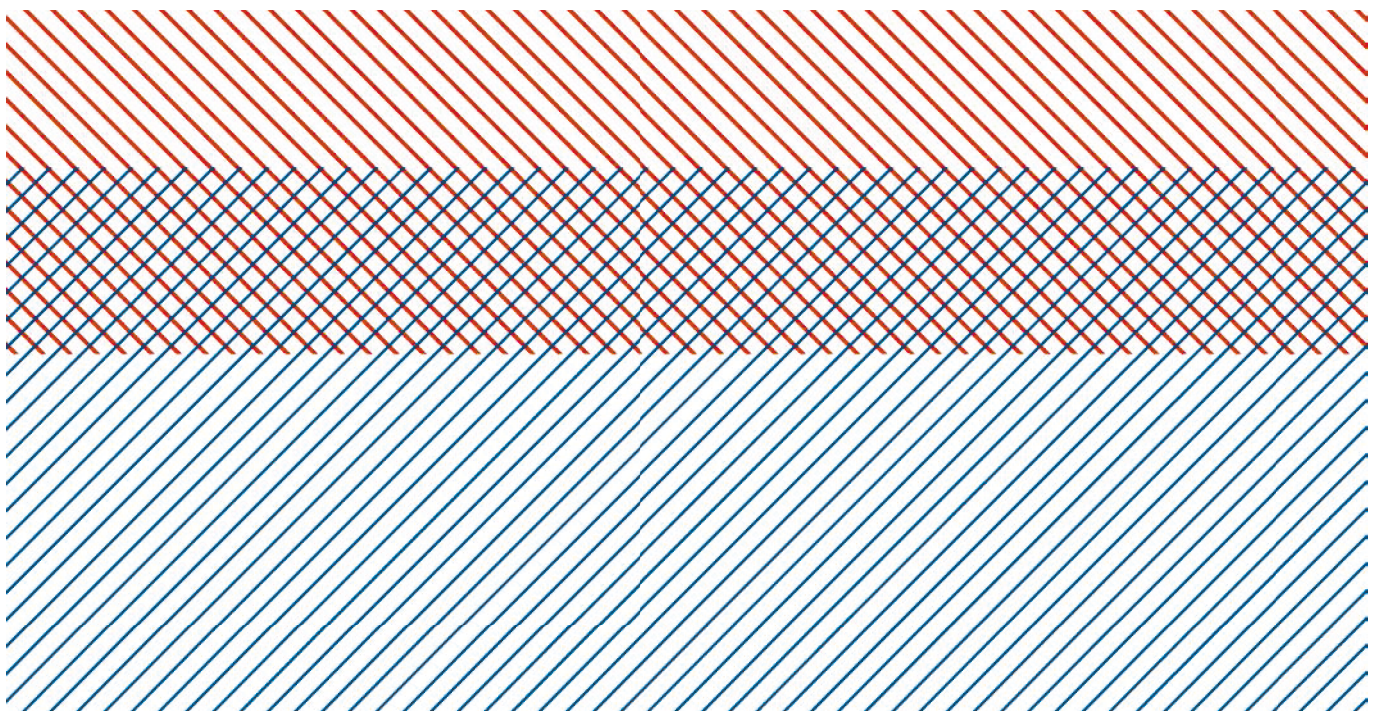


Notat

Dit Første Barn

Evaluering af et universelt forældrekursus udbudt til
førstegangsførelde i Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje
Notat 1: Baseline



Dit Første Barn – Notat 1: Baseline

© VIVE og forfatterne, 2018

e-ISBN: 978-87-7119-513-2

Projekt: 100621

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Forældrekurset "Dit Første Barn" er et universelt tilbud til alle førstegangsførelde initieret af Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje. Ud over at udvikle og afprøve et forældrekursus har Frederiksberg Kommune ønsket at få systematisk viden om de effekter, som et tilbud som "Dit Første Barn" har. Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje har derfor indgået et samarbejde med forskere fra VIVE og Aarhus Universitet i forskningsprojektet CRUNCH – Center for Research on Universal Child Policies. Et centralt formål i CRUNCH er at undersøge betydningen af kerneelementer af sundhedsplejerskeindsatsen i dag samt at evaluere innovative, nye tilbud og deres betydning for børn og deres forældre.

En central tendens i sundhedsplejen i nyere tid er introduktionen af gruppebaserede indsatser for kommende forældre samt et øget fokus på inddragelse af fædre i tilbud før og efter fødslen. I denne sammenhæng har mange kommuner i de seneste år introduceret forældrekurser. Den hurtige og vide udbredelse af forældrekurser i landets kommuner er desværre ikke baseret på evidens på effekter af disse universelle tilbud (eller deres omkostningseffektivitet). Evidens om effekter er dog afgørende for udviklingen, ikke kun af relevante forældrekurser, men også sundhedsplejerskeordningen mere generelt – ikke mindst fordi nye elementer som forældrekurser kan have stor betydning for sundhedsplejens øvrige arbejde (fx ved at kræve uddannelse til og erfaring med undervisning eller ved at påvirke medarbejdernes arbejdstid) og ved at optage betydelige ressourcer.

Dette baseline-notat er det første af to planlagte notater om forskningsprojektet "Dit Første Barn" i Frederiksberg Kommune. Formålet med dette følgeforskningsprojekt er at bidrage med praksisnær og valid viden om betydningen af universelle forældrekurser for børn og familiers udvikling og trivsel. Forskere i CRUNCH har udviklet evalueringsdesignet, og i samarbejde med Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje gennemfører vi et pragmatisk lodtrækningsforsøg.

Forskningsprojektet gennemføres i tæt parløb mellem forskere fra VIVE og Aarhus Universitet/Trykfondens Børneforskningscenter og udnytter dermed synergi mellem flere kommunalt baserede forskningsprojekter (primært projektet "Dit Første Barn" i Frederiksberg og projektet "Familieiværksættere" i Aarhus Kommune).¹ Ved at anvende samme måleredskaber for effekt og ensartet timing for dataindsamlinger muliggør vores samarbejde, at vi kan sammenligne forskellige indsatser, der har sammenlignelige målgrupper (førstegangsførelde), men anvender forskelligt design for forløbet, implementeres i geografisk forskellige dele af landet og har forskellig "dosering" eller antal mødegange. Vi mener, at denne måde at koordinere følgeforskning om fx nye elementer i sundhedsplejen sikrer de bedste muligheder for at skabe valid og anvendelig viden og kan stå model for fremtidige projekter.

Vi vil gerne takke Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje for et godt samarbejde og helt særligt ledende sundhedsplejerske Susanne Dahl, Vibeke Tonie Nordahl Albech, fuldmægtig, Christina Ørding-Thomsen, overassistent, Helle Kvarnstrøm, sundhedsplejerske, og Jette Honoré, teamleder, for deres engagement i forskningsprojektet. Innovationsfonden har støttet forskningsprojektet økonomisk ved en generøs bevilling til CRUNCH. En særlig tak går også til Rasmus Brønholt, universitetspraktikant, og Julie Ellesøe Jespersen og Julie Kaas Seerup, specialestuderende, for deres store bidrag til dette notat.

