårbare gravide:

- Det overvejes, om invitationerne til fødsels- og forældreforberedelse skal udsendes et par måneder senere, så parrene er kommet længere i deres tanker om det at skulle være forældre
- Invitationerne til fødsels- og forældreforberedelse gøres tydeligere, så de adskiller sig fra andre materialer fra hospitalet
- Invitationerne følges op af jordemoder, så det sikres, at alle par har mulighed for aktivt at tage stilling til deltagelse
- Der kommunikeres tydeligere til flergangsfødende, hvilken ”ny” viden fødsels- og forældreforberedelsen bidrager med
- At tematikken søskenderelationer eventuelt tilføjes kommende kursusprogrammer
- Der laves særlige kurser for kommende forældre i sammenbragte familier, eller tematikken dækkes i de eksisterende tilbud
- Fødsels- og forældreforberedelse forbliver et tilbud i mindre grupper, da det skaber mulighed for tryghed og rammer for dialog og inddragelse
- Grupperne sammensættes, så psykisk sårbare gravide ikke selekteres fra til selvstændige grupper.

## Del 2 – Kvantitative analyser

I del 2 præsenteres resultaterne af analyserne, der er lavet på baggrund af data fra spørgeskemaer udfyldt af deltagerne i projekt *Nyfødt*. Formålet med den kvantitative undersøgelse er at evaluere effekten af *Nyfødt*-programmet for sårbare kvinder og deres partnere sammenlignet med de ikke-sårbare kvinder og deres partnere.

Udover at evaluere effekten af programmet, bliver det også undersøgt, om *Nyfødt* når den tiltænkte målgruppe ved blandt andet at kigge på karakteristik af de tilmeldte deltagere og på deres brug af programmet.

### 2.1 Datagrundlag og metode

I *Nyfødt* deltog 1766 kvinder og 1542 mænd/partnere (se flowchart i bilag 3). Ud af de 1542 partnere var 98 % mænd, og de resterende 2 % var kvinder. Betegnelsen partner vil i resten af rapporten dække over barnets anden forælder, uanset om det er en mand eller kvinde, eller om det er barnets biologiske far eller ej.

Ud af samtlige inviterede kvinder til studiet var 6,1 % kategoriseret fra hospitalets side som sårbare. I projekt *Nyfødt* udgjorde sårbare kvinder 4,8 % af den samlede studiepopulation. Det svarer til 84 sårbare kvinder.

Der var 841 ikke-sårbare kvinder og 42 sårbare kvinder i interventionsgruppen (dem, der modtog *Nyfødt*-kurset) og det tilsvarende antal i kontrolgruppen (dem, der modtog standardtilbuddet, der var to forældreftermiddage i auditorier på daværende tidspunkt (1)). Partnerne fulgte

kvinderne i den gruppe, som den gravide kvinde var blevet tildelt.

Partnere til sårbare kvinder bliver i figurerne og tabellerne betegnet som sårbare partnere. De var dog ikke i sig selv nødvendigvis sårbare, da det kun var kvinden, der fik betegnelsen sårbar på baggrund af hendes social- og/eller sygehistorie.

#### *Tidspunkter for målinger*

Det første spørgeskema (baseline) skulle udfyldes af deltagerne omkring 20. graviditetsuge samtidigt med udfyldelse af en samtykkeerklæring til at deltage i forskningsprojektet. Dette foregik inden, deltagerne modtog nogen form for intervention. Det var obligatorisk for kvinderne at udfylde baseline-spørgeskemaet inden mulighed for deltagelse i forsøget, da det var kvinderne, der efterfølgende blev fordelt ved hjælp af lodtrækning (randomisering) til enten at deltage i interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Partnerne fik samtlige spørgeskemaer samtidigt med kvinderne, men var ikke forpligtede til at svare på baseline-spørgeskemaet for at være med i projektet.

De efterfølgende spørgeskemaer blev udsendt ca. i 37. graviditetsuge (1. follow-up), ca. 9 uger efter fødslen (2. follow-up) og ca. 6 måneder efter fødslen (3. follow-up).

#### *Statistisk metode*

Spørgeskemaerne blev sendt ud til deltagerne ved hjælp af SurveyXact, der er et internetbaseret spørgeskemasystem. Alle indsamlede data er overført til statistikprogrammet SAS version 9.3, hvor alle videre analyser er gennemført.

I denne del af rapporten bliver resultaterne af de beskrivende analyser præsenteret. De beskrivende analyser er enkle analyser, der viser svarfordelingerne udvalgte spørgsmål fra de fire spørgeskemaer. Resultaterne er som hovedregel delt op på kvinder og partnere, og sårbare og ikke-sårbare deltagere. Hvor det har været muligt, er deltagerne endvidere delt op i



grupper alt efter, om de deltog i interventions- eller kontrolgruppen for at undersøge effekten af interventionen.

Resultaterne af analyserne er i de fleste tilfælde blevet testet for statistisk signifikans. Hvis et resultat er statistisk signifikant betyder det, at man kan gå ud fra, at resultatet er sandsynligt. Sandsynligheden udtrykkes med en p-værdi, og det er almindeligt at betegne p-værdier mindre end 0,05 som statistisk signifikante (8).

Alle figurer er delt op i sårbare og ikke-sårbare kvinder eller partnere. Antallet, der har svaret på det enkelte spørgsmål, der ligger til grund for figuren, er skrevet i parentes ved siden, ex "sårbare (81)" og "ikke-sårbare (701)". Det vil

sige, at der i dette eksempel er 81 sårbare deltagere og 701 ikke-sårbare deltagere, der har svaret på spørgsmålet.

## 2.2 Resultater

### Svarprocent

Tabel 2 viser fordelingen af svarprocenter på kvinder og partnere. Kvinder og partnere er opdelt på sårbare og ikke-sårbare. I alle fire grupper sker der et fald i svarprocenten for hvert nyt måletidspunkt med undtagelse af partnere til sårbare kvinder fra 1. til 2. follow-up. Ikke-sårbare kvinder har den højeste svarprocent, og partnere til sårbare kvinder har den laveste svarprocent.

Tabel 2. Svarprocent fordelt på sårbare og ikke-sårbare kvinder og partnere.

		Baseline	1. follow-up	2. follow-up	3. follow-up
<b>Kvinder</b>	Sårbare	100 % (84)	78,6 % (66)	70,2 % (59)	60,7 % (51)
	Ikke-sårbare	100 % (1682)	86,4 % (1454)	81,0 % (1362)	77,1 % (1297)
<b>Partnere</b>	Sårbare	100 % (71)	66,2 % (47)	66,2 % (47)	54,9 % (39)
	Ikke-sårbare	100 % (1471)	75,3 % (1107)	70,8 % (1041)	64,7 % (951)

Generelt gælder det, at når deltagerne først er begyndt at besvare det enkelte spørgeskema, har de besvaret mere eller mindre alle spørgsmål. Det vil sige, at det er meget få, der kun har udfyldt noget af spørgeskemaerne og ladet mange spørgsmål stå ubesvarede.

Når man kigger på resultaterne af analyserne, er det vigtigt at bemærke, at det er relativt få sårbare kvinder og partnere, der indgår som en del af undersøgelsen. Derfor vil resultaterne vise indikationer på sammenhænge og kan ikke nødvendigvis generaliseres ud til hele befolkningen.

I det følgende afsnit beskrives dels karakteristika for deltagerne ved baseline, og dernæst beskrives effekten af *Nyfødt*-interventionen.

### 2.2.1 Karakteristik ved baseline

Variablene målt ved baseline giver en karakteristik af deltagerne. De viser fordelingen af deltagerne på udvalgte baggrundsvariable, det vil sige blandt andet alder, samlivsstatus, erhvervsmæssig stilling, uddannelseslængde m.fl.

#### Alder

Tabel 3 viser aldersgennemsnittet og aldersspændet hos kvinder i *Nyfødt* på tidspunktet for deres barns fødsel. Sårbare kvinder er en smule yngre end ikke-sårbare kvinder, men forskellen er ikke statistisk signifikant. Det har ikke været muligt at få oplyst alder ved barnets fødsel på alle deltagere i *Nyfødt*. Derfor er antallet af deltagere med oplyst alder lidt lavere end det totale antal deltagere i projektet.



Tabel 3. Kvinders alder ved barns fødsel

Kvinder	N	Gennemsnit	Yngste	Ældste
<b>Sårbare</b>	83	30,3 år	20 år	43 år
<b>Ikke-sårbare</b>	1631	30,8 år	19 år	46 år

Tabel 4 viser på samme måde som for kvinderne aldersgennemsnittet og –spændet hos partnerne. Her gælder det også, at

gennemsnitsalderen for partnere til sårbare kvinder er en smule lavere end partnere til ikke-sårbare kvinder.

Tabel 4. Partneres alder ved barns fødsel

Partnere	N	Gennemsnit	Yngste	Ældste
<b>Sårbare</b>	69	31,7 år	22 år	43 år
<b>Ikke-sårbare</b>	1422	32,6 år	19 år	56 år

#### *Samlevsstatus*

Andelen af sårbare kvinder, der er gift, er 31 %, mens det ligeledes er 31 % af de ikke-sårbare kvinder, der er gift. Af partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder er det 31 %, der angiver, at de er gift. Der er således ikke forskel på andelen af gifte mellem grupperne.

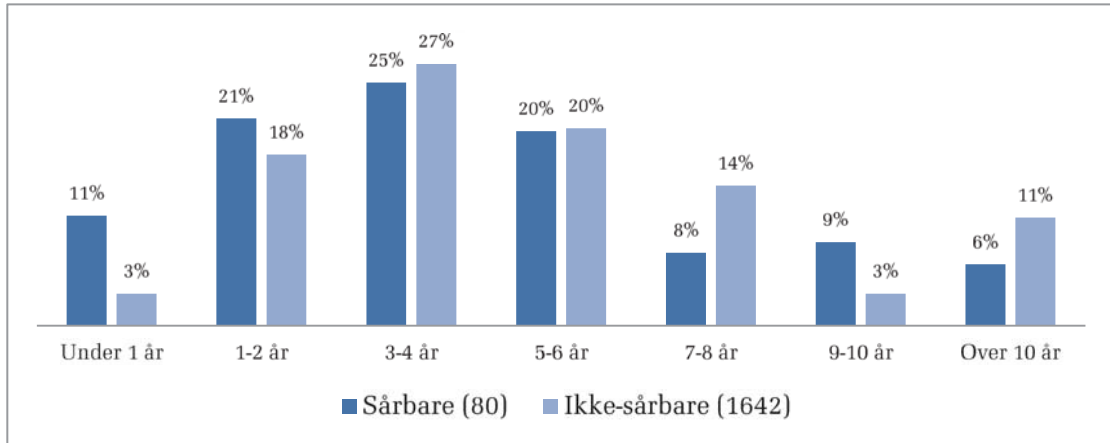
Langt de fleste gravide kvinder bor sammen med barnets far, uanset om kvinden er kategoriseret som sårbar eller ej. De sårbare kvinder bor i 93 % af tilfældene sammen med barnets far, mens det er 95 % af de ikke-sårbare kvinder, der bor med barnets far. Af de sårbare kvinder bor 4 % alene, og er ikke i noget

parforhold. Til sammenligning bor 2 % af de ikke-sårbare kvinder alene, og er ikke i noget parforhold. De resterende kvinder angiver, at de eksempelvis bor sammen med en ny partner eller med andre voksne. Der er ikke statistisk signifikant forskel på grupperne.

#### *Parforholdets længde*

Kvinderne har svaret på hvor lang tid, de har været i et forhold med deres nuværende partner. Særligt er andelen af par, der har været sammen under et år markant højere blandt de sårbare kvinder ( $p=0,004$ ). Man kan dog se fra figur 1, at kvinderne oftest har været sammen med deres nuværende partner i 1-6 år i begge grupper.

Figur 1. Kvinders angivelse af nuværende parforholds længde

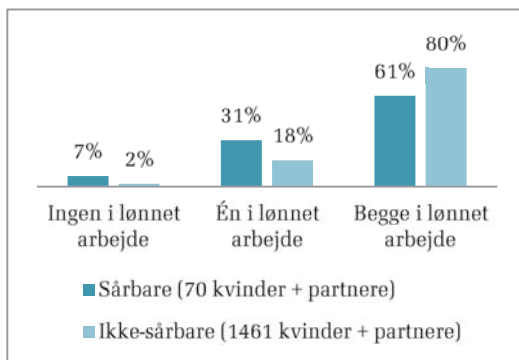


### Erhvervmæssig stilling

Andelen af kvinder, der er i lønnet arbejde, er lavere blandt de sårbare (70 %) end blandt de ikke-sårbare kvinder (87 %). Denne forskel er statistisk signifikant ( $p < 0,001$ ).

Figur 2 viser familieerhvervs mæssig stilling, det vil sige, om både kvinden og partneren har lønnet arbejde eller ej. Her er der signifikant færre par i den sårbare gruppe, der begge har lønnet arbejde sammenlignet med den ikke-sårbare gruppe ( $p < 0,001$ ).

Figur 2. Familieerhverv



Deltagerne har også svaret på, hvilke årsager der er til manglende lønnet arbejde. Langt de fleste har angivet, at de er uden lønnet arbejde, fordi de er i gang med uddannelse, eller de ikke har fået arbejde endnu efter endt uddannelse. Ganske få angiver, at de er hjemmegående, sygemeldte eller arbejder som selvstændige eller freelancere.

### Uddannelsesniveau

Af kvinder i den fødedygtige alder i København har 58 % en mellemlang eller højere uddannelse (bachelorniveau eller over) (9). Populationen i *Nyfødt* har generelt et højere uddannelsesniveau; 59 % af sårbare kvinder og 77 % af de ikke-sårbare kvinder har en uddannelse over bachelorniveau. Ikke-sårbare kvinder har således højere uddannelsesniveau end sårbare kvinder, og denne forskel er statistisk signifikant ( $p < 0,001$ ). Det er værd at bemærke, at også de sårbare kvinder ligger en smule over gennemsnittet i København.

Der er ikke signifikant forskel på partnerens uddannelsesniveau mellem sårbare og ikke-sårbare. Partnere til sårbare kvinder har i 60 % af tilfældene en uddannelse over bachelorniveau, mens 64 % af partnerne til ikke-sårbare kvinder har det.

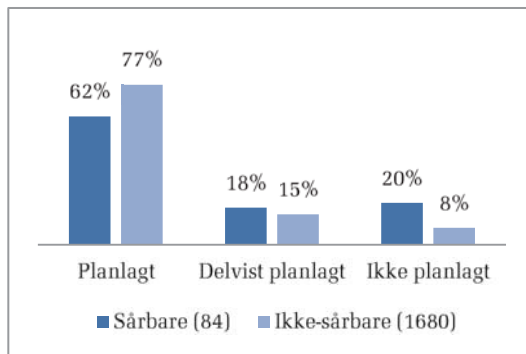
### Paritet

Andelen af førstegangsfødende i København var 52 % i 2010 (10). Populationen i *Nyfødt* adskiller sig ved, at både andelen af førstegangsfødende i den sårbare og ikke-sårbare gruppe ligger væsentligt højere, hhv. 88 % og 89 %. Det skyldes formodentligt, at *Nyfødt* fra begyndelsen kun henvendte sig til førstegangsfødende og først nogle måneder inde i rekrutteringsfasen begyndte at invitere flergangsfødende.

### Planlagt graviditet

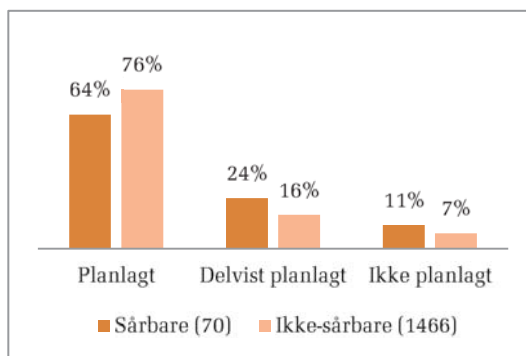
Der er signifikant færre kvinder, der har planlagt deres graviditet i den sårbare gruppe end i gruppen af ikke-sårbare kvinder ( $p < 0,001$ ), som vist i figur 3.

Figur 3. Kvinders angivelse af, om graviditeten var planlagt



Svarene fra partnere på spørgsmålet, om graviditeten var planlagt, indikerer, at partnerne i lidt højere grad oplever graviditeten som planlagt eller delvist planlagt end kvinderne gør – se figur 4. Her er der ikke signifikant forskel mellem sårbare og ikke-sårbare partnere ( $p = 0,07$ ).

Figur 4. Partneres angivelse af, om graviditeten var planlagt

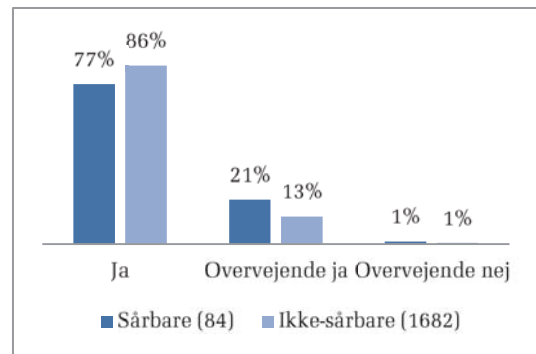


### Glæde til barnets ankomst

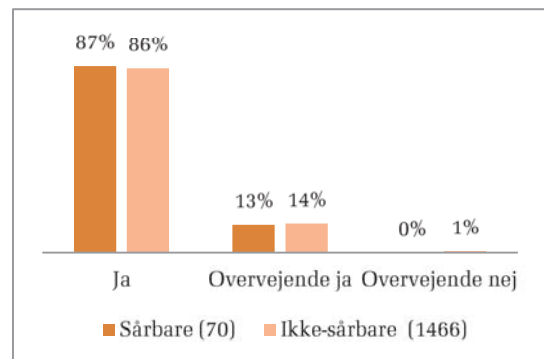
Deltagerne blev spurgt ved baseline, om de glædede sig til, at barnet skulle komme (figur 5 og 6). Ingen af kvinderne eller partnerne svarede, at de slet ikke glædede sig (ikke vist i figurer), og kun 1 % af de sårbare kvinder og 0,5 % af de ikke-sårbare kvinder svarede

'overvejende nej' til spørgsmålet. Det ser ud til, at der er en lavere andel i den sårbare gruppe, der svarede klart 'ja' til, at de glæder sig til at få et barn. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant ( $p = 0,07$ ).

Figur 5. Kvinders svar på, om de glæder sig til at få et barn.



Figur 6. Partneres svar på, om de glæder sig til at få et barn.

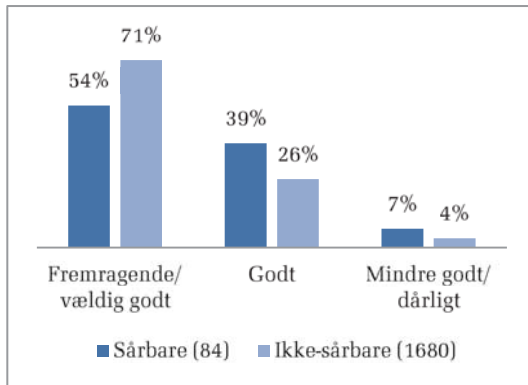


Af figur 6 ses det, at partnere til sårbare kvinder glæder sig til at få et barn i samme grad som partnere til ikke-sårbare partnere.

### Selvvurderet fysisk helbred

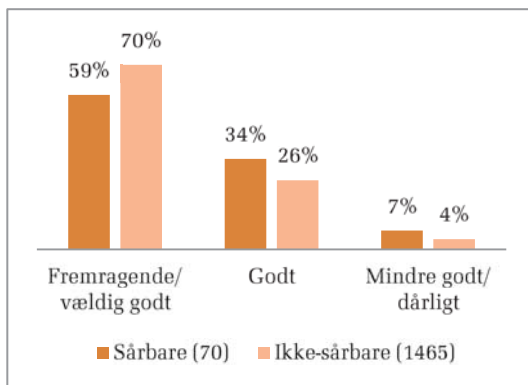
Deltagerne vurderede ved baseline deres fysiske helbred ved at besvare spørgsmålet: 'Hvordan synes du, dit fysiske helbred er alt i alt?' med svarmulighederne 'Fremragende', 'Vældig godt', 'Godt', 'Mindre godt' eller 'Dårligt'. De fem kategorier er lagt sammen til tre kategorier, som vist i 7 og 8.

Figur 7. Kvinders selvvaluerede fysiske helbred ved baseline



Der var 7 % af de sårbare kvinder, der vurderede deres fysiske helbred mindre godt eller dårligt, mens den tilsvarende andel for de ikke-sårbare kvinder var 4 %. Denne forskel var statistisk signifikant ( $p=0,003$ ).

Figur 8. Partneres selvvaluerede fysiske helbred ved baseline

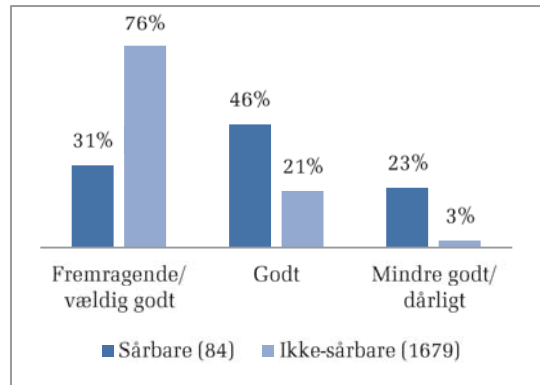


Partnere til sårbare kvinder vurderede deres fysiske helbred, som de sårbare kvinder, dårligere end partnere til ikke-sårbare kvinder. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant ( $p=0,09$ ).

#### Selvvalueret psykisk helbred

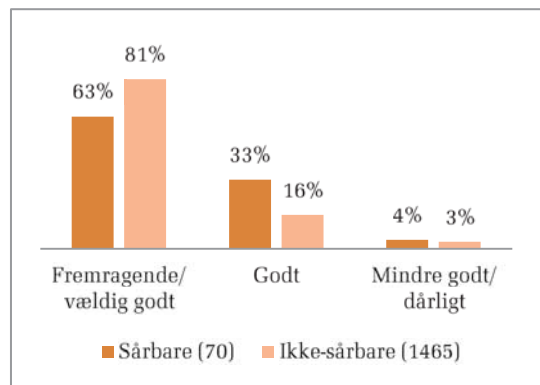
Deltagerne vurderede ligeledes deres psykiske helbred ved baseline.

Figur 9. Kvinders selvvaluerede psykiske helbred ved baseline



Som figur 9 viser, er der en forskel mellem sårbare og ikke-sårbare kvinders selvvaluerede psykiske helbred ( $p<0,001$ ). Dette er ikke overraskende, da sårbare kvinder ofte bliver visiteret til specialjordemødre netop på grund af psykiske problemer.

Figur 10. Partneres selvvaluerede psykiske helbred ved baseline



Partnere til sårbare kvinder vurderede, som man kan se i figur 10, deres psykiske helbred dårligere end partnere til ikke-sårbare kvinder ( $p<0,001$ ). Det er dog værd at bemærke, at forskellen mellem de to grupper i kategorien 'Mindre godt/dårligt' er minimal.