¹ "Familieiværksættere" er et universelt forældrekursus, som tilbydes i Aarhus Kommune og evalueres i et stort lodtrækningsforsøg (Trillingsgaard, Maimburg & Simonsen, 2015).

Indhold

1	Introduktion.....	5
2	Beskrivelse af forældrekurset Dit Første Barn	7
2.1	Baggrund og formål	7
2.2	Strukturen af kurset.....	8
2.3	Kursusforløb og relation til andre tilbud	10
3	Forskningsprojektet "Dit Første Barn"	13
3.1	Metodiske overvejelser	13
3.2	Projektføreløb og dataindsamlinger	14
3.3	Datagrundlag i forskningsprojektet	16
4	Familierne i forskningsprojektet.....	19
4.1	Rekruttering af familierne til DFB	19
4.2	Beskrivelse af forældrene i projektet ved baseline	22
5	Første resultater: Forældrenes oplevelse og fremmøde	27
5.1	Et kvalitativt datamateriale om forældres forestillinger om forældreskab og oplevelsen af kursusgangene	27
5.2	Kvantitative data om fremmøde og forældres tilfredshed.....	29
6	Diskussion og konklusion	32
	Litteratur	34
Bilag 1	Måleinstrumenter	37
Bilag 2	Antal fødsler pr. måned.....	38
Bilag 3	Tilmeldte kvinder i alt fordelt på indsatsgruppen og i kontrolgruppen pr. måned	39
Bilag 4	Karakteristika for personer i alderen 20-39 år i hele landet og i Frederiksberg Kommune	40
Bilag 5	Karakteristika for førstegangsfødende i hele landet og i Frederiksberg Kommune.....	41
Bilag 6	Mødre fordelt på, hvor mange kursusgange, de har deltaget på forældrekurset.....	42

1 Introduktion

International forskning viser, at påvirkninger så tidligt som i fosterstadiet og i de første leveår kan have stor betydning for barnets udvikling og muligheder senere i livet (Almond, Currie & Duque, 2017; Currie & Almond, 2011). De første leveår udgør ikke blot en særlig sårbar fase for barnet, men også en periode, hvor forebyggende indsatser potentielt kan have stor effekt.

I Danmark introducerede man i 1937 en universel sundhedsplejerskeordning med hjemmebesøg til alle småbørnsfamilier. Ordningen har vist sig at have stor betydning for sundheden på kort og på lang sigt (Hjort, Sølvsten & Wüst, 2017; Wüst, 2012; Wüst m.fl., forthcoming). Selvom samfundet og de problemstillinger, som nybagte familier oplever, har ændret sig igennem de sidste 80 år, arbejder sundhedsplejen i Danmark i dag stadig på at give alle småbørnsfamilier de bedste forudsætninger og børnene den bedste start i livet.

En opgørelse over kommunernes sundhedsplejerskeordninger fra 2017 viser, at ordningerne i landets kommuner har en lang række tilbud ud over det klassiske hjemmebesøg, som har været kernen i sundhedsplejerskeindsatsen siden dens begyndelse (CRUNCH, 2017). Et tilbud, som bliver stadig mere udbredt, er forskellige former for forældrekurser. Over halvdelen af landets kommuner angiver i vores opgørelse, at de tilbyder universelle forældrekurser.² På trods af stigende udbredelse af dette tilbud ved vi stadig kun lidt om betydningen af universelle forældrekurser for nybagte forældre og deres børn.

International forskning viser, at **målrettede**³ forældrekurser kan have positive effekter for barnets adfærd, forældre-barn kontakt samt morens sensibilitet over for barnet (Rayce m.fl., 2017). Tidligere danske erfaringer med målrettede forældrekurser tyder på, at forældrenes tilknytning til deres barn kan styrkes, og at usikre forældre rapporterer at være bedre forberedt på forældrerollen hver for sig og sammen (Rambøll, 2015). Evalueringen af forældrekurset *En God Start – Sammen*, hvor målgruppen er udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici, viser at forældrene oplever en styrket tilknytning til barnet (Rambøll, 2015). Evalueringen af forældrekurset *De Utrolige År*, hvor målgruppen er forældre til børn i alderen 3-6 år med adfærdsvanskeligheder, finder, at forældrekurset kan reducere stress i forældrerollen og samtidig styrke forældrenes parforhold (Servicestyrelsen, 2011). En evaluering af sundhedsstyrelsens forældrekursus *Klar Til Barn*, som er målrettet forældre, som er usikre i forældrerollen, finder, at især fædre rapporterer, at de har gavn af forældrekurset (Capacent, 2009).⁴ Fælles for de nævnte danske rapporter er, at de benytter en før- og eftermåling udelukkende blandt deltagerne i forældrekurset i deres evaluering af interventionen. Denne metode har en række begrænsninger: Overgangen fra par til forældre er en tid med hastig udvikling. For at finde effekten af at deltage i et forældrekursus bør forskere kontrollere for denne udvikling, og det kan bl.a. opnås ved at introducere en kontrolgruppe. Derudover følger evalueringerne kun deltagerne i kort tid efter interventionen og tager ikke højde for systematisk frafald af familier undervejs i projektet (men fokuserer kun på kursusdeltageres udbytte).

De gavnlige effekter af **målrettede** forældrekurser, som er fundet i den internationale litteratur, er ikke tilstrækkeligt til at sige noget om **universelle** forældrekurser, det vil sige kurser, som ikke er målrettet familier med forskellige former for risici, men tilbydes alle fx inden for en kommune. Det kan nemt tænkes, at effekten af et forældrekursus vil være forskellig afhængig af forældrenes

² I vores opgørelse svarer 60 pct. af kommunerne, som udbyder et forældrekursus, at kurset udbydes som universelt tilbud. 40 pct. angiver, at de har målrettede tilbud.

³ Målrettede forældrekurser er rettet mod familier med forskellige former for risici

⁴ Mange af kommunerne i evalueringen har valgt, at alle gravide og fædre i udgangspunktet var velkomne til at deltage (Capacent, 2009, s. 4), hvorfor kurset til dels kan anses som universelt.

baggrund. En systematisk litteraturstudie af Pontoppidan og medforfattere konkluderer, at effekterne af universelle tilbud ikke er entydige (Pontoppidan m.fl., 2016): Nogle studier finder signifikant positive effekter på barnets udvikling og forældre-barn forholdet, mens andre studier ingen effekter har på disse udfaldsmål, enkelte studier finder endda negative effekter af universelle interventioner, heriblandt forældrekurser. I et af de få danske effektstudier af kurser til kommende forældre finder Trillingsgaard og medforfattere (2012), at et parkursus for kommende forældre ikke har en effekt på tilfredshed i parforholdet i løbet af barnets første 18 måneder.

Der er således stadig et stort behov for viden om effekterne af universelle forældrekurser i Danmark. Med nærværende forskningsprojekt om forældrekurset "Dit Første Barn" (DFB) vil vi bidrage med valid og praksisnær viden om effekterne af universelle forældrekurser i Danmark. Forskningsprojektet er tilrettelagt som et pragmatisk randomiseret studie, hvor der trækkes lod om deltagelse i enten indsatsgruppen (to tredjedele af forældre), som får tilbudt deltagelse i DFB, eller deltagelse i kontrolgruppen (en tredjedel af forældre), som får det sædvanlige sundhedsplejersketilbud i Frederiksberg Kommune.

Projektet belyser effekterne af DFB på en række centrale udfaldsmål, knyttet til forældrenes parforhold, psykiske velbefindende, deres interaktion med deres barn og barnets udvikling. Projektet er tilrettelagt af en forskergruppe på VIVE og Aarhus Universitet i tæt samarbejde med Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje, men adskilt fra udviklingen og selve implementeringen af programmet.

Dette baseline-notat har fire centrale formål:

- Vi vil beskrive indsatsen, motivationen og formålet med DFB og kursets opbygning. Med afsæt i disse beskrivelser præsenterer vi de centrale hypoteser, som vi vil undersøge i forskningsprojektet.
- Vi vil præsentere vores evalueringsdesign, dataindsamlingens struktur og de data, vi samler ind i projektet.
- Vi vil beskrive familierne, som indgår i forskningsprojektet ved baseline, dvs. før familierne enten deltager i DFB eller er en del af kontrolgruppen.
- Vi vil præsentere nogle udvalgte første resultater baseret på både kvalitative og kvantitative data. Her fokuserer vi på forældres oplevelse af kurset og tilfredshed med kurset under graviditeten samt fremmødedata for de kursushold, som har afsluttet hele deres forløb. Det er vigtigt at fremhæve, at disse resultater er foreløbige, og at hovedresultaterne vil blive offentliggjort i et efterfølgende notat, planlagt i efteråret 2019.

Vores forskningsprojekt strækker sig i alt over en 3-årig periode fra sommer 2016 til sommer 2019 med rekruttering, opfølgning af forældre via spørgeskemaer og til sidst analyse af de indsamlede data. Imens rekrutteringen af kvinder til projektet sluttede i december 2017, fortsætter opfølgningen af projektdeltagere: De sidste familier i forskningsprojektet har termin i maj 2018, og dataindsamlingen for disse familier afsluttes i april 2019. Fra januar 2018 og frem til starten af 2019 vil alle interesserede kvinder og deres partnere i Frederiksberg Kommune få tilbudt kurset DFB.

2 Beskrivelse af forældrekurset Dit Første Barn

2.1 Baggrund og formål

Frederiksberg Kommune besluttede i 2015 at udvikle og tilbyde et forældrekursus til alle kommunens førstegangsfødende og deres partnere. Virksomheden *God Barndom*⁵ har efterfølgende i samarbejde med Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje udviklet forældrekurset Dit Første Barn (DFB). Kurset er inspireret af og tager udgangspunkt i Socialstyrelsens forældreprogram *Klar Til Barn*. *God Barndom* angiver, at der er inddraget eksisterende viden om udfordringer og behov for vordende og nybagte forældre i udviklingen af kurset.

DFB er et universelt tilbud til alle førstegangsførelse, som har folkeregisteradresse i Frederiksberg Kommune. Forældre falder dog uden for målgruppen, såfremt de har en kendt alvorlig psykisk sygdom eller et misbrug.

Af undervisningsmaterialet fremgår det, at tilbuddet har særligt fokus på at:

- øge forældrenes livskvalitet
- styrke forældrenes handlekraft i forhold til barnet
- stimulere tilknytningen mellem forældre og barn
- give forældrene viden om barnets udvikling
- forebygge ulykker og sygdom
- øge forældrenes viden om børns sundhed (Undervisningsmaterialet, 2016).

Det overordnede formål med forældrekurset Dit Første Barn er:

- at sætte fokus på familiedannelse og den tidlige barndoms betydning hos børnefamilier i Frederiksberg Kommune
- at gøre forældrene parate til at drage omsorg for et spædbarn, justerer forventningerne til hinanden og at få viden og redskaber til et udviklende forældreskab
- at både mænd og kvinder føler sig mødt på kurset – med tidssvarende materiale, der passer til målgruppen og med lokal forankring
- at bygge bro til kommunens øvrige tilbud så familier der har behov for støtte, får denne så tidligt som muligt
- at give et alment sundhedsfremmende og forebyggende tilbud.

Kilde: Undervisningsmaterialet Dit Første Barn

Et af hovedelementerne i DFB er at styrke tilknytningen mellem forældre og barn. Forskning fra forskellige fagdiscipliner viser, at tilknytningen mellem barnet og dets forældre er et af de vigtigste elementer til barnets trivsel og udvikling. En tryk tilknytning mellem barnet og forældrene tidligt i livet er fremmende for en sund udvikling hos barnet, mens en utryk tilknytning er en risikofaktor for udviklingen af adfærdsvanskeligheder i barndommen samt ringere sociale relationer i ungdoms-

⁵ God Barndom er en selvejende institution, som arbejder som nonprofit institution. God Barndom udvikler koncepter, kurser, rådgivning og konsulentopgaver. God Barndom har indtægter fra de ydelser, som tilbydes kommuner, private institutioner og andre interessenter (<http://www.god-barndom.dk/>). God Barndom har ikke været involveret i design eller gennemførelsen af forskningsprojektet om Dit Første Barn.

og voksenalderen (Center on the Developing Child, 2010). Kurset vil derfor give forældrene forståelse for forskellige elementer af spædbørns udvikling. Ved at få en bedre forståelse for barnets udvikling skal forældrene blive bedre til at læse barnets behov, opbygge en god tilknytning samt støtte og stimulere barnet.

Ikke kun forældrenes forhold til barnet, men også forældrenes indbyrdes relation er i fokus i DFB. Motivationen bag dette er, at mange nybagte forældrepar oplever, at deres tilfredshed med parforholdet daler substantielt, i tiden efter at et barn er kommet til verden (Trillingsgaard m.fl., 2012). Det forklares ofte med de mange nye krav, der stilles til dem som primære omsorgspersoner for et spædbarn (Petch & Halford, 2008). Særligt kvinder, førstegangsforældre og par fra høje socioøkonomiske grupper oplever dalende tilfredshed med deres parforhold (Twenge, Campbell & Foster, 2003). En lav grad af tilfredshed i parforholdet korrelerer med nedsat kvalitet i forældreskabet herunder samarbejde og støtte mellem forældrene (Cox m.fl., 1999; McHale, 1995), utryk tilknytning hos barnet (Owen & Cox, 1997) og senere vanskeligheder i søskende- og kammeratskabsproblemer (Jenkins, 1992; Lindsey m.fl., 2006). Desuden sker de fleste skilsmisser i Danmark i løbet af barnets første 6 leveår, og også denne empiriske observation motiverer et fokus på forældres trivsel og parforhold.

Fædre er typisk ikke i primær fokus i hverken fødselsforberedelse eller sundhedsplejerskeindsatsen i Danmark til trods for et generelt øget internationalt fokus og viden om betydningen af tidlig fædreinvolvering for barnets udvikling og trivsel (fx Parke, 1996). I DFB er der et eksplicit fokus på at inddrage faren i den nye familie. Der lægges bl.a. vægt på, at begge forældre inviteres til at deltage i kurset. Kursusmaterialet sætter også fokus på at give fædrene mulighed for at undersøge og udvikle deres rolle som far og for at reflektere over, hvordan de kan bidrage til barnets trivsel og udvikling generelt.