#### Stress

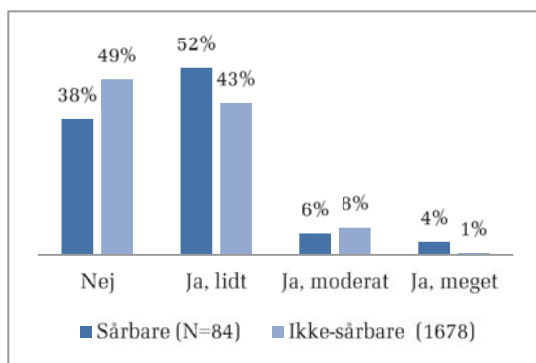
De følgende resultater handler om stress. Stress kan måles på mange måder. Vi har valgt at præsentere resultaterne for forskellige stressspørgsmål, eftersom både hyppighed, intensitet og oplevelsen af at kunne håndtere



dagligdagens belastninger kan påvirke helbredet på forskellig vis.

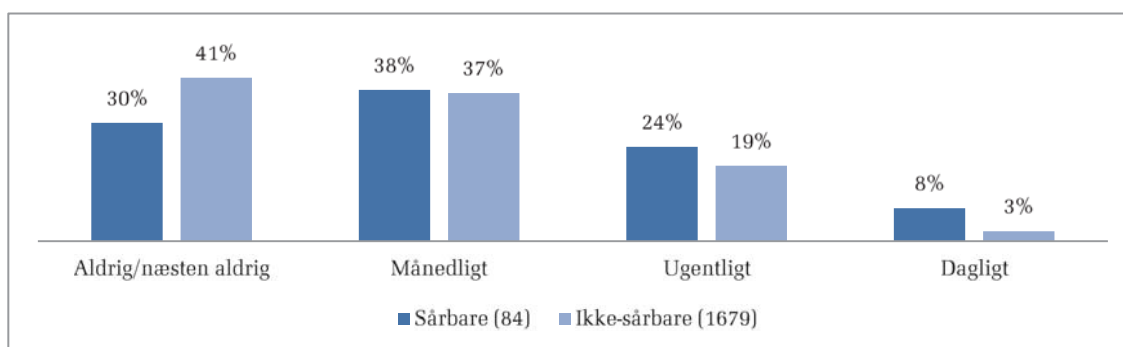
Ved baseline var der signifikant flere sårbare, der rapporterede, at de følte sig stressede sammenlignet med ikke-sårbare ( $p=0,002$ ) – se figur 11.

Figur 11. 'Føler du dig stresset?' – kvinder



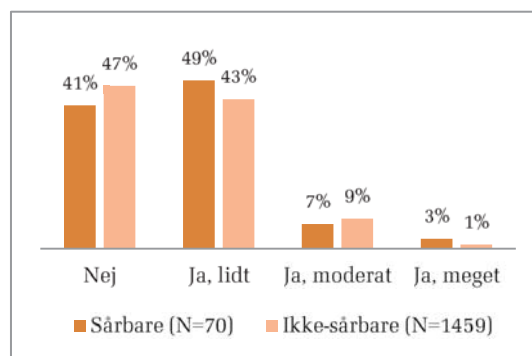
Resultaterne i figur 12 tyder på, at der ikke er samme forskel mellem partnere til sårbare kvinder og partnere til ikke-sårbare kvinder i forhold til oplevelsen af stress ( $p=0,46$ ).

Figur 13. 'Hvor ofte føler du dig stresset?' – kvinder



Partnerne fordeler sig mere jævnt grupperne imellem i forhold til kvinderne, som vist i figur

Figur 12. 'Føler du dig stresset?' – partnere

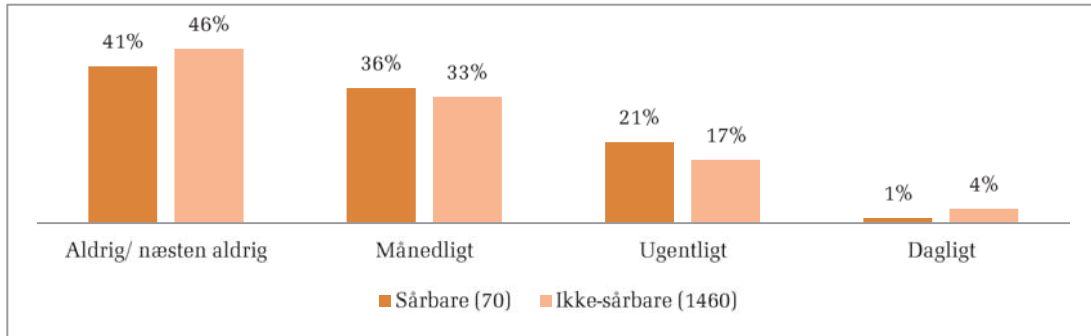


Deltagerne har uddybet oplysningerne om stress ved baseline ved at vurdere hvor ofte, de føler sig stressede, se figur 13 og 14. Der er en lavere andel af de sårbare end de ikke-sårbare kvinder, der svarede aldrig eller næsten aldrig på spørgsmålet. Samtidigt er der en signifikant højere andel hos de sårbare kvinder, der følte, at de var stressede hver dag ( $p=0,004$ ).

14, og der ses ingen statistisk signifikant forskel ( $p=0,52$ ).



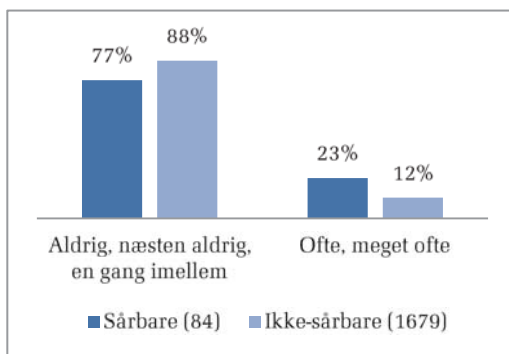
Figur 14. 'Hvor ofte føler du dig stresset?' – partnere



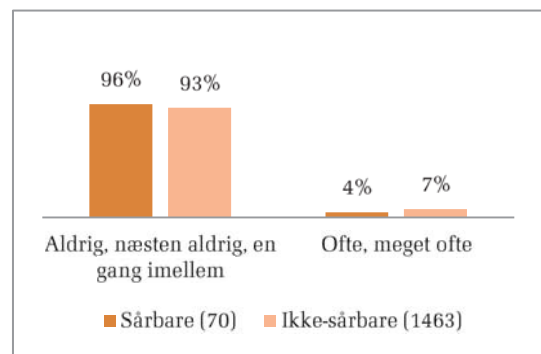
Figurerne 15 og 16 viser fordelingerne af deltagernes svar på, hvor ofte de har følt sig nervøse eller stressede i løbet af den seneste måned.

gennemsnittet, og der ses ingen signifikant forskel i stress/nervøsitet mellem partnere til sårbare og partnere til ikke-sårbare kvinder ( $p=0,52$ ) (figur 16).

Figur 15. Nervøs eller stresset i løbet af den seneste måned – kvinder



Figur 16. Nervøs eller stresset i løbet af den seneste måned – partnere



Der var 23 % af de sårbare kvinder, der ofte eller meget ofte følte sig stressede og nervøse, hvor det til sammenligning var 12 % af de ikke-sårbare kvinder ( $p=0,003$ ). Data fra den Nationale Sundhedsprofil fra 2013 viste, at 17,6 % af kvinder i alderen 25-44 år i Region Hovedstaden følte sig stressede eller nervøse ofte eller meget ofte (11). Det vil sige, at de sårbare kvinder ligger lidt over gennemsnittet for tilsvarende aldersklasse, og de ikke-sårbare kvinder ligger under gennemsnittet.

Hvorvidt stressbelastninger udmønter sig i stressbetinget sygdom vil til dels afhænge af ens personlige og miljøbestemte ressourcer, samt ens oplevelse af at kunne håndtere de forskellige stressfaktorer, og om man eksempelvis bedømmer en situation som håndterbar eller truende (12). *Perceived Stress Scale* (PSS) er en skala, der tager højde for personens evne til at håndtere stress ved blandt andet at spørge ind til, i hvilken grad en person oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastet.

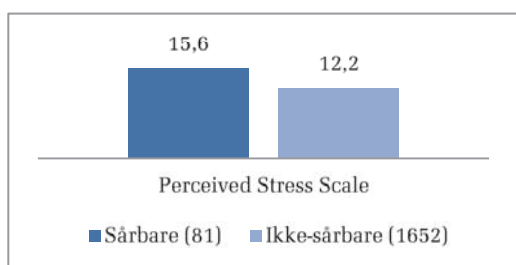
Ifølge tallene fra den Nationale Sundhedsprofil følte 12,2 % af de 25-44-årige mænd i Region Hovedstaden sig nervøse eller stressede ofte eller meget ofte (11). Både partnerne til de sårbare og ikke-sårbare kvinder ligger under

Skalaen består af 10 spørgsmål, der kan scores fra 0 til 4. Alle point fra de ti spørgsmål bliver talt sammen, og hver person kan således opnå en score på 0 til 40 point. En lav score betyder,

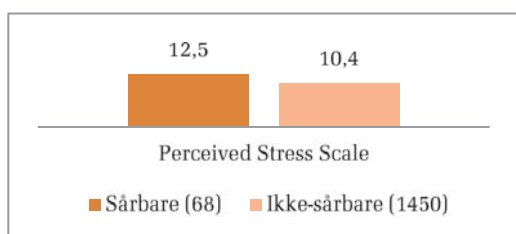
at man oplever en lavere grad af stress og/eller er god til at håndtere stress.

Figur 17 og 18 viser den gennemsnitlige score for hhv. kvinder og partnere målt ved baseline. Det kunne tyde på, at sårbare kvinder i højere grad oplever stress og/eller har vanskeligt ved at håndtere stressen end ikke-sårbare kvinder. Det går i samme retning for partnere til sårbare kvinder; her er der dog lidt mindre forskel mellem grupperne. Det har ikke været muligt at teste for signifikans i forskellene i disse analyser.

Figur 17. Gennemsnitsværdi for *Perceived Stress Scale* – kvinder



Figur 18. Gennemsnitsværdi for *Perceived Stress Scale* – partnere



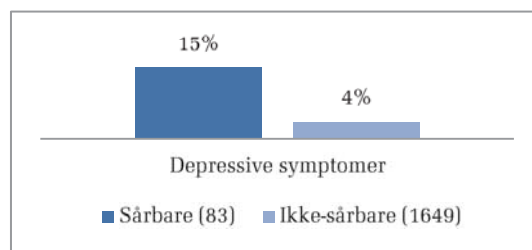
#### *Depressive symptomer før og efter fødsel*

Forekomsten af efterfødselsreaktioner, herunder fødselsdepression, er høj. Danske studier viser, at forekomsten af egentlig fødselsdepression er ca. ti procent blandt kvinder (13) og cirka fem procent blandt mænd (14). Herudover har fem til ti procent andre fødselsreaktioner, som eksempelvis angst. Forekomsten af fødselsdepression er højere blandt fødende, der har oplevet psykisk belastning under graviditeten (15), og det er dermed sandsynligt, at flere af de socialt og

psykisk sårbare gravide vil opleve at få en fødselsdepression. Studier har vist, at fødselsdepression kan øge risikoen for forstyrrelser i mor-barn-relationen og tilknytningen, som kan påvirke barnets udvikling både på kort og langt sigt (16, 17).

For at måle depressive symptomer før og efter fødslen blev deltagerne bedt om at udfylde *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), som er en skala bestående af ti spørgsmål. Ved en score på 13 point eller derover, er det en indikation for, at personen bør udredes nærmere. Skalaen er oftest blevet brugt til kvinder, men både kvinder og deres partnere blev spurgt om at udfylde skalaen.

Figur 19. Andel kvinder med depressive symptomer målt med *Edinburgh Postnatal Depression Scale*



Som forventet var andelen af kvinder, der scorede højt på skalaen og dermed indikerer, at der er depressive symptomer, højere blandt sårbare kvinder end hos ikke-sårbare kvinder ved baseline ( $p < 0,001$ ). Det samme billede var ikke gældende for partnere; 1,5 % af partnerne til sårbare gravide og 1,3 % af partnere til ikke-sårbare kvinder havde indikationer på depressive symptomer ( $p = 0,93$ ).

#### *Støtte fra partner*

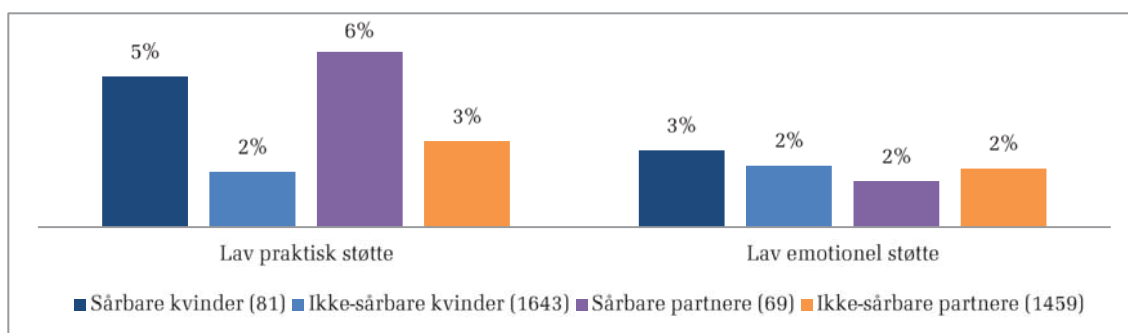
Forskning peger på, at social støtte har betydning for fysisk og mental sundhed (18). Tilgængelig social støtte kan derfor positivt påvirke den enkeltes sundhedstilstand. Det er samtidigt fundet, at manglende social støtte har en direkte sammenhæng med depressive symptomer hos gravide kvinder (19-21).

Deltagerne blev spurgt ved alle målinger, om de havde praktisk og emotionel støtte fra

partner. Praktisk støtte blev defineret ved at spørge til, hvor ofte deres partner kunne hjælpe dem praktisk i hverdagen. Emotional støtte blev defineret ved, hvor ofte de kunne tale godt med deres partner, hvis de havde brug for støtte. Figur 20 viser fordelingen ved baseline. Der var ingen statistisk forskel i graden af

hverken praktisk eller emotional støtte mellem sårbare og ikke-sårbare hos hverken kvinder eller partnerne. Det kunne dog tyde på, at sårbare kvinder og partnere til sårbare kvinder oftere oplever en lav grad af praktisk støtte end de ikke-sårbare kvinder og deres partner.

Figur 20. Andel kvinder og partnere, der oplever lav grad af praktisk og emotional støtte



## 2.2.2 Effekten af interventionen *Nyfødt*

Nedenfor præsenteres resultaterne af analyserne, hvor der ses på effekten af *Nyfødt*-programmet. Resultaterne er delt op i grupperne 'sårbar intervention', dvs. sårbare kvinder eller partnere i interventionsgruppen (*Nyfødt*-programmet) og 'ikke-sårbar intervention', dvs. ikke-sårbare kvinder eller partnere i interventionsgruppen. Ligeledes er deltagerne i kontrolgruppen delt op i 'sårbar kontrol' og 'ikke-sårbar kontrol'.

Der er indsamlet data på følgende tidspunkter: Baseline: ca. 20. graviditetsuge, 1. follow-up: ca. 37. graviditetsuge, 2. follow-up: ca. 9 uger efter forventet termin, og 3. follow-up; ca. 6 måneder efter forventet termin. I det følgende bliver data fra 1.-3. follow-up præsenteret. Data fra baseline er præsenteret i afsnit 2.2.1 Karakteristik ved baseline.

Når det har været muligt, er der lavet test for statistisk signifikans. Der er testet for signifikans mellem interventions- og

kontrolgruppen i gruppen af sårbare kvinder eller partnere, og interventions- og kontrolgruppen af ikke-sårbare kvinder eller partnere. Det har ikke været muligt at lave signifikanstest mellem gruppen af sårbare og ikke-sårbare, når de samtidigt var delt op i interventions- og kontrolgruppe. Når gruppen af sårbare og gruppen af ikke-sårbare sammenlignes, bliver de eventuelle forskelle betegnet som tendenser.

### *Indgreb i fødselsforløbet*

Data til disse analyser stammer fra det lokale register over fødsler på Hvidovre Hospital; Obstetrisk Database. Her registrerer sundhedspersonalet indgreb, der er sket i forbindelse med fødsler. Indgreb kan eksempelvis være at bruge akupunktur eller lægge en epiduralblokade som smertelindring.

Overordnet ses det, at der ikke er statistisk signifikante forskelle på interventions- og kontrolgruppen – hverken når man ser på effekten af *Nyfødt*-programmet på indgreb blandt sårbare eller ikke-sårbare kvinder.



Tabel 5. Indgreb i fødselsforløbet

	Sårbare (N=83)	Ikke-sårbare (N=1628)
<b>Epiduralblokada (rygmarvsbedøvelse)</b>		
Intervention	34 % (14)	31 % (251)
Kontrol	26 % (11)	29 % (237)
<b>Pudendusblokada (lokalbedøvelse)</b>		
Intervention	10 % (4)	9 % (75)
Kontrol	10 % (4)	7 % (60)
<b>Badekar som smertelindring</b>		
Intervention	22 % (9)	18 % (148)
Kontrol	7 % (3)	18 % (145)
<b>Akupunktur</b>		
Intervention	5 % (2)	14 % (113)
Kontrol	12 % (5)	14 % (111)
<b>Bistik (steriltvandsinjektioner som smertelindring)</b>		
Intervention	5 % (2)	9 % (72)
Kontrol	5 % (2)	10 % (78)
<b>Morfin</b>		
Intervention	12 % (5)	7 % (57)
Kontrol	12 % (5)	5 % (43)
<b>Akut kejsersnit</b>		
Intervention	24 % (10)	17 % (139)
Kontrol	14 % (6)	17 % (141)
<b>Planlagt kejsersnit</b>		
Intervention	5 % (2)	4 % (32)
Kontrol	10 % (4)	5 % (38)
<b>Barnet forløst ved brug af sugekop</b>		
Intervention	5 % (2)	16 % (130)
Kontrol	19 % (8)	15 % (119)

Forekomsten af planlagt kejsersnit på Hvidovre Hospital var 10 % i 2014 (22), mens forekomsten var væsentligt lavere blandt deltagerne i *Nyfødt*. Det er muligt, at den lave frekvens af planlagt kejsersnit i forhold til frekvensen hos fødende generelt skyldes, at kvinder har fravalgt at være med i projektet, fordi de ikke fandt det relevant, da de skulle have planlagt kejsersnit.

I gruppen af sårbare kvinder kan man se en stor procentvis forskel mellem interventions- og kontrolgruppen. Disse forskelle er ikke statistisk signifikant forskellige. Ved at se på de antallet i parentes, kan man se, at

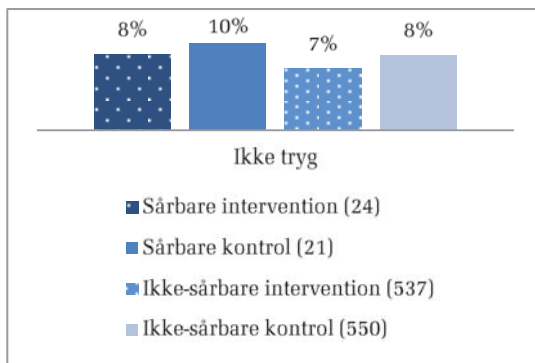
procenttallene er baseret på meget få tilfælde. Det kan forklare de i nogle tilfælde store udsving.

#### *Fødslen*

I spørgeskemaet, der blev udsendt omkring 37. graviditetsuge (1. follow-up), skulle kvinderne svare på, om de havde tiltro til, at de ville føle sig trygge derhjemme, når fødslen var gået i gang. Figur 21 viser andelen af kvinder, der har svaret, at de ikke tror, at de vil føle sig trygge derhjemme, når fødslen er gået i gang.



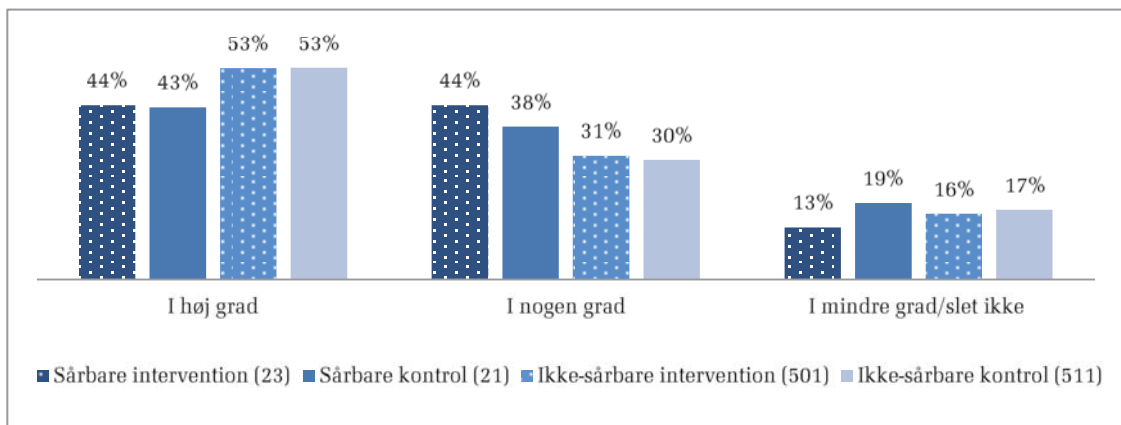
Figur 21. Andel kvinder, der ikke tror, at de vil føle sig trygge derhjemme, når fødslen er gået i gang



Der er ikke statistisk signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppen hos hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder. Det kunne dog se ud til, at der var en tendens til, at der er færre kvinder i interventionsgrupperne (de prikkede søjler), der ikke tror, at de vil føle sig trygge derhjemme, når fødslen er gået i gang.

Kvinderne blev spurgt ca. 9 uger efter fødslen (2. follow-up), om fødslen var en god oplevelse. Svarmulighederne var i 'høj grad', 'i nogen grad', 'i mindre grad' eller 'slet ikke'. På grund af få svar i de to sidste kategorier, blev disse to lagt sammen.

Figur 22. 'Var fødslen en god oplevelse?' – kvinder



Figur 22 viser, at der er en tendens til, at færre sårbare end ikke-sårbare kvinder, der svarede, at de i høj grad oplevede fødslen som en god oplevelse. Eksempelvis svarede 43 % af de sårbare kvinder i kontrolgruppen, at de i høj grad vurderede fødslen som en god oplevelse, hvorimod 53 % af de ikke-sårbare kvinder i kontrolgruppen syntes, at fødslen var en god oplevelse. Omvendt er der flere sårbare kvinder (44 % i interventionsgruppen og 38 % i kontrolgruppen), end ikke-sårbare kvinder (31 % i interventionsgruppen og 30 % i kontrolgruppen), der svarede, at det i nogen grad var en god oplevelse.

Det kunne tyde på, at en større andel af sårbare kvinder i interventionsgruppen end i kontrolgruppen oplevede fødslen som en god oplevelse. Der er 13 % af sårbare kvinder i

interventionsgruppen, der svarede, at de i mindre grad eller slet ikke vurderede fødslen som en god oplevelse, mens 19 % svarede tilsvarende i kontrolgruppen.

Forskellene mellem interventions- og kontrolgruppen er ikke statistisk signifikant for hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder.

#### Selvvurderet fysisk helbred

Sårbare kvinder vurderede deres fysiske helbred lidt dårlige end ikke-sårbare kvinder ved baseline (se afsnit 2.2.1). Tabel 6 viser kvindernes vurdering igen ved 2. og 3. follow-up. Generelt kan man sige, at ikke-sårbare kvinder vurderede deres fysiske helbred bedre end sårbare kvinder både ved 2. og 3. follow-up. Der er ingen signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for hverken

sårbare eller ikke-sårbare kvinder. Der ses dog en tendens til, at færre sårbare kvinder i interventionsgruppen vurderede deres helbred

mindre godt eller dårligt end sårbare kvinder i kontrolgruppen både ved 2. og 3. follow-up.

Tabel 6. Kvinders selvvaluerede fysiske helbred målt ved 2. og 3. follow-up

		Sårbare kvinder interventions- gruppe	Sårbare kvinder kontrolgruppe	Ikke-sårbare kvinder interventionsgruppe	Ikke-sårbare kvinder kontrolgruppe
2. follow-up	Fremragende/ vældig godt	52 %	59 %	67 %	67 %
	Godt	37 %	24 %	27 %	28 %
	Mindre godt/ dårligt	11 %	17 %	6 %	5 %
3. follow-up	Fremragende/ vældig godt	46 %	41 %	58 %	53 %
	Godt	54 %	41 %	33 %	34 %
	Mindre godt/dårligt	0 %	19 %	10 %	12 %

Partnere til sårbare kvinder vurderede ligesom sårbare kvinder deres fysiske helbred dårligere end partnere til ikke-sårbare kvinder ved baseline. Tabel 7 viser, at partnere til ikke-sårbare kvinder både ved 2. og 3. follow-up vurderede deres fysiske helbred bedre end partnere til sårbare kvinder, når man kigger på kategorien 'Fremragende/vældig godt'. Det kan

dog aflæses af tabel 7, at en lavere andel af partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder i interventionsgruppen svarede 'Mindre godt/dårligt' end partnerne i kontrolgruppen. Dette kunne tyde på en effekt af *Nyfødt*-programmet, men forskellene er ikke statistisk signifikante.

Tabel 7. Partneres selvvaluerede fysiske helbred målt ved 2. og 3. follow-up

		Partnere til sårbare kvinder interventionsgruppe	Partnere til sårbare kvinder kontrolgruppe	Partnere til ikke- sårbare kvinder interventionsgruppe	Partnere til ikke- sårbare kvinder kontrolgruppe
2. follow-up	Fremragende/ vældig godt	43 %	39 %	67 %	65 %
	Godt	52 %	52 %	31 %	30 %
	Mindre godt/ dårligt	5 %	9 %	3 %	5 %
3. follow-up	Fremragende/ vældig godt	32 %	36 %	59 %	54 %
	Godt	63 %	55 %	34 %	37 %
	Mindre godt/ dårligt	6 %	9 %	8 %	9 %

### Selvvurderet psykisk helbred

Ved baseline sås en stor signifikant forskel mellem sårbare og ikke-sårbare kvinder, når de vurderede deres psykiske helbred (se afsnit 2.2.1). Sårbare kvinder vurderede eksempelvis deres psykiske helbred som mindre godt eller dårligt i 23 % af tilfældene, mens dette kun gjaldt 3 % af de ikke-sårbare kvinder. Tabel 8 viser, at der stadig var stor forskel i de to yderkategorier mellem sårbare og ikke-sårbare kvinder ved 2. og 3. follow-up. Eksempelvis vurderede 8 % af ikke-sårbare kvinder i

interventionsgruppen deres psykiske helbred som mindre godt/dårligt, mens det var 26 % af sårbare kvinder i kontrolgruppen ved 3. follow-up. Der er således stadig stor forskel mellem sårbare og ikke-sårbare kvinder i vurderingen af det psykiske helbred ved 2. og 3. follow-up.

Det tyder ikke på, at der er en effekt af *Nyfødt*-programmet, da der ikke er statistisk signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for hverken sårbare eller ikke-sårbare.

Tabel 8. Kvinders selvvurderede psykiske helbred målt ved 2. og 3. follow-up

		Sårbare kvinder interventionsgruppe	Sårbare kvinder kontrolgruppe	Ikke-sårbare kvinder interventionsgruppe	Ikke-sårbare kvinder kontrolgruppe
2. follow-up	Fremragende/ vældig godt	44 %	38 %	70 %	72 %
	Godt	30 %	41 %	23 %	21 %
	Mindre godt/ dårligt	26 %	21 %	7 %	7 %
3. follow-up	Fremragende/ vældig godt	46 %	44 %	69 %	67 %
	Godt	38 %	30 %	24 %	26 %
	Mindre godt/ dårligt	17 %	26 %	8 %	7 %

Forskellen mellem partnere til sårbare kvinder og partnere til ikke-sårbare kvinder i deres vurdering af det psykiske helbred ved baselinemålingen var også signifikant, dog ikke så markant som i kvindernes tilfælde. I tabel 9 kan man se, at partnere til sårbare kvinder i interventionsgruppen vurderede deres

psykiske helbred bedre end partnere til sårbare kvinder i kontrolgruppen. Forskellene er dog ikke statistisk signifikante ved hverken 2. eller 3. follow-up. Der er ikke den samme forskel for partnere til de ikke-sårbare kvinder, og der var der heller ingen signifikante forskelle ved hverken 2. eller 3. follow-up.

Tabel 9. Partneres selvvalgte psykiske helbred målt ved 2. og 3. follow-up

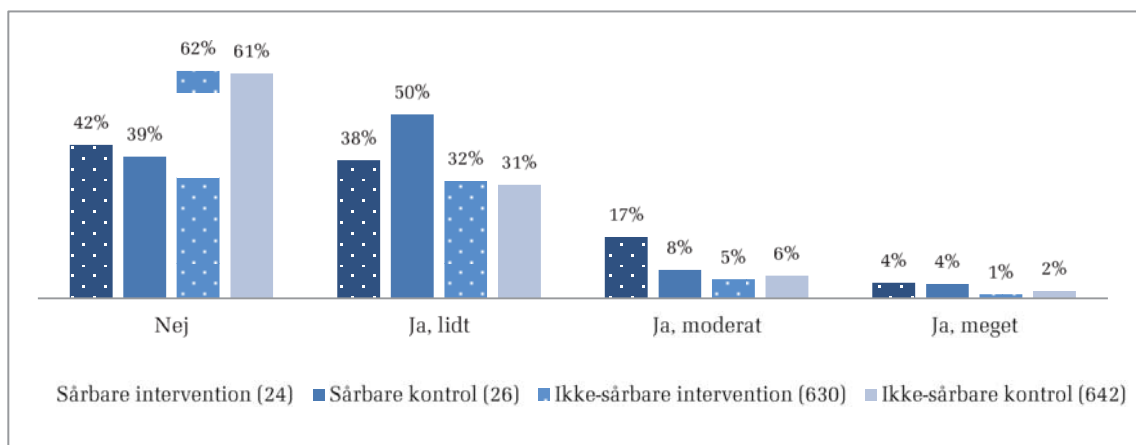
		Partnere til sårbare kvinder interventionsgruppe	Partnere til sårbare kvinder kontrolgruppe	Partnere til ikke-sårbare kvinder interventionsgruppe	Partnere til ikke-sårbare kvinder kontrolgruppe
2. follow-up	Fremragende/vældig godt	69 %	57 %	80 %	82 %
	Godt	26 %	40 %	16 %	16 %
	Mindre godt/dårligt	6 %	3 %	4 %	3 %
3. follow-up	Fremragende/vældig godt	63 %	46 %	73 %	76 %
	Godt	25 %	23 %	22 %	19 %
	Mindre godt/dårligt	13 %	32 %	5 %	6 %

### Stress

Målingen ved baseline viste, at der var signifikant forskel på sårbare og ikke-sårbare kvinder, når de blev spurgt, om de følte sig stressede (se afsnit 2.2.1). Flere ikke-sårbare kvinder (49 %) kunne svare nej til spørgsmålet end sårbare kvinder (38 %). Figur 23 viser fordelingen af svarene på samme spørgsmål målt ved 3. follow-up, som lå ca. seks måneder efter, at børnene var født. Spørgsmålet blev ikke stillet ved 2. follow-up. Det ser ud til, at sårbare kvinder i både interventions- og

kontrolgruppen lå på samme niveau som ved baseline, når man kigger på svarkategorien 'Nej' (hhv. 42 % og 39 %). Til gengæld var der 61 % af de ikke-sårbare kvinder, der ikke oplevede sig stressede seks måneder efter fødslen. Det vil sige, at det kunne tyde på, at ikke-sårbare kvinder følte sig mindre stressede seks måneder efter fødslen end ved baseline. Der er ikke signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen hos hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder.

Figur 23. "Føler du dig stresset?" – kvinders svar målt ved 3. follow-up



Der var ingen signifikante forskelle på svarene fra partnere til sårbare og ikke-sårbare kvinder ved baseline på spørgsmålet, om de følte sig stressede (se afsnit 2.2.1). Ved baseline svarede 41 % af partnere til sårbare kvinder og 47 % af

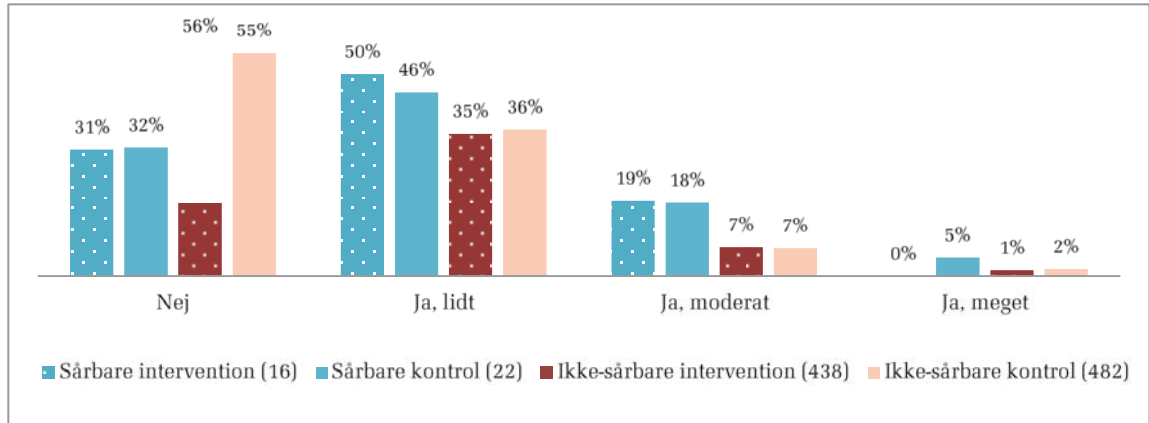
partnere til ikke-sårbare kvinder, at de ikke følte sig stressede. Figur 24 viser fordelingen af svar på samme spørgsmål målt ved 3. follow-up. Her ser det ud til, at forskellen mellem partnere til sårbare kvinder og partnere til ikke-



sårbare kvinder var blevet større på andelen, der svarede 'Nej' til spørgsmålet. Der er ingen signifikante forskelle mellem interventions- og

kontrolgruppen hos hverken partnere til sårbare eller ikke-sårbare kvinder.

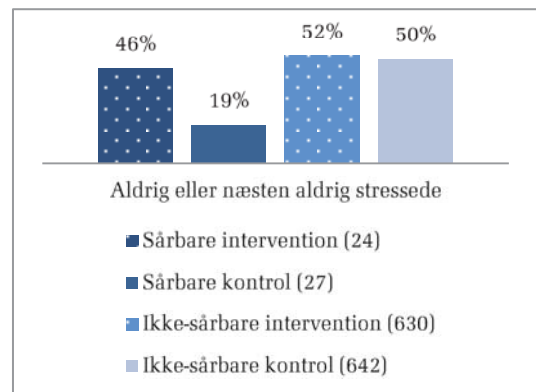
Figur 24. "Føler du dig stresset?" – partneres svar målt ved 3. follow-up



For at nuancere spørgsmålet "Føler du dig stresset?" blev deltagerne også spurgt om hvor ofte, de følte sig stressede i løbet af den seneste måned. Svarmulighederne var dagligt, ugentligt, månedligt, næsten aldrig eller aldrig. Ved baseline svarede 30 % af de sårbare kvinder og 41 % af de ikke-sårbare kvinder, at de aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede (se afsnit 2.2.1).

Figur 25 viser andelen af kvinder, der aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede målt ved 3. follow-up. Af den kan man se, at der var en større andel af både sårbare kvinder i interventionsgruppen og ikke-sårbare i interventions- og kontrolgruppen, der aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede. Til gengæld er andelen af sårbare kvinder i kontrolgruppen, der aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede blevet mindre end ved baseline. Forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen for sårbare kvinder er statistisk signifikant ( $p=0,04$ ), og det kunne derfor tyde på, at *Nyfødt*-programmet har haft en effekt på sårbare kvinder i denne sammenhæng.

Figur 25. Andelen af kvinder, der aldrig eller næsten aldrig føler sig stressede målt ved 3. follow-up

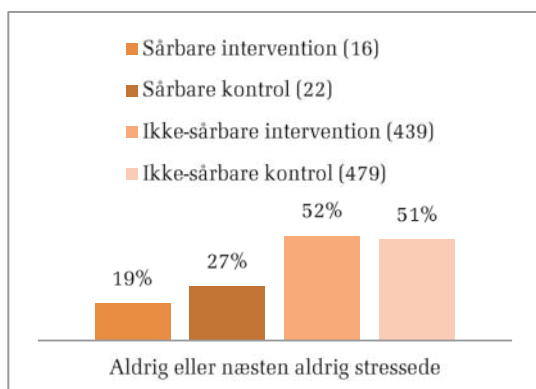


Partnere til kvinderne fordelte sig mere jævnt ved baseline, og der var ingen forskel at måle mellem partnere til sårbare og ikke-sårbare kvinder på det tidspunkt. Der var 41 % af partnere til sårbare kvinder, der svarede, at de aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede ved baseline, mens det var 46 % af partnere til ikke-sårbare kvinder, der svarede i denne kategori.

Figur 26 viser andelen af partnere, der aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede målt ved 3. follow-up. Der er færre partnere til sårbare kvinder, der aldrig eller næsten aldrig føler sig stressede end partnere til ikke-sårbare kvinder. Det ser desuden ud til, at der er færre partnere

til sårbare kvinder, der sætter sit svar i denne kategori ved 3. follow-up end ved baseline, mens det modsatte er tilfældet for partnere til ikke-sårbare kvinder. Der er ingen signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen for hverken partnere til sårbare eller ikke-sårbare kvinder.

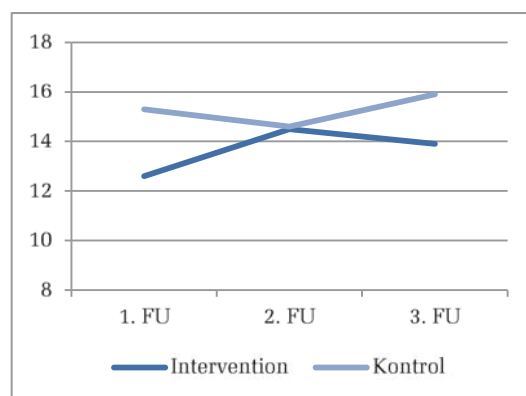
Figur 26. Andelen af partnere, der aldrig eller næsten aldrig føler sig stressede målt ved 3. follow-up



#### Perceived Stress Scale

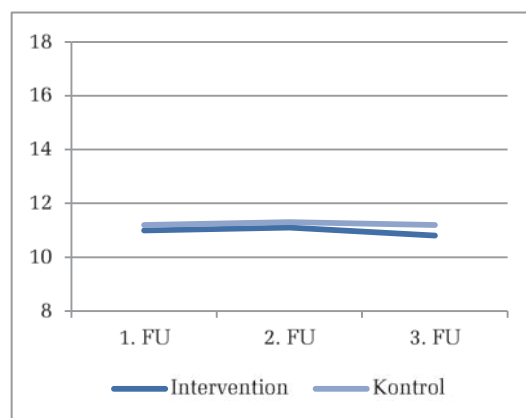
*Perceived Stress Scale* (PSS) er en skala, der måler stress, men også tager højde for, om man kan håndtere stressen – se yderligere beskrivelse af skalaen under punkt 2.2.1. Figur 27 viser den gennemsnitlige score på PSS i interventions- og kontrolgruppen blandt de sårbare kvinder ved 1., 2. og 3. follow-up. Det ses, at kontrolgruppen ligger ca. 2 point over interventionsgruppen ved 1. og 3. follow-up, altså med et lidt højere stress-niveau end interventionsgruppen. Ved 2. follow-up er der ingen forskel i stress-niveau målt med denne skala. Analyserne bygger på en meget lille population, derfor skal dette resultat tolkes med forsigtighed; forskellen kan være et resultat af tilfældigheder, og det er ikke muligt at teste for signifikante forskelle i analyserne af PSS.

Figur 27. Gennemsnitsværdi for *Perceived Stress Scale* – sårbare kvinder



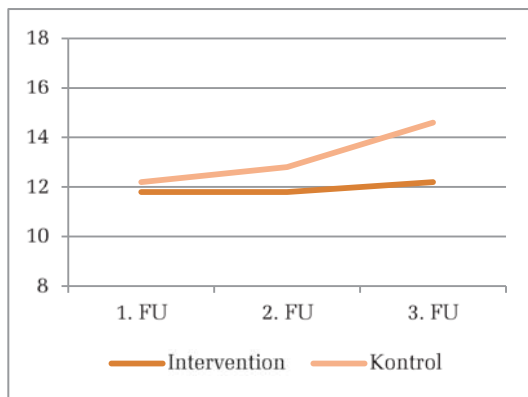
Figur 28 viser stressniveauet for de ikke-sårbare kvinder. Blandt disse ses der ingen markante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe. Hvis man sammenligner figur 27 og 28, ses det, at de sårbare kvinder ved alle tre måletidspunkter, havde et højere stressniveau end de ikke-sårbare kvinder.

Figur 28. Gennemsnitsværdi for *Perceived Stress Scale* – ikke-sårbare kvinder



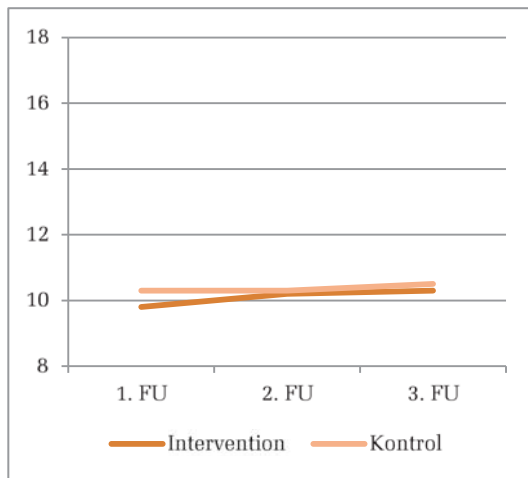
Figur 29 viser den gennemsnitlige score på PSS i interventions- og kontrolgruppen blandt partnerne til de sårbare kvinder. Det kan ses, at kontrolgruppen ser ud til at have et lidt højere stress-niveau end interventionsgruppen; forskellen er mest markant ved 3. follow-up. Lige som resultatet af effekten på stress blandt de sårbare kvinder, skal denne forskel tolkes med forsigtighed på grund af den lille population.

Figur 29. Gennemsnitsværdi for *Perceived Stress Scale* – partnere til sårbare kvinder



Figur 30 viser stressniveauet for partnerne til de ikke-sårbare kvinder. Blandt disse ses der ingen markant forskel mellem interventions- og kontrolgruppe lige som det var tilfældet blandt de ikke-sårbare kvinder.

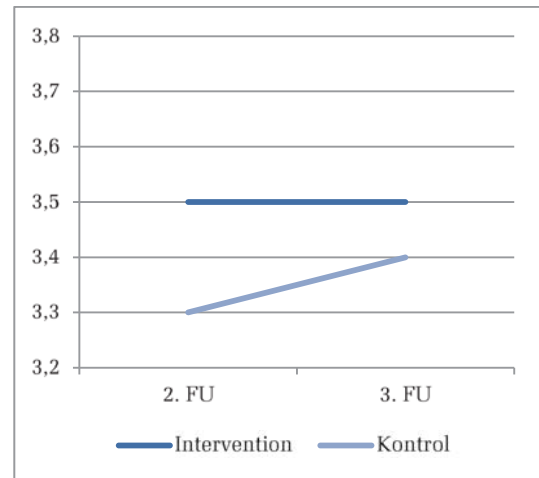
Figur 30. Gennemsnitsværdi for *Perceived Stress Scale* – partnere til ikke-sårbare kvinder



*Swedish Parenthood Stress Questionnaire* (SPSQ) er en skala, der måler forældrestress. Skalaen består af 34 items. I denne skala er det bedst at score højt på skalaen – dette indikerer lavere stress. Figur 31-34 viser gennemsnitsværdier for stressniveau målt med SPSQ. Deltagerne svarede på spørgsmålene i skalaen ved 2. og 3. follow-up. Der er ingen baselinemålinger, da skalaen først er relevant at svare på, når man har fået et barn.

Figur 31 viser den gennemsnitlige score på SPSQ i interventions- og kontrolgruppen blandt sårbare kvinder. Interventionsgruppen lå på en højere gennemsnitsscore ved både 2. og 3. follow-up, som kunne indikere, at de ikke følte sig lige så stressede i forældrerollen som kontrolgruppen gjorde. Det har dog ikke været muligt at teste, om forskellene er statistisk signifikante.

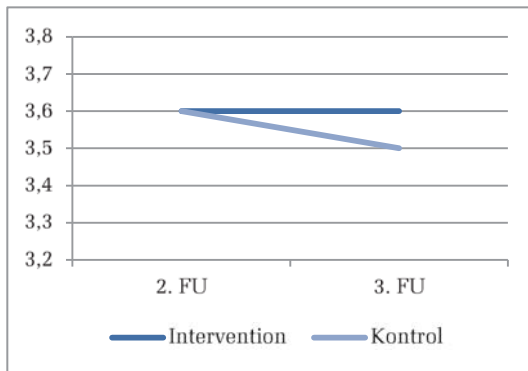
Figur 31. Gennemsnitsværdi for Swedish Parenthood Questionnaire målt ved 2. og 3. follow-up – sårbare kvinder



Figur 32 viser den gennemsnitlige score på SPSQ i interventions- og kontrolgruppen blandt ikke-sårbare kvinder. Her ses, at interventions- og kontrolgruppen lå på samme niveau ved 2. follow-up, men kontrolgruppens niveau faldt en anelse til 3. follow-up. Hvis man sammenligner figur 31 og 32, kan man se, at sårbare kvinder i kontrolgruppen lå på en lavere gennemsnitsscore end de andre grupper ved begge måletidspunkter.