DFB er tilrettelagt som gruppetilbud ud fra et ønske om at skabe et fællesskab for deltagerne, hvor forældrene kan udveksle erfaringer og skabe netværk. Et mål er, at der ved holdundervisningen opbygges et trygt og fortroligt rum, hvor forældrene kan drøfte deres overvejelser med andre kommende forældre, som deltager med deres erfaringer og synspunkter. Det er intentionen, at forældrene får mulighed for at danne et netværk med de andre familier.

2.2 Strukturen af kurset

DFB består af i alt seks kursusgange, to gange i graviditeten og fire gange efter fødslen, frem til barnet fylder 9 måneder.⁶ Kurserne bliver tilbudt efter normal arbejdstids ophør, så begge forældre har mulighed for at deltage. Kursusgangene varer ca. 3 timer. Der er lagt op til en holdstørrelse på 8-10 forældrepar.

Alle sundhedsplejersker i Frederiksberg Kommune er blevet efteruddannet og har modtaget et 3-dages kursus for at kunne undervise i det udviklede materiale.⁷ Der har undervejs været mindre justeringer i kursusmaterialet, men de beskrevne fokusområder er ikke blevet ændret.

Hver kursusgang er bygget op omkring et overordnet tema og en række underordnede emner. En oversigt over de forskellige temaer fremgår af tabel 2.1. Undervisningsformen varierer i hver kursusgang mellem faglige oplæg, samtale- og skriveøvelser samt diskussion i plenum. Kurset læg-

⁶ Efter fødslen deltager børnene også i kursusgangene.

⁷ Der blev også afviklet 2 prøvehold i sommer 2016 før det egentlige projekt er gået i gang. Erfaringerne fra disse hold har bidraget til en god implementering af kurset igennem projektperioden.

ger vægt på, at forældrene får mulighed for aktivt at deltage undervejs og at overveje, hvordan man som kommende forældre kan skabe et godt familieliv for sig selv og sit barn.

Tabel 2.1 Kursusoversigt

Kursusgang	Tidspunkt	Kursets emne
1	Gestationsalder uge 24-26	Barnet og forældreskabet At vente barn Spædbarnets kommunikation Spædbarnets hjerne udvikles og modnes Forælderrollen
2	Gestationsalder uge 26-29	Barnet i familien En helt ny hverdag Hvad går tiden med, når man har et spædbarn? Spædbarnets udvikling Hjælp fra familie og netværk
3	Barnet er 6 uger	Barnet og de gode stunder Den første tid Omverdenens og dine egne forventninger Det gode samspil med barnet Barnet i kontakt Forældre som opdragere Børn og forældre er forskellige
4	Barnet er 3 måneder	Barnet udvikler sig De personlige erfaringer fra de første måneder Forældrene og samspillet med barnet Søvn og døgnets rytme Hvordan kan du styrke dit barns robuste sider? Forebyggelse af uheld og ulykker
5	Barnet er 6 måneder	Nye vaner Alle børn er noget særligt Du kommunikerer med din baby De mange gøremål Basal og livreddende førstehjælp
6	Barnet er 9 måneder	Sammen med andre børn Når noget er svært for dit barn Den gode start i dagtilbud for dit barn Forebyggelse af ulykker og sygdom De gode stunder Opsamling af kurset

Kilde: Undervisningsmaterialet Dit Første Barn.

Undervisningen giver konkrete redskaber til at kommunikere med spædbarnet. Som eksempel fokuserer fjerde undervisningsgang på børns døgnrytme og søvnbehov. Her er formålet at give forældrene realistiske forventninger til barnets søvn og give forældrene konkrete handlemuligheder over for barnets søvn, samt hvordan man tackler søvnmangel. Forældrene får også redskaber til, hvordan man kan håndtere spædbarnets gråd, og hvordan forældrene kan bevare roen i en sådan situation.

Kursus skal desuden forberede parrene på den kommende rolle som mor eller far, og hvad denne nye rolle indebærer. Derfor bliver der diskuteret, hvad de enkelte forældre forventer af sig selv og hinanden. Temaet om forældrenes nye hverdag fokuserer på de mange og nye gøremål, som forældre med et spædbarn har. Undervisningen har bl.a. til formål at få forældrene til at tænke over, hvordan de vil prioritere deres tid sammen med hinanden og deres barn. I slutningen af forløbet fokuseres på "den gode opstart i dagtilbud" og på, hvordan denne overgang kan hænge sammen med forældrenes arbejdsliv.

Kursets øvelser sigter også mod at give forældrene overblik over deres netværk. Forældrene skal reflektere over, hvem de kan søge hjælp hos i de situationer, hvor de har flere belastninger, end de selv kan klare. Hypotesen er, at det kan forebygge og mindske stress i familien.

Temaet om forebyggelse af sygdom og ulykker er et gennemgående tema, og der er særligt fokus på førstehjælp i 5. og 6. kursusgang. Der er både teori og praktiske øvelser. Formålet med undervisningen i basal og livreddende førstehjælp er at give forældrene kompetencerne til at handle, hvis uheldet er ude, samt at hjælpe dem til at støtte hinanden, hvis ulykken er sket. Formålet med undervisningen i forebyggelse af sygdom og ulykker er at skabe større sikkerhed for forældrene i forbindelse med barnets sygdom samt at give forældre redskaber til at håndtere kritiske situationer.

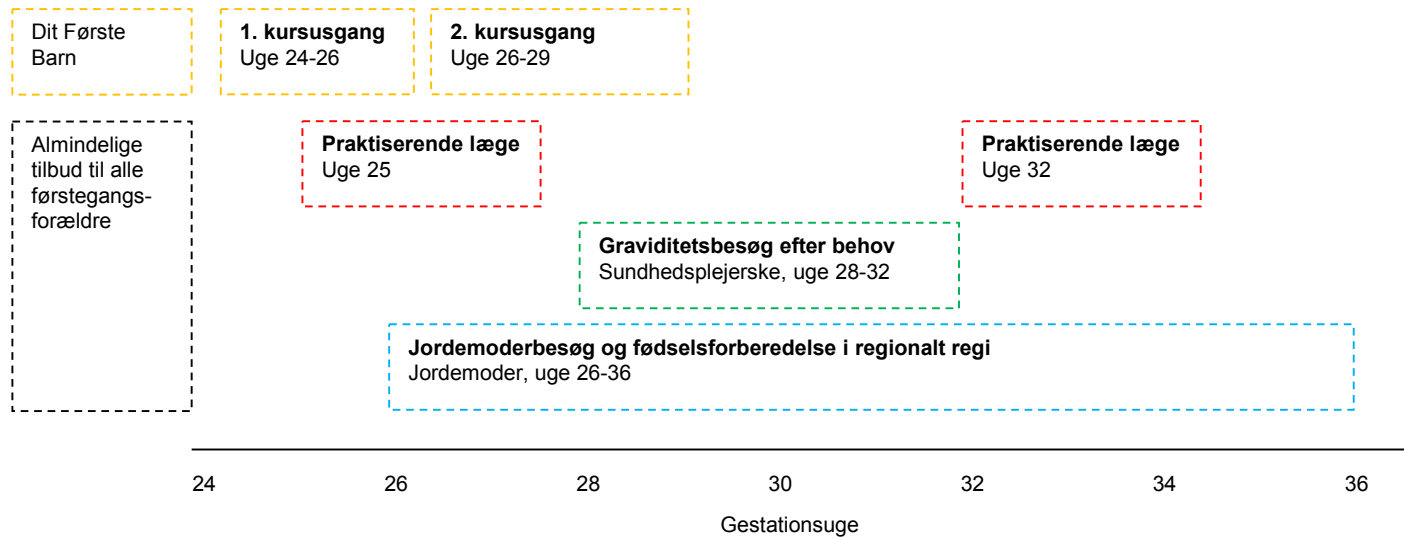
2.3 Kursusforløb og relation til andre tilbud