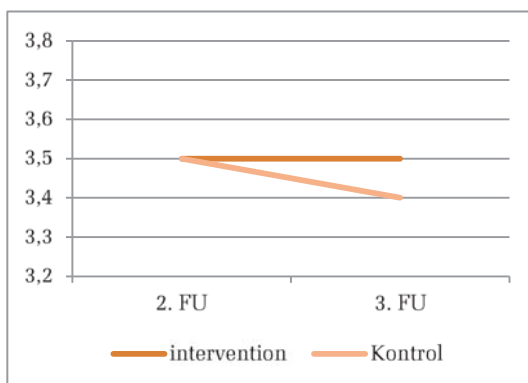


Figur 32. Gennemsnitsværdi for Swedish Parenthood Questionnaire målt ved 2. og 3. follow-up – ikke-sårbare kvinder



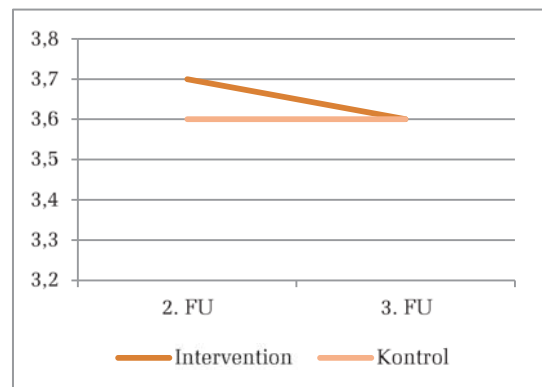
Figur 33 viser den gennemsnitlige score på SPSQ i interventions- og kontrolgruppen blandt partnere til sårbare kvinder. Interventions- og kontrolgruppen ligger på sammen gennemsnitsscore ved 2. follow-up, men ved 3. follow-up er scoren for kontrolgruppen faldet en anelse. Det kunne tyde på, at interventionsgruppen ikke oplevede at blive mere stressede i forælderrollen fra 2. til 3. follow-up, mens kontrolgruppen oplevede en smule mere forældrestress med tiden.

Figur 33. Gennemsnitsværdi for Swedish Parenthood Questionnaire målt ved 2. og 3. follow-up – partnere til sårbare kvinder



Figur 34 viser den gennemsnitlige score på SPSQ i interventions- og kontrolgruppen blandt partnere til ikke-sårbare kvinder. Af figuren kan man se, at partnere til ikke-sårbare kvinder i interventionsgruppen oplevede at føle sig lidt mere stressede i forælderrollen fra 2. til 3. follow-up. Kontrolgruppen holdt det samme niveau fra 2. til 3. follow-up, og de to grupper endte på samme gennemsnitsscore. Når man sammenligner figur 33 og 34, kan man se, at partnere til sårbare kvinder ligger på en lavere gennemsnitsscore end partnere til ikke-sårbare kvinder ved begge måletidspunkter, og har altså et højere stressniveau end partnere til ikke-sårbare kvinder.

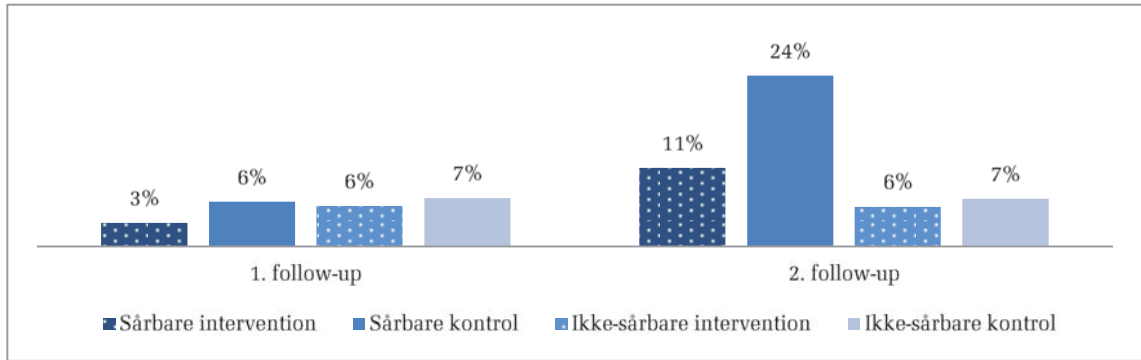
Figur 34. Gennemsnitsværdi for Swedish Parenthood Questionnaire målt ved 2. og 3. follow-up – partnere til ikke-sårbare kvinder



#### Efterfødselsreaktioner

For at måle depressive symptomer før og efter fødslen blev deltagerne bedt om at udfylde *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), som er en skala bestående af ti spørgsmål. Ved en score på 13 point eller derover, er det en indikation for, at personen bør udredes nærmere. Skalaen er oftest blevet brugt til kvinder, men både kvinder og deres partnere blev spurgt om at udfylde skalaen.

Figur 35. Andel kvinder med depressive symptomer målt med *Edinburgh Postnatal Depression Scale*



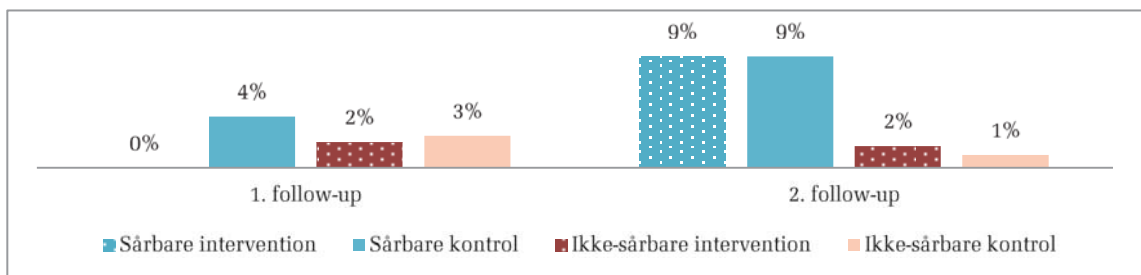
Ved baseline var der en større andel, der blev målt til at have depressive symptomer hos sårbare kvinder (15 %) end hos ikke-sårbare kvinder (4 %). Figur 35 viser, at ved 1. follow-up blev forskellen mellem sårbare og ikke-sårbare kvinder mindre. Der ses, at sårbare kvinder i interventionsgruppen lå på et lavere niveau (3 %) end ikke-sårbare kvinder i interventionsgruppen (6 %). Der er ikke statistisk signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppen hos hverken sårbare ( $p=0,59$ ) eller ikke-sårbare kvinder ( $p=0,39$ ).

Ni uger efter forventet termin (2. follow-up), kunne det tyde på, at sårbare kvinder i både interventions- og kontrolgruppen i højere grad

oplevede at få depressive symptomer. Der er dog en større andel kvinder med depressive symptomer i kontrolgruppen end i interventionsgruppen ved både 1. og 2. follow-up. Forskellen mellem interventions- og kontrolgruppen for de sårbare kvinder ( $p=0,20$ ) eller ikke-sårbare kvinder ( $p=0,42$ ) er ikke statistisk signifikant.

Kvinderne i den ikke-sårbare gruppe lå på næsten samme niveau ved 1. og 2. follow-up, og der er ikke forskel på interventions- og kontrolgruppen. Der var 4 % af ikke-sårbare kvinder, der havde depressive symptomer målt med EPDS ved baseline. Andelen med depressive symptomer er således steget i både interventions- og kontrolgruppen ved 1. og 2. follow-up sammenlignet med baseline.

Figur 36. Andel partnere med depressive symptomer målt med *Edinburgh Postnatal Depression Scale*



Figur 36 viser, at partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder i lavere grad oplevede depressive symptomer end kvinderne i tilsvarende grupper. Ved baseline var der 1,5% af partnere til sårbare kvinder, der havde depressive symptomer, mens det var 1,3% for partnere til ikke-sårbare kvinder.

Ved 1. follow-up ses det, at partnere til sårbare i interventionsgruppen ikke oplever depressive symptomer, men partnere til sårbare kvinder i kontrolgruppen har haft en stigning til 4 %. Ved 2. follow-up er der sket en stigning i andelen, der oplever depressive symptomer, for partnere til sårbare kvinder i både interventions- og

kontrolgruppen, så de ligger på samme højere niveau. Det tyder derfor ikke på, at der er en effekt af *Nyfødt*-programmet på partnere i forhold til at nedsætte risikoen for efterfødselsreaktioner. Det er dog vigtigt at nævne, at EPDS er udviklet og primært afprøvet på kvinder, det kan derfor være et utilstrækkeligt måleredskab til brug for at opspore efterfødselsreaktioner hos mænd.

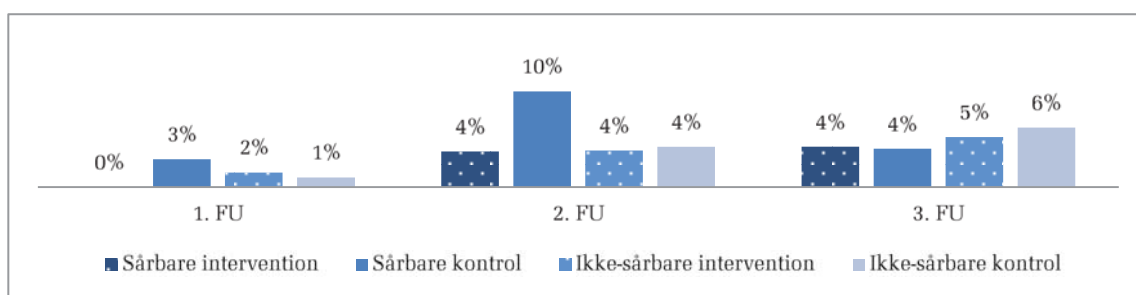
#### Støtte fra partner

Deltagerne blev spurgt ved alle målinger, i hvor høj grad de oplevede at have praktisk og emotionel støtte fra partner. Praktisk støtte blev defineret ved at spørge til, hvor ofte deres partner kunne hjælpe dem praktisk i hverdagen. Emotionel støtte blev defineret ved, hvor ofte de kunne tale godt med deres partner, hvis de havde brug for støtte.

Ved baselinemålingen var der ingen statistisk signifikant forskel på andelen, der oplevede lav praktisk eller emotionel støtte hos hverken kvinder eller partnere – se mere under punkt 2.2.1.

Figur 37 viser andelen af kvinder, der oplevede lav grad af praktisk støtte fra partner ved alle tre follow-ups. Der er ikke et entydigt mønster i udviklingen, og der er ingen statistisk signifikant forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for hverken sårbare og ikke-sårbare kvinder. På trods af udsving ved 1. og 2. follow-up for især sårbare kvinder, ser det ud til, at sårbare og ikke-sårbare kvinder i begge grupper ender med at have en sammenlignelig andel af kvinder, der oplever lav grad af praktisk støtte fra partner ved 3. follow-up.

Figur 37. Andel kvinder, der oplever lav grad af praktisk støtte fra partner målt ved 1., 2. og 3. follow-up



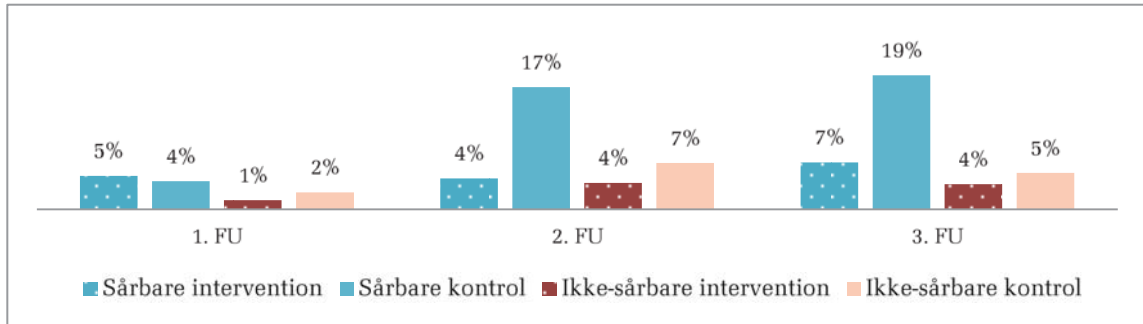
Figur 38 viser andelen af partnere, der oplevede en lav grad af praktisk støtte fra partner ved alle tre follow-ups. Ved baseline var der 6 % af partnere til sårbare kvinder og 3 % af partnere til ikke-sårbare kvinder, der oplevede en lav grad af praktisk støtte fra partner.

Generelt kan man sige, at partnere til sårbare kvinder oftere oplevede en lav grad af praktisk

støtte fra deres partnere end partnere til ikke-sårbare kvinder ved alle tre follow-ups. Desuden tyder det på, at partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder i interventionsgruppen i højere grad kunne regne med praktisk støtte fra partner i forhold til kontrolgruppen ved både 2. og 3. follow-up. Det er dog kun for partnere til ikke-sårbare kvinder ved 2. follow-up, at forskellen er statistisk signifikant ( $p=0,045$ ).



Figur 38. Andel partnere, der oplever lav grad af praktisk støtte fra partner målt ved 1., 2. og 3. follow-up

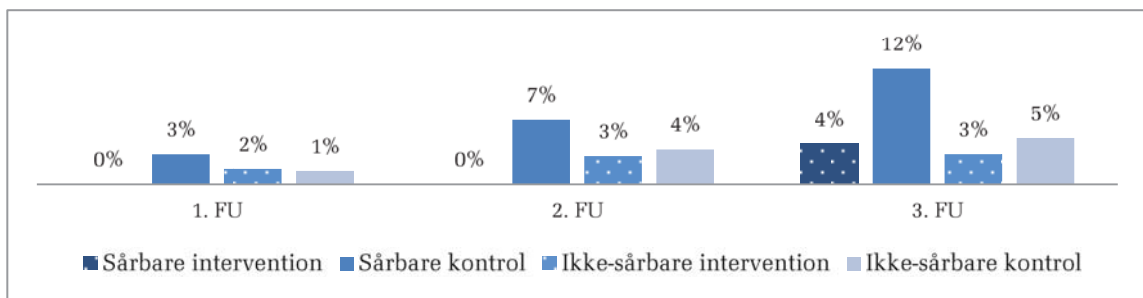


Ved baseline var der 3 % af de sårbare kvinder og 2 % af de ikke-sårbare kvinder, der oplevede en lav grad af emotionel støtte fra partner.

Figur 39 viser andelen af kvinder, der oplevede en lav grad af emotionel støtte fra partner målt ved alle tre follow-ups. Det kunne tyde på, at kontrolgruppen for både sårbare og ikke-

sårbare kvinder oplever lavere grad af emotionel støtte end interventionsgruppen. Der er dog ingen signifikante forskelle for hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder, og de store udsving for de sårbare kvinder kan skyldes, at der er få deltagere i gruppen af sårbare kvinder.

Figur 39. Andel kvinder, der oplever lav grad af emotionel støtte fra partner målt ved 1., 2. og 3. follow-up

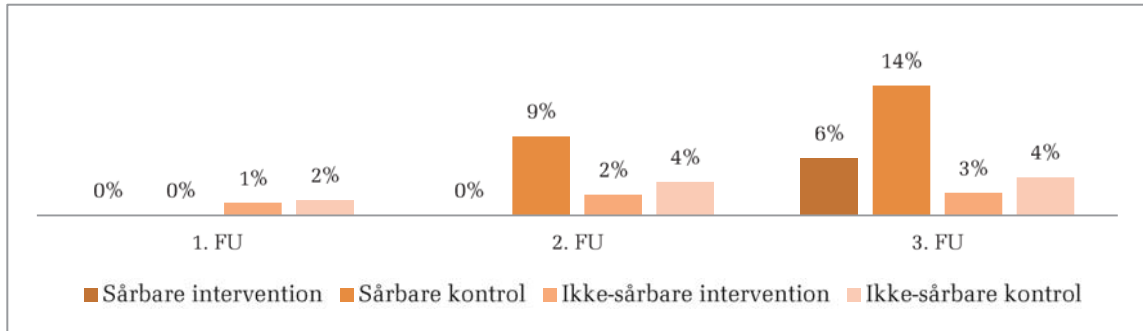


Der var 2 % af partnere til sårbare kvinder og ligeledes 2 % af partnere til ikke-sårbare kvinder, der oplevede lav grad af emotionel støtte fra partner ved baseline.

Figur 40 viser andelen af partnere, der oplever lav grad af emotionel støtte fra partner målt ved alle tre follow-ups. Der er ingen statistisk

signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for hverken partnere til sårbare kvinder eller partnere til ikke-sårbare kvinder. Det kunne dog tyde på – som også var tilfældet for kvinderne – at kontrolgruppen for både partnere til sårbare og ikke-sårbare kvinder i højere grad oplever at have lav emotionel støtte end interventionsgruppen.

Figur 40. Andel partnere, der oplever lav grad af emotionel støtte fra partner målt ved 1., 2. og 3. follow-up



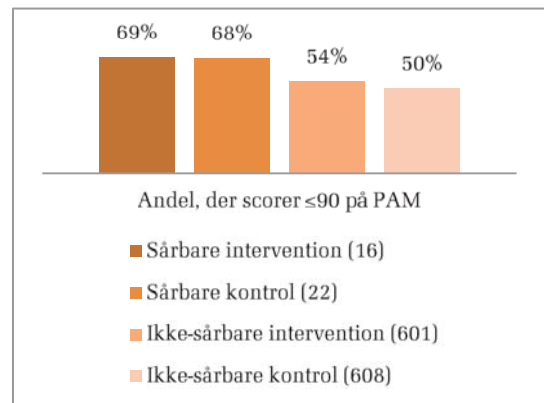
*Parenting Alliance Measure* (PAM) er en skala, der måler forældresamarbejdet. Skalaen går fra 0-95 point, hvor 95 er udtryk for optimal forældrealliance. Som cutpoint for at vurdere høj og lav PAM er medianen (den midterste værdi) for den samlede gruppe blevet brugt. Medianen for kvinder er 89 og 90 for partnere.

Figur 42 viser partnernes score på PAM. Der er ingen forskel på intervention- og kontrolgruppen for hverken sårbare og ikke-sårbare partnere. Det tyder på, at partnere til sårbare kvinder ikke oplever den samme forældrealliance som partnere til ikke-sårbare kvinder.

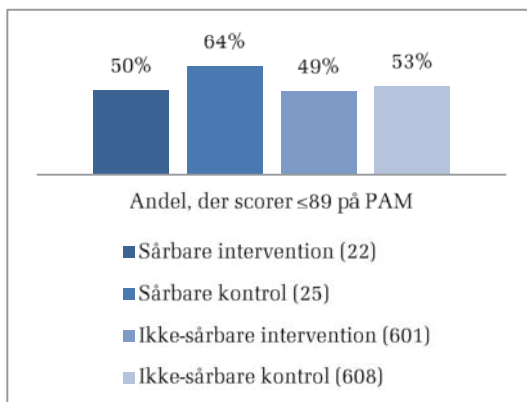
Figur 41 og 42 viser andelen af deltagere, der scorer medianen, det vil sige 89 for kvinder og 90 for partnere, eller lavere og dermed indikerer en lav grad af forældresamarbejde.

Figur 42. Andelen af partnere, der scorer 90 eller mindre på *Parenting Alliance Measure* ved 3. follow-up

Der er ingen signifikant forskel på interventions- og kontrolgruppen for hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder, som det er vist i figur 41. Det kunne dog tyde på, at der er flere i interventionsgrupperne, der scorede højere på PAM end kvinderne i kontrolgrupperne.



Figur 41. Andelen af kvinder, der scorer 89 eller mindre på *Parenting Alliance Measure* ved 3. follow-up



### Amning

*Self-efficacy* er troen på egne evner til at gennemføre en bestemt handling. Kvindernes *self-efficacy* i forhold til amning blev målt ved 1. follow-up (ca. 37. graviditetsuge). Kvinderne skulle bedømme deres grad af enighed af udsagnene 'Jeg regner med, at jeg kan amme' og 'Jeg regner med, at jeg vil have nok brystmælk'. Disse spørgsmål er kun blevet stillet til kvinderne.

Tabel 10 viser fordelingen af svarene på spørgsmålet "Jeg regner med, at jeg kan amme". Som man kan se ud fra tabellen, er kvindernes

tro på, at de kan amme, stor på tværs af sårbarhed og interventions- og kontrolgruppe. Der er ingen signifikante forskelle.

Tabel 10. 'Jeg regner med, at jeg kan amme' – kvinder målt ved 1. follow-up

	Sårbare kvinder interventionsgruppe (29)	Sårbare kvinder kontrolgruppe (35)	Ikke-sårbare kvinder interventionsgruppe (697)	Ikke-sårbare kvinder kontrolgruppe (711)
<b>Enig</b>	93 %	94 %	95 %	93 %
<b>Hverken enig eller uenig</b>	7 %	6 %	5 %	6 %
<b>Uenig</b>	0 %	0 %	1 %	1 %

Tabel 11 viser kvindernes svar på spørgsmålet 'Jeg regner med, at jeg vil have nok brystmælk.' Der er ingen signifikante forskelle mellem

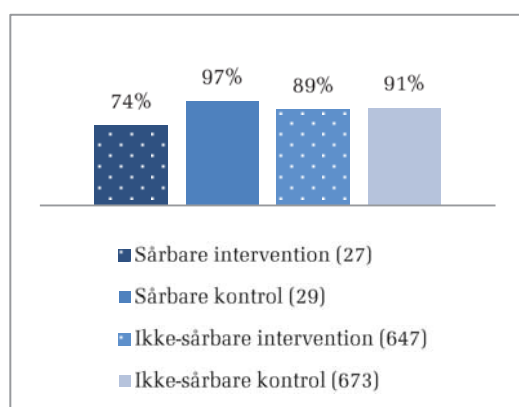
grupperne, og der var ligeledes en stor tiltro til at have nok brystmælk.

Tabel 11. 'Jeg regner med, at jeg vil have nok brystmælk' – kvinder målt ved 1. follow-up

	Sårbare kvinder interventionsgruppe (29)	Sårbare kvinder kontrolgruppe (34)	Ikke-sårbare kvinder interventionsgruppe (691)	Ikke-sårbare kvinder kontrolgruppe (701)
<b>Enig</b>	90 %	88 %	90 %	88 %
<b>Hverken enig eller uenig</b>	7 %	12 %	9 %	10 %
<b>Uenig</b>	4 %	0 %	1 %	2 %

Kvinderne blev spurgt ca. ni uger efter fødslen (2. follow-up), om de ammede deres barn. Figur 43 viser andelen af kvinder, der svarede ja til, at de på daværende tidspunkt ammede barnet.

Figur 43. Andelen af kvinder, der ammer deres barn ca. ni uger efter fødslen



Blandt de sårbare kvinder var der færre i interventionsgruppen (74 %), der ammede deres barn ca. ni uger efter fødslen sammenlignet med kvinder i kontrolgruppen (97 %) ( $p=0,02$ ). Denne forskel var ikke til stede blandt de ikkesårbare kvinder,

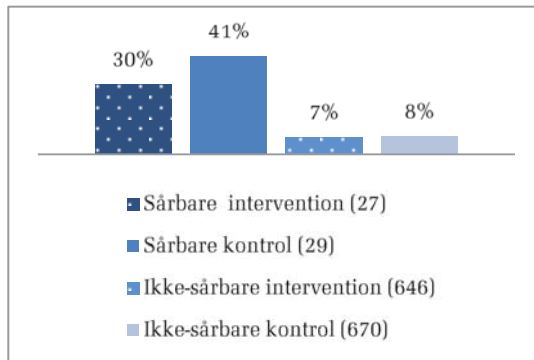
I *Nyfødt*-programmet blev fuld amning anbefalet i tråd med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Der blev dog også lagt vægt på, at det også kan være en mulighed at fravælge amning for nogle kvinder. Det er ikke muligt ud fra denne undersøgelse at sige noget om hvorfor, de sårbare kvinder, der modtog *Nyfødt*-programmet, ammede i mindre grad end kvinderne i kontrolgruppen.