Undervisningsforløbet DFB tilbydes som et supplement til sundhedsplejens øvrige tilbud til førstegangsforældre, dvs. at kurset ikke erstatter hjemmebesøg og øvrige tilbud udbudt af Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje eller de øvrige tilbud til gravide og småbørnsfamilier i kommunalt og regionalt regi.

Figur 3.1 og 3.2 viser timingen af de forskellige kursusgange i relation til øvrige tilbud til førstegangsforældre hhv. inden og efter fødslen. Før fødslen får alle familier en række tilbud i rammerne af svangreomsorgen (kontakter til egen læge og jordemoder), desuden tilbyder Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje et graviditetsbesøg efter behov.

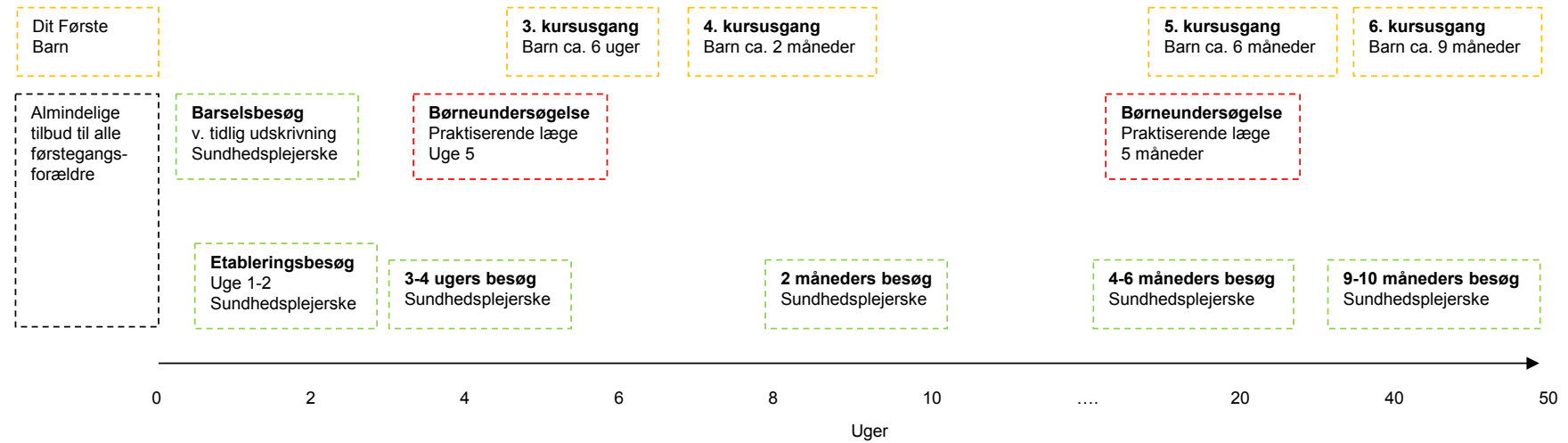
Efter fødslen tilbyder Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje i alt fem besøg af en sundhedsplejerske i barnets første leveår samt et barselsbesøg ved tidlig udskrivning. Derudover kan sundhedsplejen tilbyde mødre at være med i en mødregruppe. For mødre med særlige behov er der tilbud om støttende gruppetilbud såsom mor-barn grupper eller grupper for mødre med efterfødselsreaktioner. Ingen af disse tilbud nedskaleres pga. deltagelse i forældrekurset.

Figur 2.1 Dit Første Barn og andre tilbud til gravide og deres partnere i kommunalt og regionalt regi



Kilde: Undervisningsmaterialet Dit Første Barn; oplysninger om tilbud i Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje.

Figur 2.2 Dit Første Barn og andre tilbud til nye familier i sundhedsplejen og hos egen læge



Kilde: Undervisningsmaterialet Dit Første Barn; www.sundhed.dk.

3 Forskningsprojektet "Dit Første Barn"

I det følgende afsnit præsenterer vi nogle overordnede metodiske overvejelser i forskningsprojektet, forskningsprojektets forløb samt datagrundlaget for evalueringen.

3.1 Metodiske overvejelser

For at bestemme effekten af en given indsats – fx et forældrekursus – skal vi kunne sammenholde deltagerens udfaldsmål med deres "potentielle" udfaldsmål, dvs. deres situation, hvis ikke de havde modtaget indsatsen. Da dette i praksis ikke er muligt, sammenligner vi i empiriske effektstudier typisk deltagere, som modtager en given indsats, med personer, som ikke har modtaget indsatsen. Denne naive sammenligning er dog oftest problematisk: Personer, som vælger at deltage i en indsats (fx vælger at deltage i et forældrekursus), er typisk forskellige fra ikke-deltagere. Fx kan man tænke sig, at de "mest motiverede" forældre beslutter sig for at deltage i et forældrekursus. Derved kan man ikke vide, hvorvidt den målte effekt skyldes forældrekurset eller andre, systematiske forskelle mellem deltagere og ikke-deltagere. Dette kaldes selektionsbias (Angrist & Pischke, 2009).

For at måle effekten af DFB anvender vi et lodtrækningsforsøg, hvor vi trækker lod blandt en gruppe interesserede forældre. Derefter tilbydes forældre enten indsatsen DFB (denne gruppe kaldes indsatsgruppen) eller kontrolbetingelsen (denne gruppe kaldes kontrolgruppen), som er Frederiksberg Kommunes almindelige sundhedsplejersketilbud. Fordelen ved tilfældig tildeling af indsatsen er, at man undgår selektionsbias: Hvis der udvælges tilfældigt, og der er et tilstrækkeligt antal personer, vil de to resulterende grupper i gennemsnit være sammenlignelige. Derved kan man bruge sammenligningen af gennemsnitlige udfaldsmål mellem indsats- og kontrolgruppen for at bestemme effekterne af at tilbyde en indsats: Observerer man systematiske forskelle mellem de to grupper efter interventionen, kan man sandsynliggøre, at interventionen har haft en effekt.