### Forbrug af sundhedsydelser

Nedenstående resultater viser de deltagende kvinders forbrug af udvalgte sundhedsydelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Figur 44. Andelen af kvinder, der har søgt hjælp i graviditeten for psykiske symptomer målt ved 2. follow-up

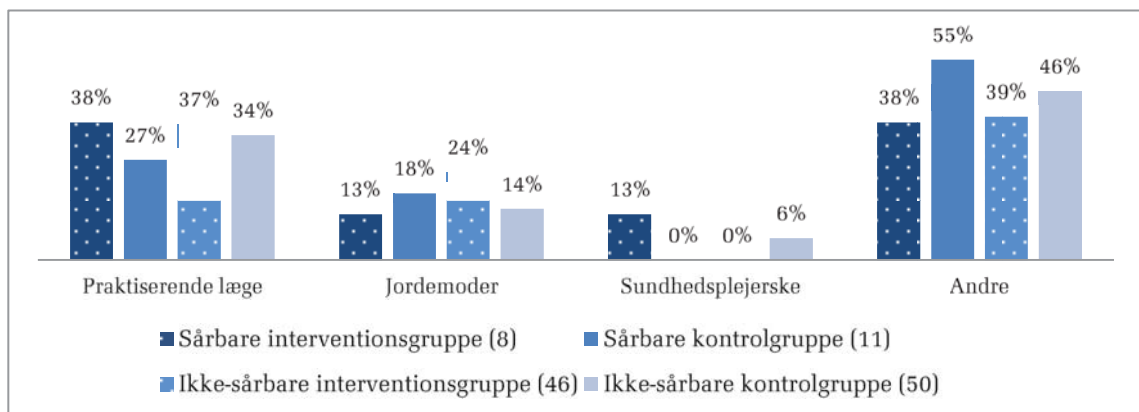


Figur 44 viser andelen af kvinder, der rapporterede, at de havde søgt hjælp i løbet af graviditeten for psykiske symptomer, fx stress, nedtrykthed, bekymringer eller angst. Sårbare kvinder får mulighed for at få mere hjælp fra

fagprofessionelle i løbet af graviditeten, når de bliver visiteret til specialjordemødrene på Hvidovre Hospital. Det er således som forventet flere sårbare kvinder, der søgte hjælp for psykiske symptomer i løbet af graviditeten end de ikke-sårbare kvinder. Det tyder på, at der er flere af de sårbare kvinder i kontrolgruppen, der søgte hjælp, men forskellen er ikke signifikant ( $p=0,36$ ).

De kvinder, der havde svaret ja til at have søgt hjælp for psykiske symptomer i graviditeten, kunne svare på, hvem de havde søgt hjælp hos. Fordelingen af svar er vist i figur 45. Der var ca. en tredjedel, der søgte hjælp hos deres praktiserende læge, mens ca. en femtedel søgte hjælp hos en jordemoder. Der var få, der brugte sundhedsplejersken i løbet af graviditeten. I kategorien 'Andre' havde flere af deltagerne svaret i et åbent svarfelt, at de brugte en psykolog, psykoterapeut eller psykiater. Der var ingen signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen hos hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder.

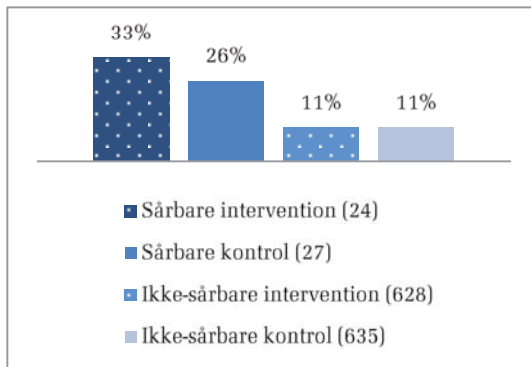
Figur 45. Personer, som kvinder, der har oplevet psykiske symptomer i graviditeten, har søgt hjælp hos – målt ved 2. follow-up



Kvinderne blev ligeledes spurgt, om de efter fødslen havde søgt hjælp for psykiske symptomer. Dette blev målt ved 3. follow-up, og svarene er vist i figur 46. Her kan man se, at der i gruppen af sårbare kvinder var en større andel, der havde søgt hjælp for psykiske symptomer end hos gruppen af ikke-sårbare

kvinder. Der var heller ikke her nogle signifikante forskelle mellem interventions- og kontrolgruppen for hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder.

Figur 46. Andelen af kvinder, der har søgt hjælp efter fødslen for psykiske symptomer målt ved 3. follow-up

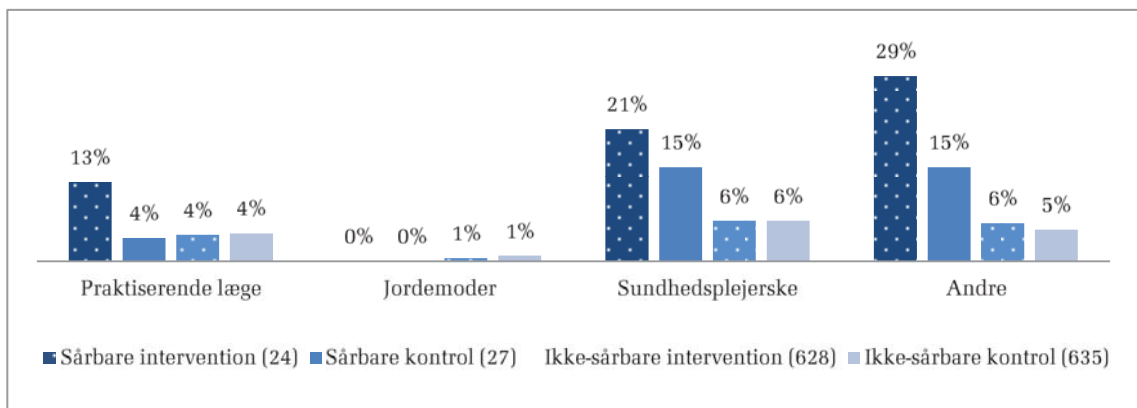


De kvinder, der havde svaret ja til at have søgt hjælp for psykiske symptomer efter fødslen, kunne svare på, hvem de havde søgt hjælp hos. Fordelingen af svar er vist i figur 47. Hvis man sammenligner figur 45 og 47, kan man se, at der var flere kvinder, der brugte sundhedsplejersken til hjælp efter fødslen end

før fødslen. Samtidigt var der færre, der brugte deres praktiserende læge efter fødslen end før fødslen. I spørgeskemaet havde deltagerne mulighed for at uddybe kategorien 'Andre', som overvejende dækkede over psykiater, psykolog og familierådgivere. Der var meget få kvinder, der søgte hjælp hos jordemoderen efter fødslen. Det er som forventet, da muligheden for at få hjælp af jordemoderen efter fødslen i praksis ikke er mulig.

I *Nyfødt*-programmet blev der arbejdet med at identificere personer, der kunne støtte og hjælpe, hvis man blandt andet oplevede psykiske symptomer. Det var således ikke nødvendigvis et succeskriterie, at deltagerne i interventionsgruppen havde en lav frekvens i forhold til at opsøge hjælp. Det er desværre ikke muligt at vurdere ud fra de tilgængelige data, om det var hensigtsmæssige kontakter til sundhedsprofessionelle, som deltagerne i *Nyfødt* havde.

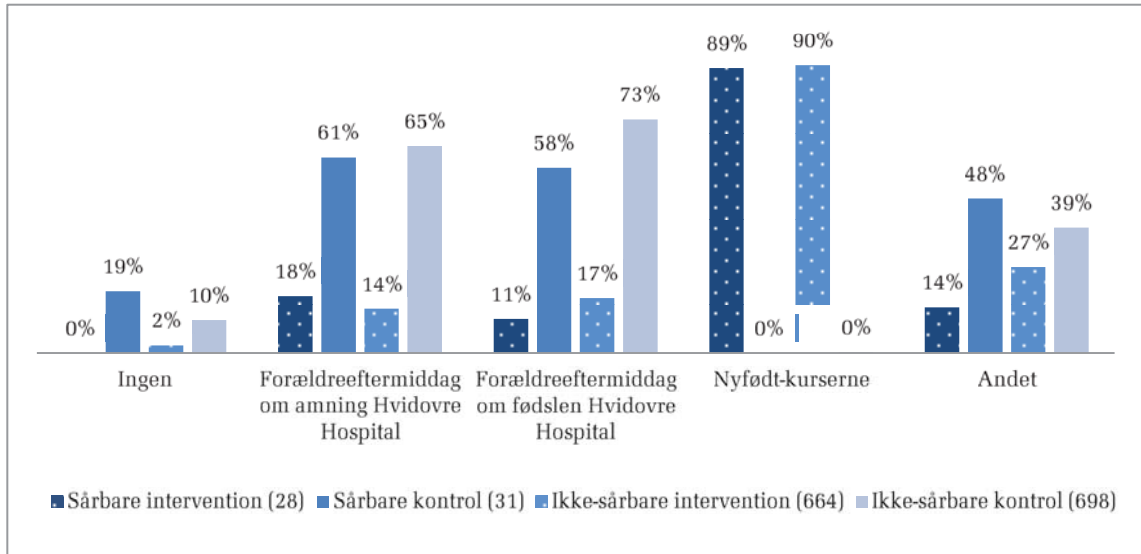
Figur 47. Personer, som kvinder, der oplevede psykiske symptomer efter fødslen, har søgt hjælp hos – målt ved 3. follow-up



Der er mange tilbud ud over de offentlige tilbud om fødselsforberedelse. I *Nyfødt*-projektet blev deltagerne i interventionsgruppen tilbudt *Nyfødt*-programmet, der bestod af fire kursusgange og en kursushjemmeside med blandt andet mulighed for at spørge en jordemoder og en

sundhedsplejerske til råds. Kontrolgruppen fik tilbudt det daværende standardtilbud, der var to forældreftereftermiddag på Hvidovre Hospital om amning og fødsel. Figur 48 og 49 viser fordelingen af deltagernes brug af tilbud om fødselsforberedelse.

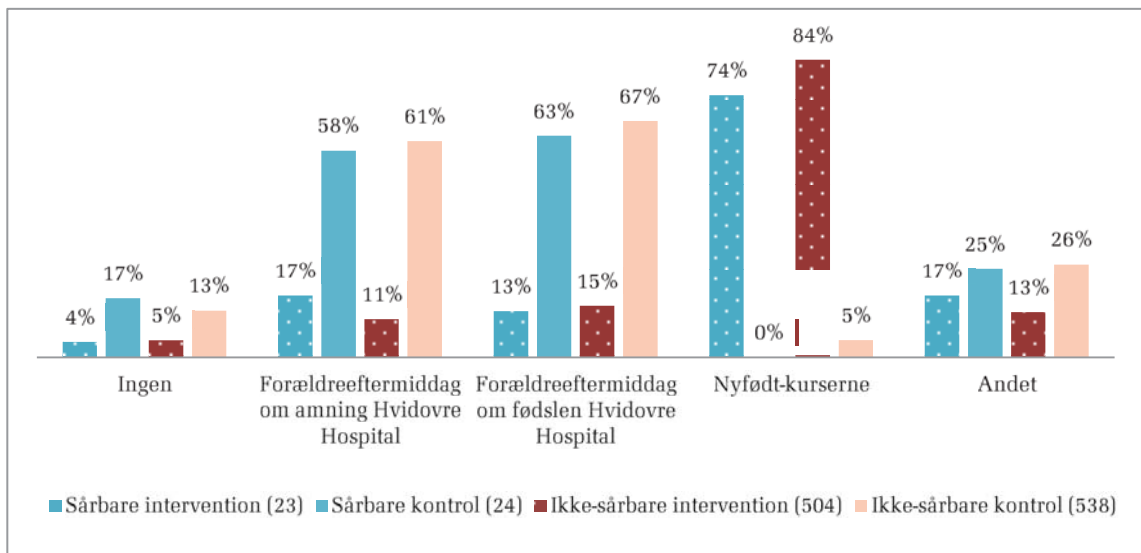
Figur 48. Kvinders brug af tilbud om fødselsforberedelse – målt ved 2. follow-up



Som forventet var der flere kvinder i kontrolgruppen end kvinder i interventionsgruppen, som benyttede sig af de to forældreftermiddage på Hvidovre Hospital, som man kan se af figur 48. Deltagerne, der kom i interventionsgruppen hos både sårbare

og ikke-sårbare kvinder, deltog i høj grad i *Nyfødt*-kurserne. Det er samtidigt vigtigt at observere, at 19 % af sårbare kvinder i kontrolgruppen ikke benyttede sig af nogle tilbud om fødselsforberedelse – hverken offentlige eller private.

Figur 49. Partneres brug af tilbud om fødselsforberedelse – målt ved 2. follow-up



Partnerne til både sårbare og ikke-sårbare kvinder fulgte stort set det samme mønster i deres brug af fødselsforberedelse. Generelt kan man sige, at frekvensen for de enkelte tilbud var lidt mindre for partnerne end for

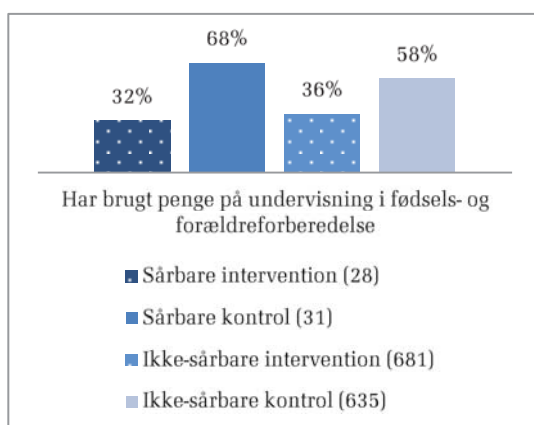
kvinderne. Det er dog værd at bemærke, at partnere, der kom i interventionsgruppen, i høj grad benyttede af tilbuddet om at deltage i *Nyfødt*-kurserne.



En stor del af især deltagerne i kontrolgruppen benyttede af andre tilbud end *Nyfødt*-kurserne og forældreftermiddagene. Det var især APA (afspændingspædagogernes aftenskole), Smertefri fødsel, MamaProfylax og yoga, der blev fremhævet i friteksten i spørgeskemaet. Der var signifikant flere deltagere i kontrolgruppen, der benyttede sig af primært private tilbud.

Kvinderne blev spurgt, om de havde brugt penge på undervisning i fødsels- og forældreforberedelse i spørgeskemaet, der blev sendt ud i 37. graviditetsuge (1. follow-up). Figur 50 viser andelen af kvinder, der har svaret ja til at have brugt penge på fødsels- og forældreforberedelse.

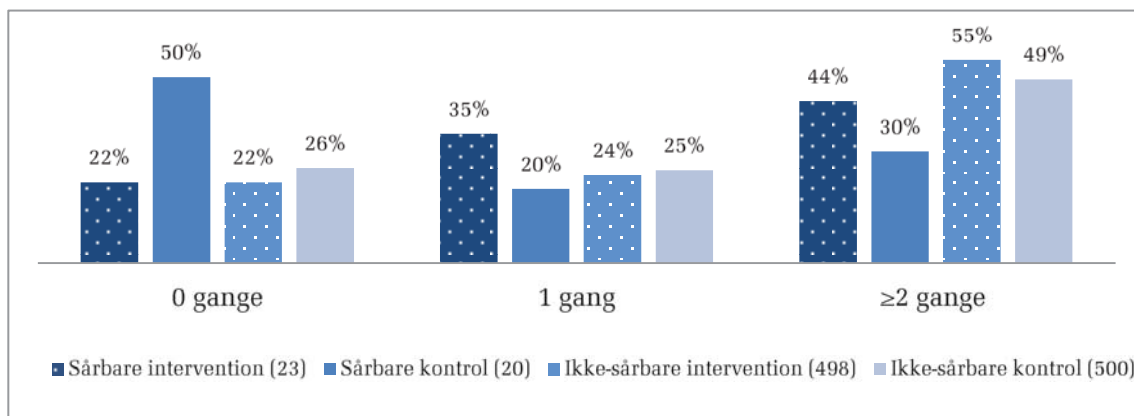
Figur 50. Andel af kvinder, der har brugt penge på undervisning i fødsels- og forældreforberedelse



Som ventet, er der flere i kontrolgruppen af både sårbare ( $p < 0,001$ ) og ikke-sårbare kvinder ( $p < 0,001$ ), der har brugt penge på private tilbud om fødsels- og forældreforberedelse. Samtidigt er der også en tredjedel af interventionsgruppen hos både sårbare og ikke-sårbare, der har valgt at bruge penge til private tilbud. Det kunne tyde på, at der var en større andel af sårbare kvinder end ikke-sårbare kvinder i kontrolgruppen, der valgte at bruge penge på fødselsforberedelse.

Fødselsforberedelse har blandt andet som mål at gøre de gravide kvinder og deres partnere i stand til at vurdere fødselsfasen, at være trygge i tiden hjemme inden fødslen, og at tage på hospitalet på det rette tidspunkt. Figur 51 viser fordelingen af telefoniske henvendelser til fødegangen i løbet af de sidste 48 timer inden, kvinderne fødte.

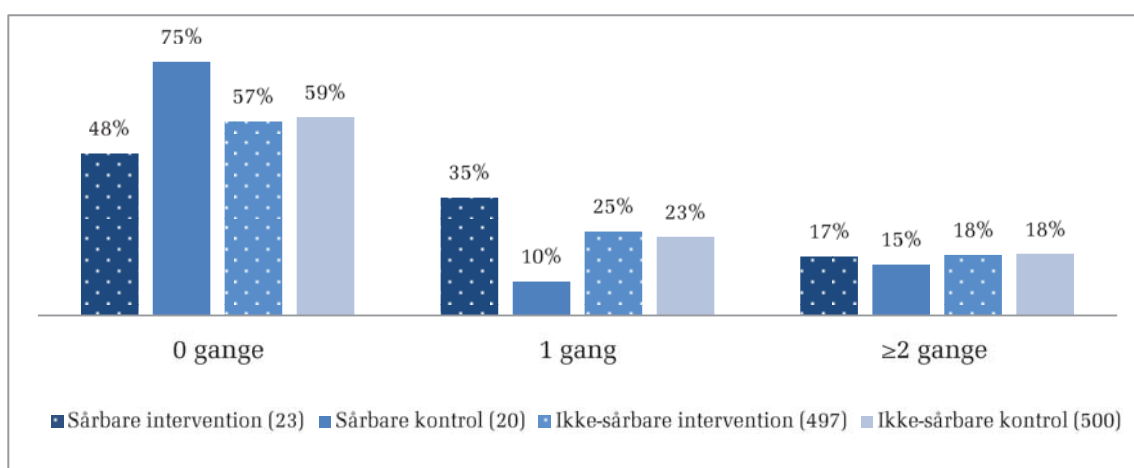
Figur 51. 'I de sidste 48 timer inden du fødte, hvor mange gange var du i telefonisk kontakt med fødegangen?'



Det kunne tyde på, at ikke-sårbare kvinder i højere grad end sårbare kvinder kontaktede fødegangen telefonisk i de sidste 48 timer inden fødslen, og at deltagerne i interventionsgruppen hyppigere ringede. Denne forskel var dog ikke statistisk signifikant. Sårbare kvinder i kontrolgruppen var dem, der kontaktede fødegangen færrest gange. Det er ikke muligt ud fra disse data at vurdere, om henvendelserne var hensigtsmæssige.

Figur 52 viser fordelingen af undersøgelser på fødegangen i de sidste 48 timer inden fødslen, bortset fra den undersøgelse hvor kvinden fødte. Der var ingen nævneværdige forskelle mellem deltagere, der blev undersøgt to eller flere gange på fødegangen. Det ser igen ud til, at sårbare kvinder i kontrolgruppen har lidt færre henvendelser til fødegangen end de andre grupper af kvinder. Det er heller ikke her muligt at vurdere ud fra data, om de ekstra undersøgelser på fødegangen var hensigtsmæssige.

Figur 52. 'I de sidste 48 timer inden du fødte, hvor mange gange var du på fødegangen til undersøgelse (bortset fra den, hvor du fødte)?'



### 2.2.3 Deltagelse i Nyfødt-kurset

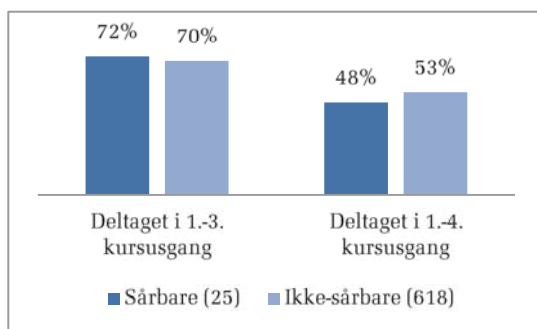
Dette afsnit omhandler kun de deltagere, der blev trukket ud til interventionsgruppen, altså dem der fik tilbuddet om at deltage i *Nyfødt*-programmet.

Når man skal vurdere effekten af en intervention, er det vigtigt at kigge på implementeringen af interventionen, eksempelvis hvor mange kursusgange deltog kvinderne og partnerne i; i hvilken udstrækning brugte de den viden, der blev videregivet på kurset; hvordan vurderede de undervisningen. Disse oplysninger kan være med til at nuancere resultaterne af projektet og også give viden om eventuelle ændringer til et program.

### Deltagelse i kursusgange

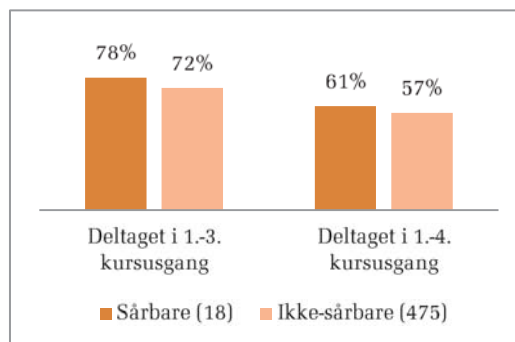
Figur 53 viser andelen af sårbare og ikke-sårbare kvinder, der deltog i første til tredje kursusgang, og andelen der deltog i alle fire kursusgange. Der er ikke signifikant forskel på sårbare og ikke-sårbare kvinder i deltagelsen i *Nyfødt*-kursusgangene.

Figur 53. Andel kvinder, der deltog i kursusgange



Første, anden og tredje kursusgang lå før fødslen, mens fjerde kursusgang lå ca. fem uger efter forventet termin. Som man kan se af figuren, var der en del, der fravalgte at komme til fjerde kursusgang. Flere deltagere oplevede, at det var vanskeligt at komme ud af huset med en nyfødt, og for nogle lå fjerde kursusgang meget tæt på fødslen, fordi de var gået over termin. Deltagelsen i første til tredje kursusgang må vurderes til at være høj, da både sårbare og ikke-sårbare kvinder i 70 % af tilfældene valgte at komme til alle tre kursusgange.

Figur 54. Andel partnere, der deltog i kursusgange



Blandt partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder var deltagelsen i første til tredje kursusgang også høj, som man kan se af figur 54. Et af formålene med *Nyfødt*-programmet var at gøre fødsels- og forældreforberedelse mere attraktivt for mænd. Det kunne tyde på, at det er lykkedes.

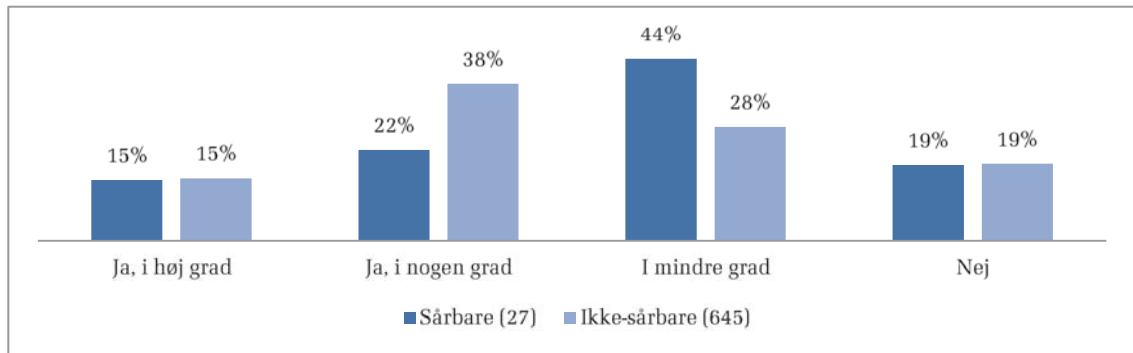
#### Forberedelse til kursusgange

Som en del af *Nyfødt*-programmet var der lagt op til, at deltagerne kunne forberede sig til kursusgangene ved fx at læse nogle korte artikler og foldere, se korte videoklip eller tale med familie eller venner om emner, der var relevant for fødsel og det at blive forældre. Figur 55 viser kvindernes niveau af forberedelse til kursusgangene.

Det kunne tyde på, at der var flere sårbare kvinder, der forberedte sig i mindre grad end ikke-sårbare kvinder. Der er dog ikke signifikant forskel på sårbare og ikke-sårbare kvinders grad af forberedelse ( $p=0,23$ ).



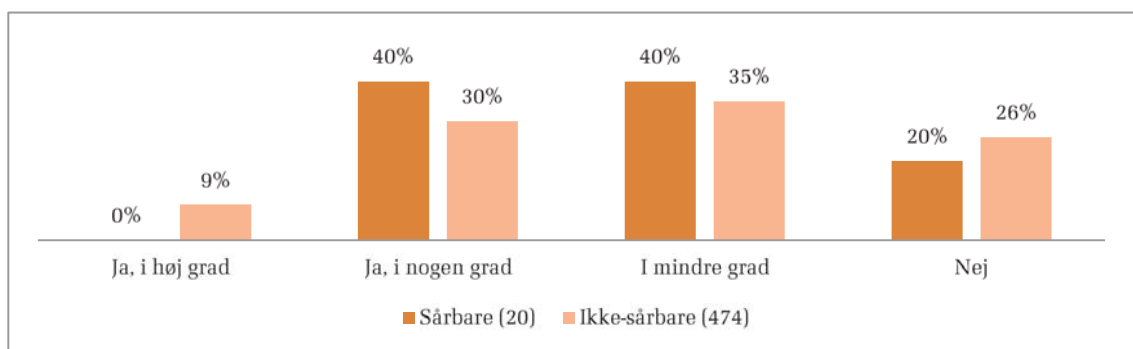
Figur 55. Kvinders grad af forberedelse til *Nyfødt*-kursusgange



Figur 56 viser partneres niveau af forberedelse til *Nyfødt*-kursusgangene. Der er lidt flere af partnerne end af kvinderne, der slet ikke havde forberedt sig til kursusgangene, og der var slet ingen af partnerne til sårbare kvinder, der i høj

grad havde forberedt sig til kursusgangene. Der var ingen statistisk signifikant forskel på graden af forberedelse hos partnerne ( $p=0,42$ ).

Figur 56. Partneres grad af forberedelse til *Nyfødt*-kursusgange

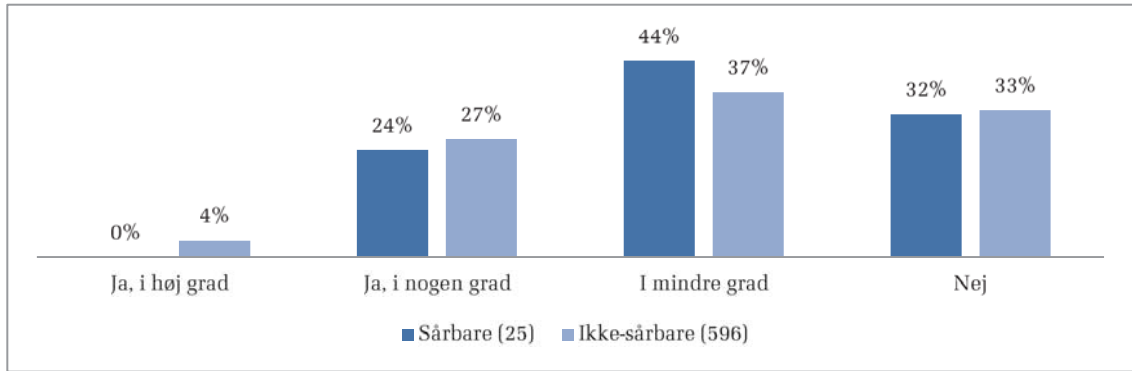


#### *Brug af hensigtsmæssige kommunikationsmetoder*

Et af de gennemgående temaer i *Nyfødt*-programmet var kommunikation med en stor vægt på at øve sig i hensigtsmæssig

kommunikation i parforholdet. Figur 57 og 58 viser fordelingen af deltagerne i interventionsgruppens brug af kommunikationsmetoderne fra *Nyfødt* målt ved 2. follow-up (ca. 9 uger efter fødslen).

Figur 57. Kvinders brug af kommunikationsmetoder fra *Nyfødt*-kurset – målt ved 2. follow-up



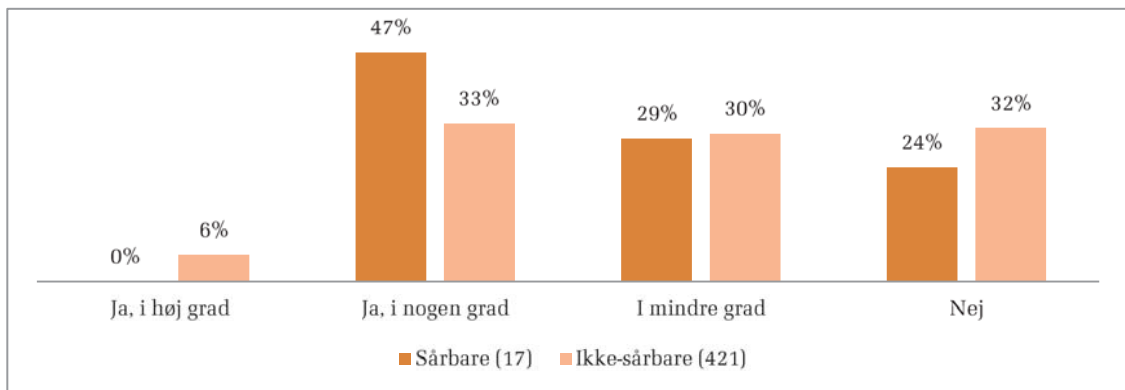
Figur 57 viser, at der er ca. to tredjedele af kvinderne, der i nogen eller mindre grad har brugt det, de har lært om kommunikation på *Nyfødt*-kurset, efter deres barn blev født. Kun 4 % af de ikke-sårbare kvinder svarede, at de havde brugt det i høj grad, mens ingen af de sårbare kvinder havde brugt det i høj grad. Der var ca. en tredjedel af både sårbare og ikke-sårbare, der ikke havde brugt kommunikationsmetoderne fra kurset. Der var ingen statistisk signifikant forskel i brugen af kommunikationsmetoder på sårbare og ikke-sårbare kvinder.

Til sammenligning kan man se af figur 58, at partnere generelt brugte

kommunikationsmetoderne i lidt højere grad end kvinderne. Der er eksempelvis 33 % af partnere til ikke-sårbare kvinder, der brugte metoderne i nogen grad, mens 47 % af partnere til de sårbare kvinder satte sig selv i den kategori. Hos partnerne var der heller ikke statistisk signifikant forskel i brugen af kommunikationsmetoder.

Undervisning i hensigtsmæssige kommunikationsmetoder er ikke noget, der ligger indenfor jordemødres generelle faglighed. Det kunne tyde på, at det alligevel er lykkedes at videreformidle et nyt område til de kommende forældre ved hjælp af *Nyfødt*-kursusmaterialet.

Figur 58. Partneres brug af kommunikationsmetoder fra *Nyfødt*-kurset – målt ved 2. follow-up



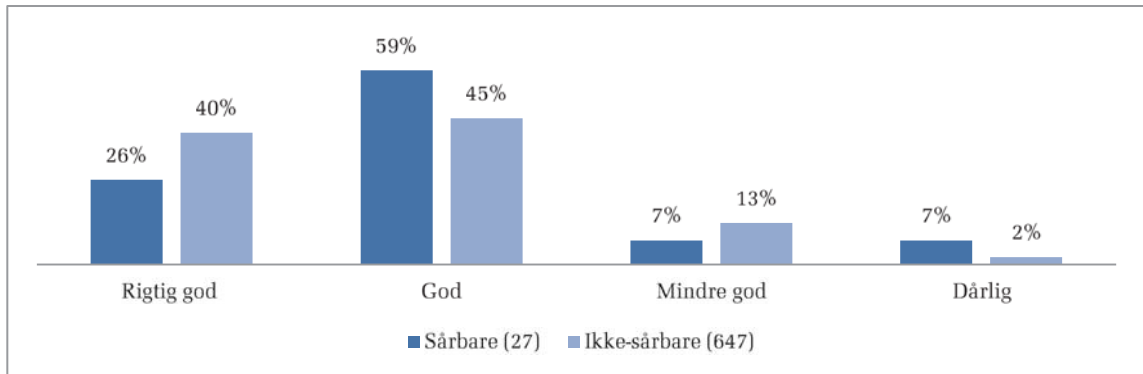
*Samlet vurdering af Nyfødt-undervisningen*  
Deltagerne fik mulighed for at give en samlet vurdering af *Nyfødt*-undervisningen gennem

spørgsmålet 'Hvad synes du overordnet set om undervisningen?' i spørgeskemaet ved 1. follow-up, hvor de havde haft mulighed for at være til tre af de fire kursusgange. Der er ingen signifikante forskelle mellem sårbare og ikke-

sårbare kvinders vurdering af Nyfødt-undervisningen ( $p=0,73$ ). Der var stor enighed om, at Nyfødt-undervisningen var god. Kun 7 %

af sårbare kvinder og 2 % af ikke-sårbare kvinder vurderede den som dårlig.

Figur 59. Kvinders overordnede vurdering af Nyfødt-undervisningen – målt ved 1. follow-up

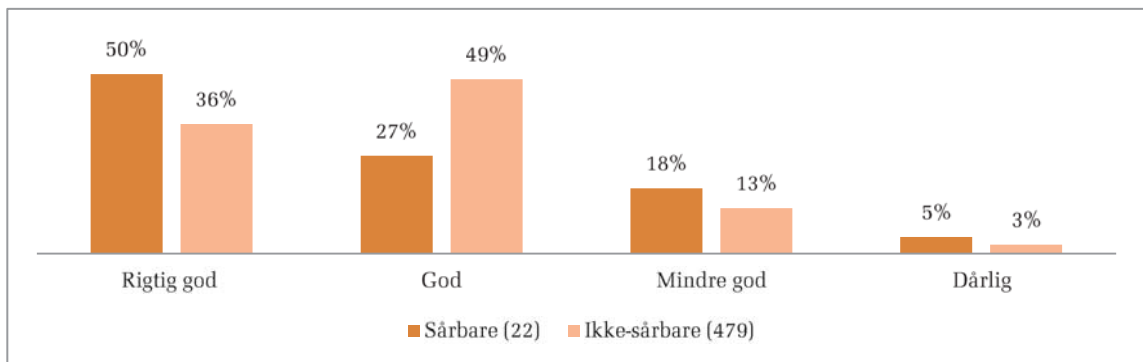


Figur 60 viser partnernes vurdering af Nyfødt-undervisningen. Heller ikke her var der forskel på partnere til sårbare og ikke-sårbare kvinders overordnede vurdering af undervisningen ( $p=0,27$ ). En stor andel af partnerne vurderede også Nyfødt-undervisningen som rigtig god

eller god ligesom kvinderne, om end der var en større andel af partnere til sårbare kvinder, der vurderede undervisningen som mindre god.

Alt i alt var der således en god vurdering af Nyfødt-undervisningen.

Figur 60. Partneres overordnede vurdering af Nyfødt-undervisningen – målt ved 1. follow-up



#### Gode samtaler på kurset

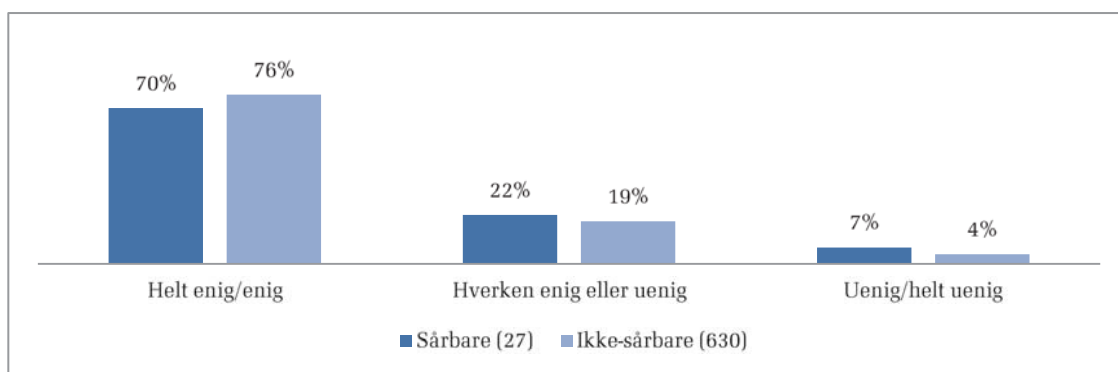
Deltagerne, der fik muligheden for at deltage i Nyfødt-kurset, blev inddelt i grupper af 6-8 par. Underviserne skulle være med til at facilitere en tryk stemning i gruppen, så deltagerne kunne føle sig godt tilpas og deltage i gruppediskussioner og andre aktiviteter i løbet af kurset. Figur 61 og 62 viser deltagernes grad

af enighed i, om de havde nogle gode samtaler i løbet af kursusgangene.

Figur 61 viser, at en meget stor andel af både sårbare og ikke-sårbare kvinder var enige i, at de oplevede at have nogle gode samtaler i løbet af kursusgangene, og der var ikke nogen signifikante forskelle mellem sårbare og ikke-sårbare kvinders oplevelse ( $p=0,36$ ).



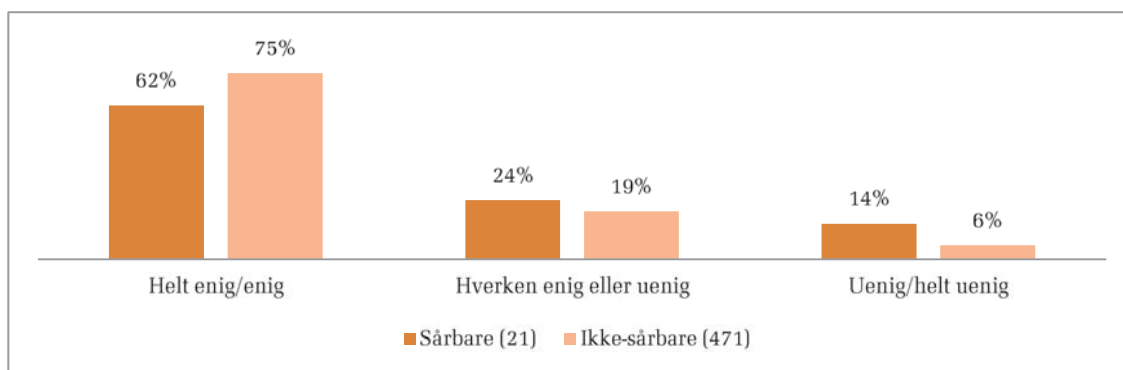
Figur 61. Kvinders vurdering af, om der var gode samtaler i løbet af kursusgangene – målt ved 1. follow-up



Figur 62 viser, at også en stor andel af partnere var enig i, at der var gode samtaler på kursusgangene. Det kunne tyde på, at der var en mindre andel af partnere til sårbare kvinder

end af partnere til ikke-sårbare kvinder, der var enige i det. Forskellen var dog ikke signifikant ( $p=0,21$ ).

Figur 62. Partneres vurdering af, om der var gode samtaler i løbet af kursusgangene – målt ved 1. follow-up



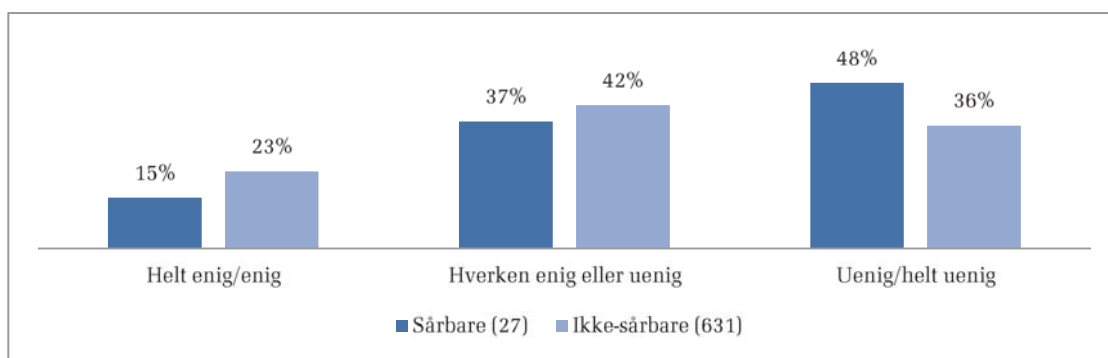
*Møder med gruppen udenfor Nyfødt-kurset*  
 Grupperne på Nyfødt-kurset blev sammensat ud fra terminsdato og geografisk område. Dette blev gjort med ønske om, at grupperne kunne fungere som mødre-/forældregrupper på længere sigt efter, at kurset var slut. Deltagerne blev derfor spurgt ved 1. follow-up, om de kunne tænke sig at mødes med en eller flere fra gruppen. Figur 63 og 64 viser svarene på det.

Der er en stor andel af både kvinder og partnere, der hverken er enige eller uenige i at

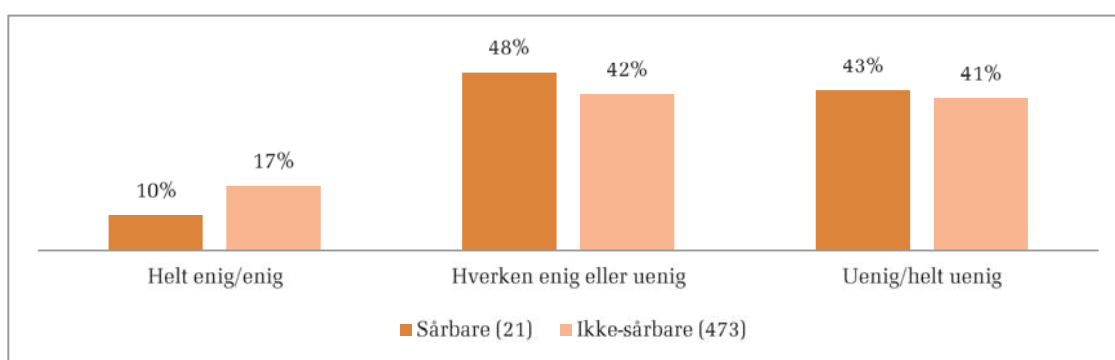
ville mødes med nogle fra gruppen. Der er ligeledes en stor andel, der ikke ønsker at mødes med andre fra gruppen udenfor kursusgangene. Det ser desuden ud til, at der er en mindre andel af partnere end af kvinder, der har lyst til at mødes med gruppen.

Det kunne således tyde på, at på trods af stor tilfredshed med undervisningen og enighed i, at der var gode samtaler på kursusgangene, så har det ikke resulteret i, at der generelt er et ønske om at fortsætte i forældregrupper.

Figur 63. Kvinders ønske om at mødes med en eller flere fra *Nyfødt*-gruppen – målt ved 1. follow-up



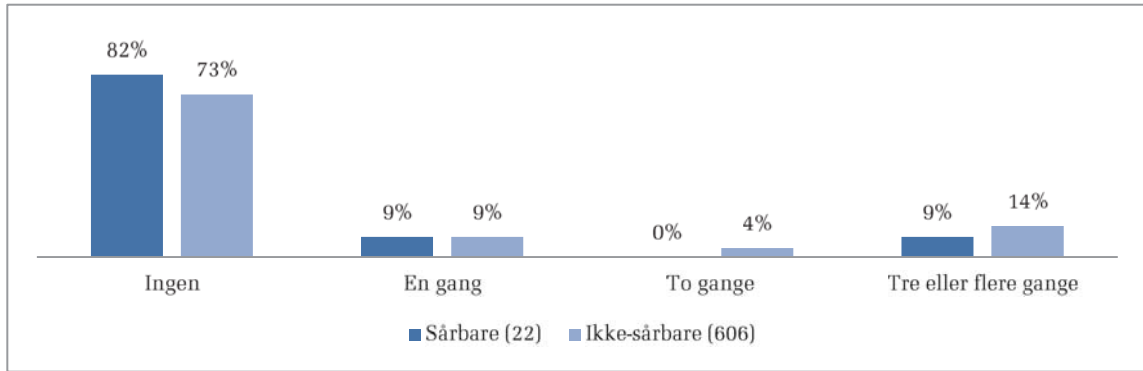
Figur 64. Partneres ønske om at mødes med en eller flere fra *Nyfødt*-gruppen – målt ved 1. follow-up



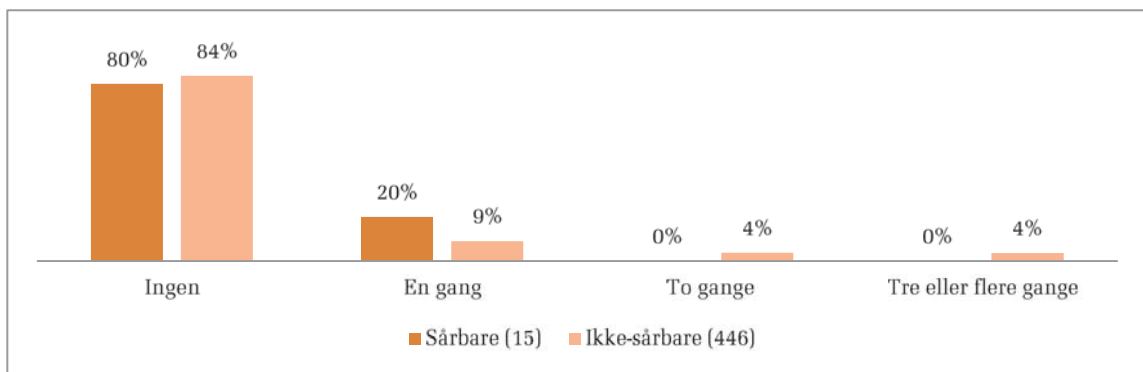
Seks måneder efter fødslen ved 3. follow-up blev deltagerne spurgt til, om de havde haft kontakt med en eller flere deltagere fra *Nyfødt*-kurset efter fødslen. Figur 65 og 66 viser henholdsvis kvinder og partneres kontakt til andre fra *Nyfødt*-kurset efter fødslen. Der er ikke signifikante forskelle mellem sårbare og ikke-sårbare for hverken kvinder ( $p=0,69$ ) eller partnere ( $p=0,39$ ).