Lodtrækningsdesignet er velegnet til vores forskningsprojekt, da Frederiksberg Kommune implementerede DFB som et afgrænset projekt. Dvs. der var i projektperioden ikke tilstrækkelige ressourcer til at tilbyde forældrekurset til alle førstegangsførelser i kommunen. I denne situation (hvor vi ikke er sikre på, at indsatsen har en gavnlig effekt, hvor forældrene i kontrolgruppen ikke bliver dårligere stillet, og hvor der skal udvælges en gruppe forældre til indsatsen på grund af knappe ressourcer) er det etisk forsvarligt at udvælge deltagere i kurset gennem lodtrækning.⁸

Selvom den eksperimentelle fremgangsmåde anses som den bedste til at identificere kausale effekter af en indsats, har denne metode selvfølgelig også en række begrænsninger. I forhold til vores projekt er vi særligt opmærksomme på spørgsmålet om den eksterne validitet, dvs. i hvilken grad resultaterne fra Frederiksberg kan overføres til andre af landets kommuner. Er populationen i studiet ikke repræsentativ for en større del af befolkningen, er det ikke sikkert, at resultaterne fra vores undersøgelse kan generaliseres og overføres til andre situationer (Stock & Watson, 2012), fx andre kommuner, som har en anden sammensætning af forældre.

Der er også praktiske udfordringer i gennemførelsen af lodtrækningsforsøg. En typisk problemstilling er rekruttering. Det er ofte svært at rekruttere et tilpas stort antal deltagere for både at kunne påvise effekterne af indsatsen og for at opnå balance i karakteristika mellem interventions- og

⁸ Det er vigtigt i denne sammenhæng også at overveje, om indsatsen kan være skadelig for nogle forældre. Vi har i projektgruppen vurderet, at sandsynligheden for dette er meget lille.

kontrolgruppen.⁹ Vi vil se nærmere på den rekrutterede forældregruppe og karakteristika af indsats- og kontrolgruppen i afsnit 4.2.

Familiers frafald fra dataindsamlingen og "non-compliance" (dvs. adfærd af deltagere, som ikke følger lodtrækningen, hvor fx kontrolfamilier finder en lignende indsats andetsteds) er yderligere udfordringer, som man typisk møder undervejs. Disse faktorer vil vi vende tilbage til, når vi afrapporterer resultaterne af projektet.

En sidste gruppe af problemstillinger relaterer til selve kvaliteten og ensartethed af gennemførelsen af indsatsen samt adfærden hos de sundhedsplejersker, som udbyder kurset (og som i sagens natur ikke er "blinded", dvs. ikke ligesom i medicinsk forskning, hvor dem, som tilbyder indsatsen, (og forskerne) typisk ikke ved, hvilken "behandling" familierne får). I forhold til implementeringen har Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje afprøvet kursuskonceptet i et antal prøvehold i sommer 2016 og efterfølgende bestræbt sig på at tilbyde et ensartet tilbud i projektperioden. Selvom kursusgangene i DFB i projektførelsen blev tilrettet lidt, mener vi, at de overordnede mål med kurset og praktiske forhold i indsatsgruppen er velbeskrevet og ens over tiden i projektperioden. I forhold til sundhedsplejerskernes rolle som udbydere af indsatsen har vi diskuteret vigtigheden af ikke at tilbyde nye tilbud til enten indsats- eller kontrolgruppen undervejs i projektet, men overholde reglerne i forhold til, hvilken indsats (DFB eller kontrolbetingelsen) de enkelte familier skulle få.

3.2 Projektførelse og dataindsamlinger¹⁰

I projektperioden fra juli 2016 til december 2017 har deltagelse i forskningsprojektet været forudsætning for at få tilbudt forældrekurset DFB i Frederiksberg. Som udgangspunkt var alle førstegangsfødende i Frederiksberg Kommune, med undtagelse af kvinder under 18 år og med kendte og alvorlige problemer (som fx misbrug eller psykisk sygdom), målgruppen for DFB og dermed forskningsprojektet.

Kvinder og deres partnere skulle optimalt set rekrutteres omkring uge 20 af deres graviditet. Ved dette tidspunkt har den kommunale sundhedspleje i Frederiksberg dog typisk ikke kendskab til kontaktoplysningerne på relevante familier (typisk kommer familierne først i kontakt med sundhedsplejen efter fødslen, eller hvis de selv henvender sig vedr. et graviditetsbesøg). Derfor foregik invitationen af førstegangsfødende og deres evt. partner til deltagelse i DFB og forskningsprojektet (med få undtagelser) gennem jordemoderen ved kvindernes besøg mellem 15.-24. uge i graviditeten.

Det primære hospital med ansvar for fødsler fra kvinder fra Frederiksberg Kommune er Herlev Hospital. Vi har derfor rekrutteret deltagere til forskningsprojektet i Herlev Hospitals jordemodercenter (med lokaler i Frederiksberg Sygehus). Denne fremgangsmåde viste sig i praksis at være den eneste mulighed for at komme i kontakt med relevante kvinder (og deres partnere).¹¹ Som vi illustrerer i afsnit 4.1 har rekruttering været en central udfordring gennem hele projektperioden. Vores rekrutteringsstrategi har fra starten udelukket kvinder, som har valgt eller blev allokeret til at føde på andre hospitaler (fx Rigshospitalet) og dermed går til jordemoderkonsultation der.

⁹ Desuden tilbydes DFB som en gruppeintervention, hvilket betyder, at vi skal overveje betydningen af denne gruppering af forældre for vores analyser.

¹⁰ Vi har bedt Den Videnskabetiske Komité i region Hovedstaden om en vurdering af vores forskningsprojekt. Komitéen har vurderet, at projektet ikke var anmeldelsespligtigt i komitésystemet. Vi har anmeldt projektet til Datatilsynet (paraplyaftalen, j.nr. 2017-57-0163) og registreret projektet i VIVEs interne database over projekter. Alle deltagere i projektet har ved at udfylde baselineskema givet samtykke til brug af data og er blevet informeret om, at de til hver en tid kan trække dette samtykke tilbage.

¹¹ Andre muligheder, som blev drøftet, inkluderede de praktiserende læger, annoncer i printmedier og sociale medier. Vi har to gange i rekrutteringsperioden brugt reklamer i gadebilledet og i Frederiksberg avisen for at rekruttere yderligere forældre til projektet.

Proceduren for selve rekrutteringen af deltagere i forskningsprojektet var den følgende: Jordmoderen informerede de gravide kvinder (mundtligt og skriftligt) om forskningsprojektet og kurset, hvorefter de kunne aflevere deres kontaktoplysninger (navn, CPR-nummer, telefonnummer og terminsdato) til jordmoderen. Anekdotisk viden fra samtaler med jordemødrene viser, at langt de fleste kvinder, som nåede at få informationen fra jordmoderen, har afleveret deres kontaktoplysninger og ønskede mere information om projektet.

Jordemødrene førte igennem rekrutteringsperioden papirlister med potentielle deltagere, som medarbejderne fra sundhedsplejen afhentede ved jordmodercentret en gang ugentlig. En medarbejder fra forskningsprojektet kontaktede derefter kvinden. Ved en telefonsamtale fik den gravide kvinde yderligere informationer om projektets formål, forløb, dataindsamlingerne og hendes retigheder som deltager i forskningsprojektet. Hvis kvinden stadig var interesseret i at deltage i forskningsprojektet, blev hun bedt om at angive nødvendige yderligere oplysninger (adresse og e-mail adresse) for sig selv og (hvis relevant) for sin partner.¹²

Efter den initiale kontakt med en forskningsmedarbejder fik moren, og hvis relevant morens partner, tilsendt et baseline-spørgeskema pr. e-mail. I spørgeskemaet gav forældrene informeret samtykke til deltagelse i forskningsprojektet. Efter morens samtykke blev forældrene tilfældigt udtrukket til enten indsats- eller kontrolgruppen.

Pga. få ugentlig rekrutterede kvinder blev to tredjedele af de kommende forældrene tilbudt at deltage i forældrekurset, og en tredjedel af de kommende forældrene blev tildelt kontrolgruppen.¹³ Forældrene i indsatsgruppen har efter randomiseringen fået tilbud om deltagelse i DFB (se figur 2.1 og 2.2 for forløb af kurset). Selve planlægningen af kursusgangene og allokering af familier i hold blev administreret af Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje.

Alle andre tilbud til familierne i projektet (fødselsforberedelse, svangreomsorg, sundhedplejerskesbesøg efter fødslen) har som nævnt ikke været påvirket af allokeringen af familier i enten indsats- eller kontrolgruppe. Der er dog mulighed for, at familierne i projektet DFB har modtaget flere graviditetsbesøg af sundhedsplejen: Igennem samtale med en medarbejder fra forskningsprojektet har forældrene fået eksplicit information om muligheden for graviditetsbesøg af en sundhedsplejerske. Dvs. selvom alle familier i Frederiksberg Kommune kan få et graviditetsbesøg, hvis de ønsker det, så er familierne i indsats- og kontrolgruppen eksplicit blevet gjort opmærksomme på denne mulighed. Vi har på nuværende tidspunkt endnu ikke data for at se på familiernes tilbøjelighed til at takke ja til dette tilbud, men det kunne tænkes, at flere kontrolfamilier end indsatsfamilier har taget imod tilbuddet. Vi vil undersøge dette spørgsmål i sammenhæng med afrapportering af analyseresultater i det efterfølgende notat.

¹² Ud over den primære rekruttering ved jordmoderkonsultation blev et mindre antal familier rekrutteret til projektet gennem reklame i Frederiksberg Kommune (i Frederiksberg avisen og ved annoncer i gadebilledet). Disse forældre kunne henvende sig til en medarbejder i forskningsprojektet og har modtaget den samme information om projektet.

¹³ Randomiseringen blev udført af en medarbejder i forskningsprojektet via systemet "Rambøll Results". Helt i begyndelsen af projektet, fra den 26. juli 2016 til 3. august 2016, blev halvdelen af forældrene tildelt interventionsgruppen, og den anden halvdel er blevet tildelt kontrolbetingelsen. Denne fordeling viste sig ikke at kunne opfylde behovene i forhold til gruppestørrelse for kurset.

3.3 Datagrundlag i forskningsprojektet

Til at undersøge effekten af forældrekurset Dit Første Barn på forældrene og børnene benytter vi hovedsageligt data fra opfølgning fra forældre via spørgeskema. Forældrene i både indsats- og kontrolgruppen får tilsendt spørgeskemaer pr. e-mail.¹⁴ Spørgeskemaerne er på dansk.¹⁵

Der er i alt tre dataindsamlinger via spørgeskemaer i vores forskningsprojekt: én gang ved rekrutteringen af forældrene (baseline) og to gange efter barnets fødsel, hhv. når barnet er 4 og 10 måneder gammelt. Indsatsgruppen har ved de to spørgeskemaer efter fødslen typisk modtaget tilbud om hhv. 4 og 6 kursusgange.

Som beskrevet i kapitel 2 bestræber undervisningen i forældrekurset DFB sig på at give forældrene en række kompetencer og viden om barnets udvikling, samspil i den nye familie, førstehjælp og forebyggelse af sygdom, familie og netværk og hverdagen med et barn. Vi har med baggrund i kursusmaterialet opstillet et antal centrale hypoteser omkring, hvordan deltagelse i/tildeling af forældrekurset Dit Første Barn kan påvirke forældrene og barnet, som vi vil teste i vores data.

Vi forventer, at forældrene, der modtager kurset DFB

- er mere sikre i deres rolle som forælder (forældre selvtilid)
- er bedre til at støtte hinanden og samarbejde i forældreskabet (forældresamarbejde)
- oplever sig selv som mindre stressede i/af forældrerollen (forældre stress)
- har en bedre relation mellem mor og far (parforholdstilfredshed)
- er mere involveret i barnet end forældrene i kontrolgruppen (forældre involvering)
- har mere tryk forældre-barn tilknytning end forældrene i kontrolgruppen (postnatal tilknytning).

Vi forventer desuden, at børnene i indsatsgruppen

- udviser bedre fysisk og socioemotional udvikling end børnene i kontrolgruppen
- oplever færre ulykker og hurtigt og relevant handling, hvis ulykken sker
- oplever færre infektionssygdomme og har færre lægekontakter.

Vi har valgt måleinstrumenter i vores spørgeskemaer i tæt samarbejde med forskergruppen fra Aarhus Universitet og anvender dem som nævnt i beslægtede projekter. Derved skaber vi den unikke mulighed at kombinere data fra forskellige kommunalt forankrede projekter (der evaluerer effekten af universelle forældrekurser) og alt andet lige bedre muligheder til at generere anvendeligt og relevant viden.

Af tabel 3.1 fremgår de måleinstrumenter, som vi benytter i de tre spørgeskemaer, som alle forældre i både interventions- og kontrolgruppen modtager gennem projektet.

¹⁴ Svarer forældrene ikke på de tilsendte spørgeskemaer, får de først to automatisk genererede rykkere. Bliver spørgeskemaet ikke besvaret derefter, sender en projektmedarbejder forældrene en e-mail, hvor vi beder dem om at besvare spørgeskemaet.

¹⁵ Selvom vi har oplyst forældrene om muligheden for tolkebistand fra Frederiksberg Sundhedspleje til at bevare spørgeskemaet, har vi på nuværende tidspunkt ikke modtaget besvarelser udfyldt ved hjælp af tolk.