For både kvinder og partnere var der en stor andel, der havde ingen kontakt til andre fra *Nyfødt*-kurset. Det kunne tyde på, at der var en lille andel af specielt ikke-sårbare kvinder, hvor det lykkedes at skabe en kontakt, der har varet ved over længere tid. Alt i alt kan man se, at det generelt ikke er lykkedes at skabe grupper, der kunne fortsætte ud over *Nyfødt*-kursusgangene. Dette kunne muligvis skyldes, at en del af deltagerne boede langt fra hinanden trods målet om, at de skulle bo tæt på hinanden.

Figur 65. Kvinders kontakt til andre fra *Nyfødt*-kurset efter fødslen – målt ved 3. follow-up



Figur 66. Partners kontakt til andre fra *Nyfødt*-kurset efter fødslen – målt ved 3. follow-up



#### Netværket Nyfødt

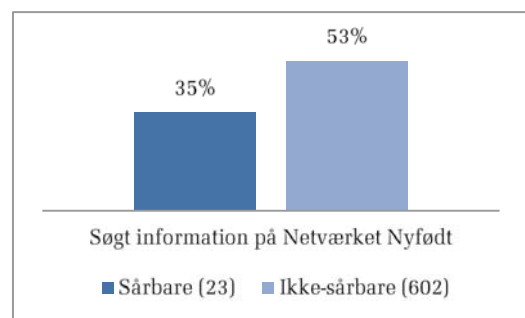
Netværket Nyfødt var en hjemmeside, der blev tilbudt deltagere på *Nyfødt*-kurset. Det skulle fungere som et elektronisk netværk, hvor deltagere blandt andet kunne søge information, forberede sig til kursusgangene og spørge en jordemoder eller sundhedsplejerske til råds. Brug af sociale medier har vist sig at være uafhængige af blandt andet uddannelsesniveau, etnicitet og adgang til sundhedsvæsenet (23), og kan muligvis øge nye mødres velbefindende (24). Netværket Nyfødt blev lavet i samarbejde med Danske Regioner og sundhed.dk.

Nedenstående figurer viser deltagernes brug af udvalgte funktioner på Netværket Nyfødt.

Figur 67 viser andel af kvinder, der brugte Netværket Nyfødt til at søge information. Der er ingen statistisk signifikant forskel på sårbare og ikke-sårbare kvinders brug af hjemmesiden

til at søge information ( $p=0,09$ ), om end det tyder på, at sårbare kvinder brugte hjemmesiden i mindre grad på dette punkt end ikke-sårbare kvinder.

Figur 67. Andel kvinder, der brugte Netværket Nyfødt til at søge information – målt ved 1. follow-up

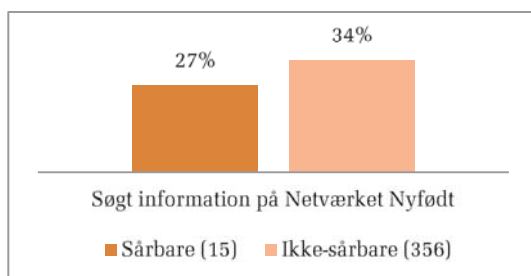


I figur 68 kan man se, at der var en lavere andel af partnere i forhold til kvinder, der brugte Netværket Nyfødt til at søge information. Her kunne det ligeledes tyde på,



at partnere til sårbare kvinder brugte hjemmesiden i mindre grad end partnere til ikke-sårbare kvinder, omend forskellen ikke var signifikant ( $p=0,54$ ).

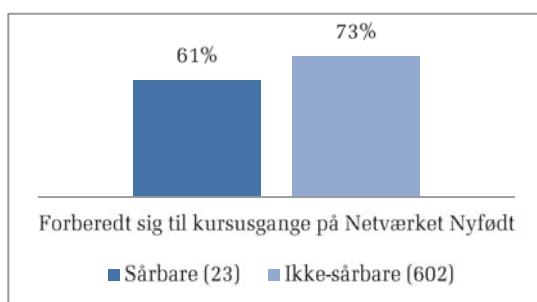
Figur 68. Andel partnere, der brugte Netværket Nyfødt til at søge information – målt ved 1. follow-up



På Netværket Nyfødt var der oprettet faner med information og øvelser til de enkelte kursusgange. Deltagerne blev orienteret om dette inden den første kursusgang, og blev ved hver kursusgang opfordret af underviseren til at bruge hjemmesiden.

Figur 69 viser andelen af kvinder, der brugte hjemmesiden til at forberede sig til kursusgangene. Der var en stor andel, der forberedte sig via Netværket Nyfødt. Der var ingen signifikant forskel mellem sårbare og ikke-sårbare kvinder ( $p=0,20$ ), men det kunne tyde på, at ikke-sårbare kvinder brugte hjemmesiden i højere grad end de sårbare på dette punkt.

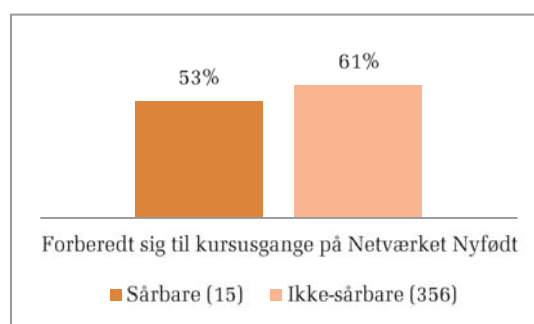
Figur 69. Andel kvinder, der brugte Netværket Nyfødt til at forberede sig til kursusgange – målt ved 1. follow-up



Over halvdelen af partnerne brugte også Netværket Nyfødt til at forberede sig til kursusgangene, som man kan læse af figur 70. Der var ingen signifikant forskel mellem de to grupper af partnere ( $p=0,57$ ).

Det tyder på, at Netværket Nyfødt i højere grad blev brugt, når det drejede sig om en specifik aktivitet, som det at forberede sig til kursusgangene.

Figur 70. Andel partnere, der brugte Netværket Nyfødt til at forberede sig til kursusgange – målt ved 1. follow-up



Funktionen "Spørg en fagperson" blev forvaltet af en jordemoder og en sundhedsplejerske, der begge var erfarne fagprofessionelle. Deltagerne kunne skrive spørgsmål til fagpersonerne, som blev besvaret i løbet af et par dage.

Spørgsmålene kunne dreje sig om emnerne graviditet, fødsel og tiden efter fødslen. Kvinders brug af "Spørg en fagperson" er vist i figur 71. Der var ingen signifikant forskel mellem sårbare og ikke-sårbare kvinders brug af funktionen ( $p=0,11$ ). Som man kan se af figuren var der en stor andel, der ikke brugte funktionen eller ikke kendte til funktionen.

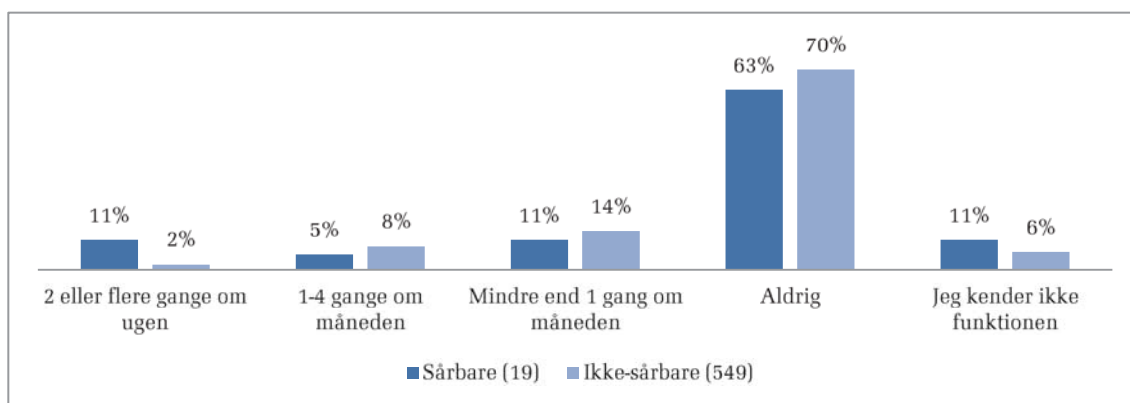
Figur 72 viser partneres brug af funktionen. Der er ikke signifikant forskel på de to grupper af partneres brug af funktionen ( $p=0,90$ ). Der er slet ingen af partnerne til sårbare kvinder, der har brugt funktionen og ganske få af partnerne til ikke-sårbare kvinder. Det skal dog nævnes, at der er få partnere til sårbare kvinder, der har besvaret dette spørgsmål.

Der var 868 brugere af Netværket Nyfødt, og der blev skrevet ca. 110 spørgsmål til

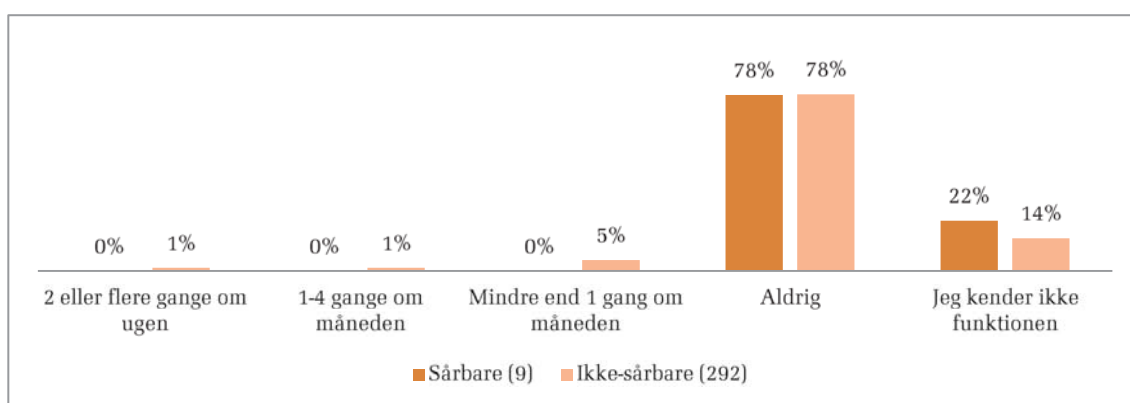
fagpersonerne i løbet af projektperioden. De enkelte spørgsmål blev læst mange gange af de andre brugere; det spørgsmål, der blev læst flest gange, nåede at blive læst 852 gange. Det er derfor sandsynligt, at funktionen er kommet

mange af deltagerne til gavn på trods af, at der var en stor andel, der ikke brugte funktionen aktivt.

Figur 71. Kvinders brug af funktionen "Spørg en fagperson" på Netværket Nyfødt – målt ved 2. follow-up



Figur 72. Partneres brug af funktionen "Spørg en fagperson" på Netværket Nyfødt – målt ved 2. follow-up



## 2.3 Opsummering af del 2

Følgende resultater blev fundet i den kvantitative del af denne rapport:

### *Datagrundlag*

- Det lykkedes at sammensætte en population i projektet, der svarede til baggrundspopulationen, når det drejede sig om antallet af sårbare kvinder i forhold til ikke-sårbare kvinder.
- *Nyfødt*-populationen var kendetegnet ved at være højtuddannede i forhold til baggrundsbefolkningen.
- Det lykkedes at rekruttere de tilmeldte kvinders partnere til at deltage i projektet og indsamle data på dem.

### *Karakteristik ved baseline*

- Langt de fleste gravide kvinder boede sammen med barnets far ved baseline, uanset om kvinden var kategoriseret som sårbar eller ej.
- Der var en højere andel af sårbare kvinder, der havde været sammen med deres partner i mindre end tre år end ikke-sårbare kvinder ved baseline.
- Andelen af kvinder, der var i lønnet arbejde ved baseline, var lavere blandt de sårbare kvinder end blandt de ikke-sårbare kvinder.
- Sårbare kvinder havde lavere uddannelsesniveau ved baseline end ikke-sårbare kvinder.
- Der var en større andel af uplanlagte graviditeter blandt sårbare kvinder end blandt ikke-sårbare kvinder målt ved baseline.
- Der var ikke forskel i andelen af sårbare og ikke-sårbare kvinder eller partnere, der glædede sig til barnets ankomst.

- Sårbare kvinder vurderede deres fysiske og psykiske helbred dårligere end ikke-sårbare kvinder. Ligeledes vurderede partnere til sårbare kvinder deres helbred som dårligere end partnere til ikke-sårbare gravide, men forskellen var ikke så markant som for kvinderne.
- Sårbare kvinder følte sig mere og oftere stressede end ikke-sårbare kvinder, og det tyder på, at de havde vanskeligere ved at håndtere stressen. Dette mønster sås ikke blandt partnere.
- Som forventet var andelen af sårbare kvinder, der oplevede depressive symptomer i forbindelse med graviditeten signifikant højere blandt sårbare kvinder end blandt ikke-sårbare kvinder. Det samme mønster kunne genfindes blandt partnerne.

### *Effekten af interventionen Nyfødt*

- Der var ingen effekt af *Nyfødt*-programmet på andelen af indgreb under fødslen for hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder.
- Der sås en tendens til, at sårbare kvinder i kontrolgruppen i mindre grad havde tiltro til, at de ville føle sig trygge i tiden derhjemme, når fødslen var gået i gang, og at de i lidt højere grad vurderede fødslen som en mindre god oplevelse end sårbare kvinder i interventionsgruppen.
- Det kunne tyde på, at sårbare kvinder og deres partnere i interventionsgruppen vurderede deres fysiske helbred bedre end kontrolgruppen.
- Der var signifikant flere sårbare kvinder i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, der aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede seks måneder efter fødslen.



- Det kunne tyde på, at sårbare kvinder i interventionsgruppen var bedre til at håndtere stress (PSS) end kontrolgruppen seks måneder efter fødslen, men der var ingen forskel mellem grupperne ni uger efter fødslen. Det samme mønster ses for partnere til sårbare kvinder.
- Det tydede på, at *Nyfødt*-programmet havde en positiv indflydelse på forældrestress (SPSQ) ni uger og seks måneder efter fødslen for både sårbare og ikke-sårbare kvinder i interventionsgruppen. Det kunne tyde på det samme mønster for partnere til sårbare kvinder, men kun seks måneder efter fødslen.
- Der sås ikke en statistisk signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen på fødselsdepression målt med EPDS, men *Nyfødt*-programmet har muligvis haft en positiv indflydelse på sårbare kvinder. Der sås ingen forskel i EPDS mellem interventions- og kontrolgruppen blandt partnere til hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder.
- Der sås ingen effekt på oplevelsen af praktisk støtte fra partner for hverken sårbare eller ikke-sårbare kvinder. Det tydede på, at partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder i kontrolgruppen i lavere grad kunne regne med praktisk støtte fra partner i forhold til interventionsgruppen både ni uger og seks måneder efter fødslen.
- Det kunne tyde på, at *Nyfødt*-programmet havde en positiv indflydelse på oplevelsen af emotionel støtte fra partner for både sårbare og ikke-sårbare kvinder og partnere.
- Resultaterne peger på, at *Nyfødt*-programmet havde en positiv indflydelse på forældresamarbejdet (PAM) for både sårbare og ikke-sårbare kvinder. Der sås ingen effekt for partnere.
- Tiltroen til at kunne amme (self-efficacy) målt i 37. graviditetsuge var stor på tværs af grupper i *Nyfødt*-populationen. Der var ingen effekt af *Nyfødt*-programmet på amme-self-efficacy.
- Der var signifikant færre sårbare kvinder i interventionsgruppen, der ammede deres barn end sårbare kvinder i kontrolgruppen ca. ni uger efter fødslen.
- Det kunne tyde på, at der var færre sårbare kvinder i interventionsgruppen end sårbare kvinder i kontrolgruppen, der søgte hjælp for psykiske symptomer i graviditeten. Det kunne samtidigt tyde på, at der var en større andel af sårbare kvinder i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, der søgte hjælp for psykiske symptomer seks måneder efter fødslen.
- Det kunne tyde på, at ikke-sårbare kvinder i højere grad end sårbare kvinder kontaktede fødegangen telefonisk i de sidste 48 timer inden fødslen. Det tydede samtidigt på, at deltagerne i interventionsgruppen ringede hyppigere end deltagere i kontrolgruppen.
- Det kunne tyde på, at sårbare kvinder i kontrolgruppen var færre gange på fødegangen til undersøgelse i de sidste 48 timer inden fødslen end de andre grupper af kvinder.

#### *Deltagelse i fødsels- og forældreforberedelse*

- Mange deltagere i kontrolgruppen benyttede sig af private tilbud om fødselsforberedelse udover de to forældreftermiddage på Hvidovre Hospital, der på daværende tidspunkt var standardtilbuddet. Der var dog 19 % af sårbare kvinder i kontrolgruppen, der ikke benyttede sig af nogle former for

fødselsforberedelse. Til sammenligning var der ingen af de sårbare kvinder i interventionsgruppen, der ikke benyttede sig af tilbud om fødselsforberedelse. Det samme mønster kunne ses hos partnerne.

- Der var signifikant flere sårbare og ikke-sårbare kvinder i kontrolgruppen, der havde brugt penge på fødselsforberedelse end i interventionsgruppen.
- Sårbare kvinder og deres partnere deltog i *Nyfødt*-kursusgangene i samme grad som ikke-sårbare kvinder og deres partnere.
- Det kunne tyde på, at der var en større andel af sårbare kvinder end ikke-sårbare kvinder, der i mindre grad forberedte sig til kursusgangene. Der var generelt en lidt lavere andel af partnerne, der havde forberedt sig til kursusgangene. Der var ikke forskel i grad af forberedelse mellem partnere til sårbare og partnere til ikke-sårbare kvinder.
- Det kunne tyde på, at partnerne brugte den anbefalede kommunikationsmetode i højere grad, end kvinderne gjorde. Der var ikke signifikant forskel mellem sårbare og ikke-sårbare kvinders brug af hensigtsmæssig kommunikation, ej heller mellem partnere til sårbare kvinder og partnere til ikke-sårbare kvinder.
- Der var generelt en samlet god vurdering af *Nyfødt*-undervisning blandt både sårbare og ikke-sårbare, og kvinder og partnere.
- Både blandt sårbare og ikke-sårbare kvinder var der en stor andel, der var enige i, at de havde nogle gode samtaler i løbet af *Nyfødt*-kursusgangene. Det samme mønster var gældende for partnerne.
- Det kunne tyde på, at på trods af stor tilfredshed med undervisningen, og at der var gode samtaler på kursusgangene, har

dette ikke resulteret i, at deltagerne har mødtes efter kursets afslutning. Der var en stor andel, der ikke havde haft kontakt til andre fra *Nyfødt*-kurset seks måneder efter fødslen.

- Det kunne tyde på, at der var en mindre andel af sårbare kvinder end ikke-sårbare kvinder, der brugte hjemmesiden tilknyttet *Nyfødt*-kurset til at søge information. Det samme mønster var gældende for partnerne.
- Der var en stor andel af kvinder, der brugte hjemmesiden tilknyttet *Nyfødt*-kurset til at forberede sig til kursusgangene. Det kunne tyde på, at ikke-sårbare kvinder forberedte sig i højere grad end sårbare kvinder. Det samme mønster var gældende for partnerne.
- Funktionen "Spørg en fagperson" på hjemmesiden tilknyttet *Nyfødt*-kurset, blev forvaltet af en jordemoder og en sundhedsplejerske. Der var omkring en fjerdedel af kvinderne og en mindre andel af partnere, der brugte funktionen, men der var en stor andel, der læste spørgsmålene og svarene.

#### Punkter til videre overvejelse del 2

På baggrund af analyserne i del 2 anbefales det, at følgende punkter overvejes i forbindelse med det videre arbejde med tilbuddet om fødsels- og forældreforberedelse til sårbare og ikke-sårbare gravide og deres partnere. Disse analyser er baseret på en undersøgelse med en population, der på nogle punkter adskiller sig fra den øvrige befolkning; resultaterne skal derfor læses med dette forbehold taget i betragtning.

- Fødsels- og forældreforberedelse bør italesættes af jordemoderen som et tilbud til både kvinder og deres partnere på baggrund af, at *Nyfødt* har vist, at partnere til både sårbare og ikke-sårbare kvinder gerne vil deltage i og få udbytte af kurset.

- Resultaterne fra *Nyfødt* peger på, at fødselsforberedelse i form af *Nyfødt*-programmet ikke kan stå alene, hvis man vil nedbringe antallet af indgreb under fødslen, men kræver en bredere indsats.
- Det anbefales at bevare fokus på at reducere stress i forælderrollen, da det tyder på, at *Nyfødt*-programmet kan have en positiv indflydelse på oplevelsen og håndteringen af stress hos især sårbare kvinder og deres partnere.
- Det anbefales at fastholde og skærpe fokus på efterfødselsreaktioner, da *Nyfødt*-programmet muligvis har haft en positiv indflydelse på sårbare kvinder.
- Resultaterne fra *Nyfødt* viser, at der var en positiv vurdering af *Nyfødt*-undervisningen på tværs af køn og sårbarhedsstatus. Det anbefales derfor, at undervisningsmaterialet og formen på kurset bliver benyttet.

Det anbefales at tilbyde kommende deltagere på fødsels- og forældreforberedelseskurser en hjemmeside til informationssøgning og forberedelse til kurset.



# Samlet konklusion

Det er i denne rapport blevet undersøgt, om sårbare kvinder og deres partnere bruger og har gavn af fødsels- og forældreforberedelse sammenlignet med ikke-sårbare kvinder og deres partnere.

## *Sårbare kvinder*

Sårbare kvinder, der deltog i *Nyfødt*-projektet, adskilte sig fra ikke-sårbare kvinder på nogle punkter, men ikke på alle punkter. Der var eksempelvis flere sårbare kvinder, der havde et lavere uddannelsesniveau end ikke-sårbare kvinder, der var en større andel af sårbare kvinder uden lønnet arbejde end ikke-sårbare kvinder, og der var en større andel af uplanlagte graviditeter blandt sårbare kvinder end hos ikke-sårbare kvinder. Der var ikke forskel i andelen af sårbare og ikke-sårbare kvinder, der glædede sig til barnets ankomst, og der var heller ikke forskel i andelen af sårbare og ikke-sårbare kvinder, der boede sammen med barnets far ved baseline.

Sårbare kvinder var desuden kendetegnet ved at vurdere deres psykiske helbred dårligere og oftere være nervøse og stressede end ikke-sårbare kvinder ved baseline. De sårbare kvinders partnere adskilte sig ikke på samme måde fra de ikke-sårbare kvinders partnere.

## *Deltagelse i fødsels- og forældreforberedelseskurser*

Den kvalitative del af undersøgelsen viste, at sårbare kvinder og deres partners fravælgelse af at deltage i *Nyfødt*-projektet skete på baggrund af en afvejning af tidsforbrug og logistiske udfordringer sammenholdt med forventet udbytte af at deltage i fødsels- og forældreforberedelsen. Det var ikke den psykiske sårbarhed, der trådte frem som grunden til at fravælge deltagelsen.

Den kvalitative del viste også, at *Nyfødt* blev tilvalgt af de sårbare kvinder og deres partnere på grund af mulighederne for dialog og de trygge rammer, der blev stillet til rådighed på mindre hold i forhold til fødselsforberedelse i auditorier. Interviewene pegede på, at sårbare kvinder ikke ønsker at blive selekteret fra til særlige grupper, men gerne vil være en del af det almindelige tilbud om fødsels- og forældreforberedelse.

Den kvantitative del af undersøgelsen viste, at sårbare gravide og deres partnere såvel som ikke-sårbare gravide og deres partnere brugte andre tilbud om fødselsforberedelse i lavere grad, hvis de fik tilbuddet om at deltage i *Nyfødt*-kurset (interventionsgruppen) i forhold til, hvis de blev tilbudt at deltage i det daværende standardtilbud om to forældreftermiddage på Hvidovre Hospital (kontrolgruppen). Andelen, der benyttede sig af forældreftermiddagene, var lavere hos sårbare kvinder end hos ikke-sårbare kvinder. Der var flere af de sårbare kvinder i kontrolgruppen end ikke-sårbare kvinder i kontrolgruppen, der ikke benyttede sig af nogen form for tilbud om fødselsforberedelse. Det samme mønster var gældende for partnerne.

*Udbytte af fødsels- og forældreforberedelse*  
Resultaterne peger på, at sårbare kvinder og deres partnere generelt havde et større udbytte af *Nyfødt*-kurset i forhold til ikke-sårbare kvinder og deres partnere.

## *Stress*

Der var eksempelvis signifikant flere sårbare kvinder i interventionsgruppen end i kontrolgruppen, der aldrig eller næsten aldrig følte sig stressede seks måneder efter fødslen. Det kunne desuden tyde på, at sårbare kvinder og deres partnere i interventionsgruppen var bedre til at håndtere stress efter fødslen og var mindre stressede i forældrerollen end sårbare kvinder og deres partnere i kontrolgruppen.

### *Depressive symptomer*

Flere sårbare kvinder oplevede at have depressive symptomer ved baseline end ikke sårbare kvinder. Ved 2. follow-up (9 uger efter fødslen) peger resultaterne på, at *Nyfødt*-kurset har haft en positiv indflydelse på forekomsten af depressive symptomer for sårbare kvinder i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen.

### *Parforhold og forældresamarbejde*

Undervisningen i *Nyfødt*-kurset handlede blandt andet om at styrke kommunikationen med sin partner og arbejde sammen som par om forældreopgaven. Det kunne tyde på, at *Nyfødt*-kurset har haft en positiv indflydelse på oplevelsen af emotionel støtte fra partner for både sårbare og ikke-sårbare kvinder og deres partnere, og en positiv indflydelse på graden af forældresamarbejde i kvindernes tilfælde.

Vi kan konkludere, at resultaterne alt i alt peger på, at specielt sårbare kvinder og deres partnere kan opleve overgangen til forælderrollen som mindre belastende, når de gennemgår *Nyfødt*-kurset i små hold.

### *Styrker og svagheder ved undersøgelsen*

Projekt *Nyfødt* - Forberedelse til fødsel og familie er det største lodtrækningsforsøg af sin art (1). Fra starten af projektet var et af formålene at undersøge sårbare kvinder og deres partners brug og udbytte af fødsels- og forældreforberedelse. Det er en styrke ved undersøgelsen, at den er designet som et lodtrækningsforsøg med interventionsgruppe og kontrolgruppe, og at der er samlet data ind ved baseline og ved tre efterfølgende follow-ups. Dette giver mulighed for at kigge på effekten af den nye indsats i forhold til det oprindelige tilbud om fødselsforberedelse.

Det lykkedes at få en andel af sårbare kvinder i *Nyfødt*-populationen, der lå tæt på andelen af sårbare kvinder i den øvrige population. Men i og med, at sårbare kvinder udgør en lille del af den samlede befolkning, betyder det, at vi de fleste steder kun kan tale om tendenser og ikke om klare sammenhænge.

Hele *Nyfødt*-populationen er kendetegnet ved at have en større andel af højtuddannede kvinder i forhold til den øvrige befolkning. Dette er et velkendt fænomen i forskningsprojekter, at tilslutningen til undersøgelser er større i denne gruppe. Højtuddannede personer er generelt kendetegnet ved fx at leve sundere og kunne håndtere stress mere hensigtsmæssigt end personer med et lavere uddannelsesniveau (11). Dette kan have været en medvirkende årsag til, at der ikke har været en klar effekt af *Nyfødt*-kurset blandt deltagerne i projektet, da de allerede før projektets start var velfungerende. Disse punkter har indflydelse på muligheden for at generalisere fundene fra denne undersøgelse ud til den øvrige befolkning.

Vi anbefaler, at sårbare kvinder og deres partners brug og udbytte af fødsels- og forældreforberedelse evalueres yderligere for at monitorere effekten, når det er en del af det normale tilbud og ikke tilrettelagt som et forskningsprojekt.



# Referencer

1. Koushede V, Brixval CS, Axelsen SF, Lindschou J, Winkel P, Maimburg RD, et al. Group-based antenatal birth and parent preparation for improving birth outcomes and parenting resources: study protocol for a randomised trial. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 2013;4(3):121-6.
2. Abidin R. The Determinants of Parenting Behavior. *Journal of Clinical Psychology*. 1992;21(4):407-12.
3. Cowan CP, Cowan PA. *When Partners Become Parents: The Big Life Change for Couples*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 2000.
4. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1998;5(3):314-32.
5. Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2007(3):CD002869.
6. Brot C, Poulsen A. *Anbefalinger for svangreomsorgen 2013*. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.
7. Kjærgaard B, Sandø J, Kjærbye-Thygesen A. *Gravide med særlige behov 2013: Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Hvidovre Hospital; [18-06-2015]*. Available from: <http://www.gyncph.dk/procedur/obstet/saerligebehov.htm>.
8. Juul S. *Epidemiologi og evidens*. København: Munksgaard Danmark; 2004.
9. *Statistikbanken: Danmarks Statistik; 2015 [cited 2015 03-09-2015]*. Available from: <http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1422>.
10. Jørgensen S, Rayce S, Brixval CS, Denbæk A, Svendsen M, Holstein BE. *Sundhed blandt børn i Region Hovedstaden: data fra sundhedsplejen om graviditet, spædbørn og indskolingsbørn*. Hillerød: Region Hovedstaden, 2013.
11. *Danskernes sundhed - Tal fra den nationale sundhedsprofil: Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed; 2015 [cited 2015 04-09]*. Available from: [www.danskernessundhed.dk](http://www.danskernessundhed.dk).
12. Lazarus R, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer-Verlag; 1984.
13. Gullestrup L, Terp I-M. *Fødselsdepression: Psykiatrifondens Forlag; 2007*.
14. Madsen SA, Jull T. Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health & Gender*. 2007;4(1):26-31.
15. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000;107:1210-7.
16. Reck C, Hunt A, Fuchs T, Weiss R, Noon A, Moehler E, et al. Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview. *Psychopathology*. 2004;37(6):272-80.
17. Svendsen M, Brixval CS, Holstein BE. *Sundhedsplejerskens vurdering af mors psykiske tilstand - Temarapport fra Databasen Børns Sundhed om børn født i 2010*. København: Styregruppen Databasen Børns Sundhed og Statens Institut for Folkesundhed, 2012.
18. Due P, Holstein BE. Sociale relationer og sundhed. In: F. K-J, G. A, editors. *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard København; 2005. p. 210-9.
19. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*. 2015;31(6):582-9.



20. Martini J, Petzoldt J, Einsle F, Beesdo-Baum K, Hofler M, Wittchen HU. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *Journal of affective disorders*. 2015;175:385-95.

21. Lauemøller SG. Mental sundhed i graviditeten. Associationen mellem social støtte og depressive symptomer. Bacheloropgave. Statens Institut for Folkesundhed: Syddansk Universitet; 2015.

22. Fødsler i tal [www.hvidovrehospital.dk/](http://www.hvidovrehospital.dk/): Hvidovre Hospital; 2015 [cited 2015 19.11.2015]. Available from: <https://www.hvidovrehospital.dk/afdelinger-og-klinikker/foedeomraadet/om-afdelingen/Sider/Foedsler-i-tal.aspx>.

23. Chou WY, Hunt YM, Beckjord EB, Moser RP, Hesse BW. Social media use in the United States: implications for health communication. *Journal of medical Internet research*. 2009;11(4):e48.

24. McDaniel BT, Coyne SM, Holmes EK. New mothers and media use: associations between blogging, social networking, and maternal well-being. *Maternal and child health journal*. 2012;16(7):1509-17.

# Bilag 1

## Rekrutteringsbrev til deltagere i *Nyfødt*

### Nyfødt

Forberedelse til fødsel og familie

Februar 2014

#### VIL DU HJÆLPE OS?

Du har deltaget i projekt Nyfødt – forberedelse til fødsel og familie. Det er vi rigtig glade for, da du dermed har været med til at give os vigtig viden til at udvikle omsorgen for gravide, fødende og nybagte forældre.

Vi vil meget gerne vide noget mere om, hvorfor gravide og deres eventuelle partnere har valgt at deltage i projektet. Vi vil derfor høre dig, om du har lyst til at medvirke i et interview, hvor vi taler om dine forventninger til Nyfødt, hvad du gerne ville have ud af kurset, og hvad du synes, du har fået ud af kurset. Hvis du har en partner, der kunne have lyst til at deltage i interviewet sammen med dig, er vedkommende meget velkommen.

Interviewet vil tage cirka en times tid og kan foregå i dit hjem eller på Statens Institut for Folkesundhed. Interviewet skal ligge i perioden 17. marts – 4. april på en hverdag eller i weekenden. Tidspunktet på dagen er op til dig. Alt, hvad du fortæller i interviewet vil blive anonymiseret, så man ikke ved, at det er dig, der har sagt det. Som tak for hjælpen vil du modtage et gavekort til biografen for to personer.

Hvis du har lyst til at deltage, vil jeg bede dig skrive en mail til mig på [mane@si-folkesundhed.dk](mailto:mane@si-folkesundhed.dk) eller ringe på tlf.: 2466 7094 i tidsrummet 9-16. Du må meget gerne skrive, hvor og hvornår det vil passe dig bedst, at interviewet foregår. Du er selvfølgelig også meget velkommen til at kontakte mig, hvis du har spørgsmål.

Venlig hilsen  
Malene Kubstrup Nelausen  
Videnskabelig assistent

Centret er støttet af TrykFonden og Kræftens Bekæmpelse

# Bilag 2

## Rekrutteringsbrev til kvinder, der ikke deltog i *Nyfødt*

### Nyfødt

Forberedelse til fødsel og familie

Februar 2014

#### VIL DU HJÆLPE OS?

Du er blevet tilbudt at deltage i projekt ”Nyfødt – forberedelse til fødsel og familie” i forbindelse med din graviditet. Du har ligesom en del andre valgt at takke nej til tilbuddet. Vi vil meget gerne vide noget mere om, hvorfor gravide og deres eventuelle partnere har valgt ikke at deltage i projektet.

Vi vil derfor høre dig, om du har lyst til at medvirke i et interview, hvor vi taler om, hvorfor du valgte ikke at deltage i Nyfødt, og hvilke tilbud der måske kunne have været mere relevante for dig. På den måde kan du hjælpe os med at gøre Nyfødt bedre og give os viden om, hvad man som gravid synes, man har behov for af forældre- og fødselsforberedelse. Hvis du har en partner, der kunne have lyst til at deltage i interviewet sammen med dig, er vedkommende meget velkommen.

Interviewet vil tage cirka en times tid og kan foregå i dit hjem eller på Statens Institut for Folkesundhed. Interviewet skal ligge i perioden 17. marts – 4. april på en hverdag eller i weekenden, og tidspunktet på dagen er op til dig. Alt, hvad du fortæller i interviewet vil blive anonymiseret, så man ikke ved, at det er dig, der har sagt det. Som tak for hjælpen vil du modtage et gavekort til biografen for to personer.

Hvis du har lyst til at deltage, vil jeg bede dig skrive en mail til mig på [mane@si-folkesundhed.dk](mailto:mane@si-folkesundhed.dk) eller ringe på tlf.: 2466 7094 i tidsrummet 9-16. Du må meget gerne skrive, hvor og hvornår det vil passe dig bedst, at interviewet foregår. Du er selvfølgelig også meget velkommen til at kontakte mig, hvis du har spørgsmål.

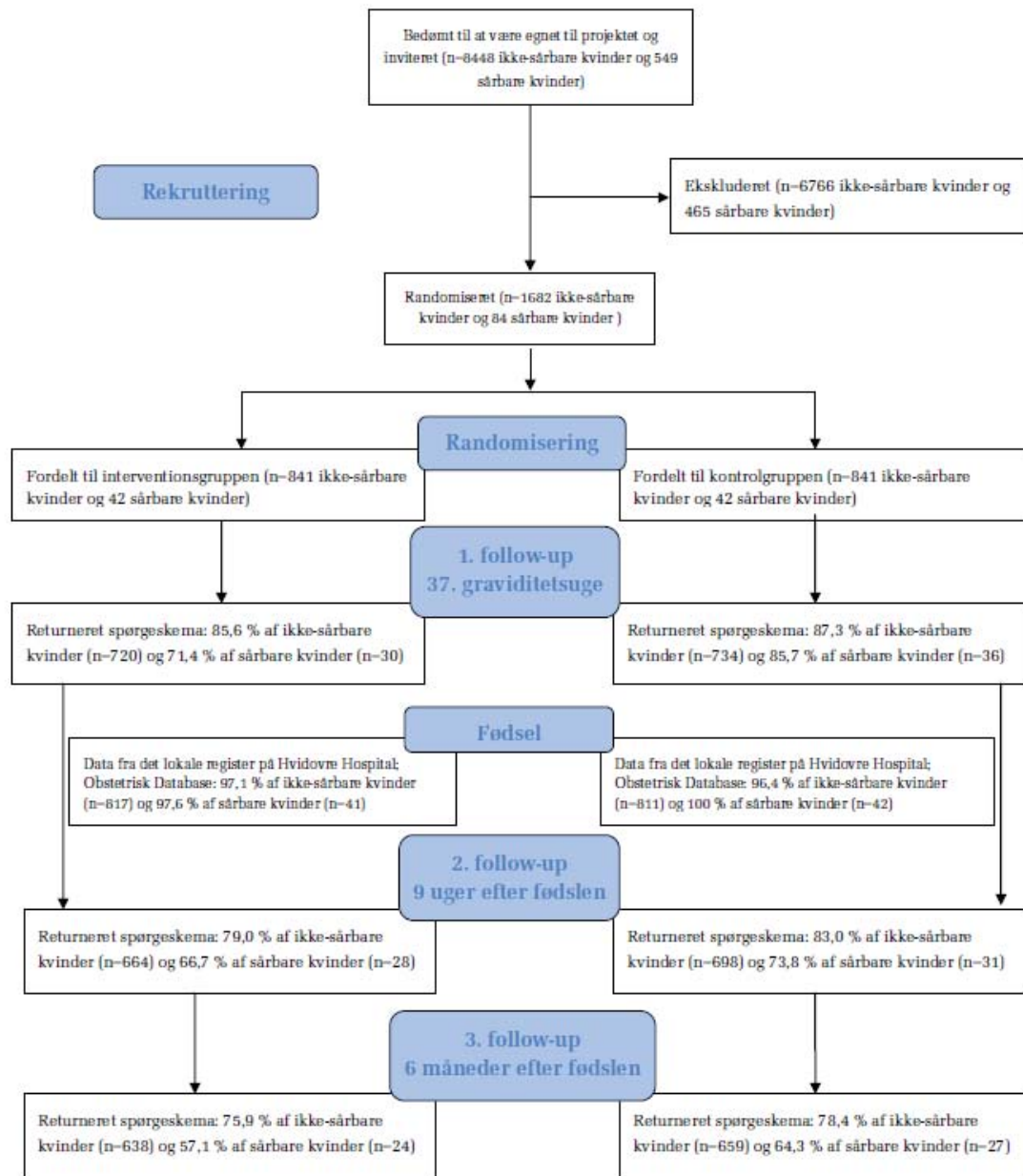
Venlig hilsen  
Malene Kubstrup Nelausen  
Videnskabelig assistent

Centret er støttet af TrykFonden og Kræftens Bekæmpelse



# Bilag 3

## Flowchart for projekt *Nyfødt*



# Bilag 4

## Interviewguide til deltagere i Nyfødt

### INTERVIEWGUIDE NYFØDT, DELTAGERE

#### Introduktion

Jeg hedder som sagt Malene og kommer fra Statens Institut for Folkesundhed. Det er os, der står for alt forskningen i forbindelse med Nyfødt. Jeg er rundt og lave interviews med kvinder, der har valgt at takke ja og nej til at deltage i Nyfødt. Det er for at blive klogere på, hvilke forventninger I har til kurset, om jeres forventninger er blevet opfyldt, og hvad I ønsker at få ud af det. På den måde kan vi sikre, at Nyfødt bliver et godt tilbud, som mange har lyst til at deltage i.

Jeg tænker, at interviewet kommer til at tage ca. tre kvarter til en time.

Jeg vil meget gerne have lov at optage interviewet, så jeg ikke skal sidde og skrive alt det vi taler om ned. Er det ok for dig?

Det du fortæller mig, vil blive behandlet som fortroligt materiale. Det vil sige, at det kun er mig, der ved, at det lige præcis er dig, der har fortalt det, vi kommer til at snakke om i interviewet. Jeg skal skrive en rapport, hvor jeg vil bruge nogle citater fra interviewene, men så vil der komme til at stå: "en kvinde fortæller, at..."

Har du nogen spørgsmål inden, vi går i gang?

FORSKNINGSPØRGSMÅL	INTERVIEWSPØRGSMÅL
<b>KENDETEGN VED KVINDER DER TAKKER JA</b>  Er der nogle bestemte forhold/kendetegn, der går på tværs af de kvinder, som ønsker at deltage i Nyfødt?	- Vil du begynde med at fortælle lidt om dig selv? (Job, familieforhold, alder)
<b>BEGRUNDELSER FOR DELTAGELSE</b>  Hvilke begrundelser angiver kvinderne for at takke ja til deltagelse i Nyfødt?	- Kan du huske, hvad jordmoderen fortalte dig om Nyfødt, da hun gav dig pjecen om Nyfødt? - Kan du huske, hvad du tænkte, da du fik tilbudt at deltage i Nyfødt? - Hvorfor valgte du at takke ja?
<b>FØRVENTNINGER OG UDBYTTE</b>  Hvilke forventninger har kvinderne til kurset og dets indhold?  Er forventningerne blevet indfriet?  Hvilke forhåbninger har kvinderne til deres udbytte af Nyfødt?  Hvilket udbytte mener kvinderne at have fået af Nyfødt?	- Hvad har du håbet på at få ud af Nyfødt? - Synes du, at du har fået det ud af det? - Har du fået noget andet ud af det end du regnede med? - Synes du, at du har fået noget med fra kurserne, som du kan bruge?
<b>SAMMENSÆTNING AF KURSUSHOLD</b>  Hvilke ønsker har kvinderne til sammensætningen af kursushold? Ønsker de at holdene bliver sammensat på	- Som det er nu, bliver kursusholdene sammensat ud fra, hvornår kvinderne har termin. Men ellers er det helt tilfældigt. Tænk du, at det ville være bedre, hvis jordmoderen forinden havde en samtale med hvert par og så sammensatte holdene

<p>baggrund af, at man ligner hinanden/har de samme ønsker til fokus på kurserne?</p> <p>Har kvinderne forventninger/ønsker om at etablere længerevarende relationer/venskaber med de andre deltagere på holdet?</p>	<p>mere ud fra hvem man er?</p>
<p><b>INDHOLD OG ORGANISERING</b></p> <p>Hvilke ønsker har kvinderne til organisering og indhold af fødsels- og forberedelseskurser?</p>	<p>- Hvis det nu var dig, der fik lov at bestemme, hvordan et forældre- og fødselsforberedelseskursus skulle være, hvordan ville det så se ud?</p>



# Bilag 5

## Interviewguide til kvinder, der ikke deltog i *Nyfødt*

### Introduktion

Jeg hedder som sagt Malene og kommer fra Statens Institut for Folkesundhed. Det er os, der står for alt forskningen i forbindelse med Nyfødt. Jeg er rundt og lave interviews med kvinder, der har valgt at takke ja og nej til at deltage i Nyfødt. Det er for at blive klogere på, hvilke forventninger I har til kurset, om jeres forventninger er blevet opfyldt, og hvad I ønsker at få ud af det. På den måde kan vi sikre, at Nyfødt bliver et godt tilbud, som mange har lyst til at deltage i.

Jeg tænker, at interviewet kommer til at tage ca. tre kvarter til en time.

Jeg vil meget gerne have lov at optage interviewet, så jeg ikke skal sidde og skrive alt det vi taler om ned. Er det ok for dig?

Det du fortæller mig, vil blive behandlet som fortroligt materiale. Det vil sige, at det kun er mig, der ved, at det lige præcis er dig, der har fortalt det, vi kommer til at snakke om i interviewet. Jeg skal skrive en rapport, hvor jeg vil bruge nogle citater fra interviewene, men så vil der komme til at stå: "en kvinde fortæller, at..."

Har du nogen spørgsmål inden, vi går i gang?

FORSKNINGSSPØRGSMÅL	INTERVIEWSPØRGSMÅL
<b>KENDETEGN VED KVINDER DER TAKKER NEJ</b>  Er der nogle bestemte forhold/kendetegn, der går på tværs af de kvinder, som ikke ønsker at deltage i Nyfødt?	- Vil du begynde med at fortælle lidt om dig selv? (Job, familieforhold, alder)
<b>BEGRUNDELSER FOR IKKE AT DELTAGELSE</b>  Hvilke begrundelser angiver kvinderne for at takke nej til deltagelse i Nyfødt?  Hvilke forestillinger har kvinderne om, hvad Nyfødt omhandler?  Hvilke tanker gør kvinderne sig om udbytte af Nyfødt?	- Kan du huske, hvad jordmoderen fortalte om Nyfødt, da hun præsenterede dig for projektet?  - Kan du huske, hvad du tænkte, da du fik tilbudt at deltage i Nyfødt? - Hvorfor valgte du at takke nej?  - Hvad tænker du, at man ville kunne få ud af at deltage i Nyfødt?  - Er der noget, du kunne have fået dig til at takke ja?  - Hvem tænker du vælger at sige ja til at deltage i Nyfødt?
<b>INDHOLD OG ORGANISERING</b>  Hvilke ønsker har kvinderne til organisering og indhold af fødsels- og forberedelseskurser?	- Hvis det nu var dig, der fik lov at bestemme, hvordan et forældre- og fødselsforberedelseskursus skulle være, hvordan ville det så se ud?
<b>SAMMENSÆTNING AF KURSUSHOLD</b>  Hvilke ønsker har kvinderne til sammensætningen af kursushold? Ønsker de at holdene bliver sammensat på baggrund af, at man ligner hinanden/har de samme	- Som det er nu, bliver kursusholdene sammensat ud fra, hvornår kvinderne har termin. Men ellers er det helt tilfældigt. Tænker du, at det ville være bedre, hvis jordmoderen forinden havde en samtale med hvert par og så sammensatte holdene mere ud fra hvem man er?

<p>ønsker til fokus på kurserne?</p> <p>Har kvinderne forventninger/ønsker om at etablere længerevarende relationer/venskaber med de andre deltagere på holdet?</p>	
---	--