Tabel 3.1 Instrumenter i baseline-, 4-måneders og 10-måneders spørgeskemaet

Tema	Instrument
<i>Baseline-skema</i>	
Parforholdstilfredshed	Couple Satisfaction Inventory (CSI) 16 items
Opmærksomhed fra partner	Responsiveness and Attention Scale
Stress	Perceived Stress Scale
Depressive symptomer	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Vold og konflikt i familien	Udvalgte spørgsmål af the Revised Conflict Tactics Scale
<i>4-måneders skema</i>	
Opmærksomhed fra partner	Responsiveness and Attention Scale
Depression	Major Depression Index
Depressive symptomer	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Forældresamarbejde	Coparenting Relationship Scale – reduced brief version
Forælderinvolvering (specifikke omsorgsopgaver)	Child Care Task Index
Stress i forbindelse med forælderrollen	Parenting Stress Scale
Forælder-barn tilknytning	Maternal and Paternal Postnatal Attachment Scale
<i>10-måneders skema</i>	
Barnets socioemotionelle udvikling	Ages and Stages Questionnaire (ASQ-SE)
Parforholdstilfredshed	Couple Satisfaction Inventory (CSI) 16 items
Opmærksomhed fra partner	Responsiveness and Attention Scale
Depression	Major Depression Index
Depressive symptomer	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Forældresamarbejde	Coparenting Relationship Scale – reduced brief version
Forælder involvering (specifikke omsorgsopgaver)	Child Care Task Index
Forælder selvtillid	Parental Sense of Competence Scale
Stress i forbindelse med forælderrollen	Parenting Stress Scale
Forælder-barn tilknytning	Maternal and Paternal Postnatal Attachment Scale

Anm.: Vi har ikke brugt MDI måleinstrumentet i baseline-skemaet, men kun i 4- og 10-måneders opfølgningen.

Note: Se bilag 1 for nærmere beskrivelse af måleinstrumenterne.

I baseline-spørgeskemaet er der særligt fokus på forældrenes forhold til hinanden. Ud over de måleinstrumenter, som er nævnt i tabel 3.1, bliver der stillet en række baggrundsspørgsmål, så som beskæftigelse, alder, hvilket sprog, som primært bliver talt i hjemmet, samt familiens økonomiske situation. Ved besvarelse af det første spørgeskema ved forældrene ikke, hvorvidt de ender med at få tildelt forældrekurset DFB eller ej.

4-måneders spørgeskemaet følger (hvor relevant) op på temaerne fra baseline-spørgeskemaet. Derudover er der fokus på den nye situation som forælder. Ud over målene beskrevet i tabellen spørger vi ind til forældrenes barsel, barnets temperament og barnets gråd.

I 10-måneders spørgeskemaet er der især fokus på forældrenes involvering og selvtillid i forælderrollen samt barnets udvikling. Vi spørger desuden ind til amning, pasning, ulykker og barnets lægebesøg.

Ud over data fra spørgeskemaerne anvender vi en række supplerende datakilder:

Fremmøde-data: Sundhedsplejerskerne har registreret, hvilke mødre der er mødt op til kursusgangene. Denne information er vigtig for at analysere, hvorvidt forældrene faktisk tager imod tilbuddet, og hvorvidt der er en selektion i, hvilke forældre, som tager imod tilbuddet. Denne selektion kan potentielt påvirke resultaterne af vores fremtidige analyser. Desværre har vi ingen fremmødedata for partnere i projektet.

Kursustilfredshed: Forældrene, som har modtaget tilbuddet Dit Første Barn, er ved anden og femte kursusgang blevet spurgt om deres tilfredshed med kurset. Kursustilfredshedsundersøgelsen er implementeret fra oktober 2017, og det er derfor ikke alle forældrene i interventionsgruppen, som deltager i denne undersøgelse.

Registerdata: I de fremtidige analyser vil vi have mulighed til at koble forældrenes besvarelser fra spørgeskemaerne til oplysninger fra Danmarks Statistiks databaser. Her kan vi få adgang til baggrundskarakteristika om forældrene og relevante udfaldsmål som skilsmisse og barnets brug af læge eller sygehus.

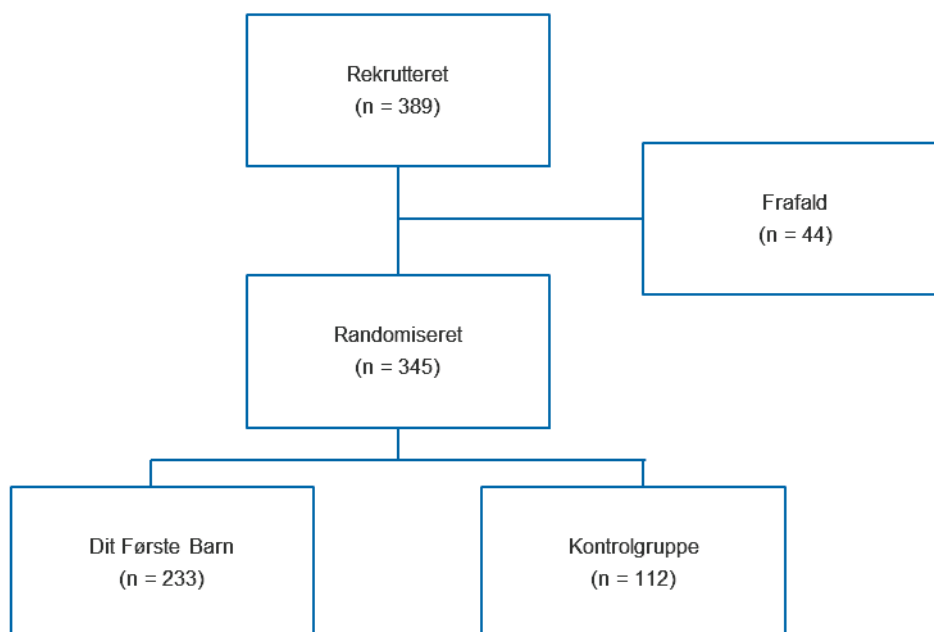
4 Familierne i forskningsprojektet

4.1 Rekruttering af familierne til DFB

Figur 4.1 viser antallet af mødre, som vi har rekrutteret, randomiseret og tildelt enten interventions- eller kontrolgruppen. Der er årligt omkring 1.700 fødsler på Frederiksberg, heraf er omkring 1.000 førstegangsfødsler. Iblndt alle førstegangsfødende i Frederiksberg Kommune har vi i alt rekrutteret 389 førstegangsfødende kvinder med interesse for at deltage i Dit Første Barn. Af bilag 2 fremgår antal førstegangsfødsler pr. måned over perioden, som deltagerne har termin indenfor. Heraf fremgår det, at der er omkring 100 førstegangsfødende i Frederiksberg Kommune hver måned. Vi har i gennemsnit rekrutteret 25 pct. af disse kvinder til at deltage i projektet. Som nævnt har rekruttering via jordemoderkonsultationen været udfordrende.

Af de interesserede kvinder har 345 kvinder efter kontakt og information gennem en medarbejder fra forskningsteamet besvaret det første spørgeskema og dermed givet samtykke til at deltage i forskningsprojektet, mens 44 kvinder ikke har besvaret baseline-skemaet og derfor ikke indgår i projektet.¹⁶ Givet at kvinderne ikke har udfyldt baseline-skemaet, ved vi ikke mere om personerne, som har valgt ikke at deltage ved dette stadie af projektet.

Figur 4.1 Oversigt over antal mødre rekrutteret og tildelt interventions- og kontrolgruppen



Note: N angiver antal mødre/familier, som er rekrutteret, frafaldet før randomiseringen og tildelt interventions- og kontrolgruppen.

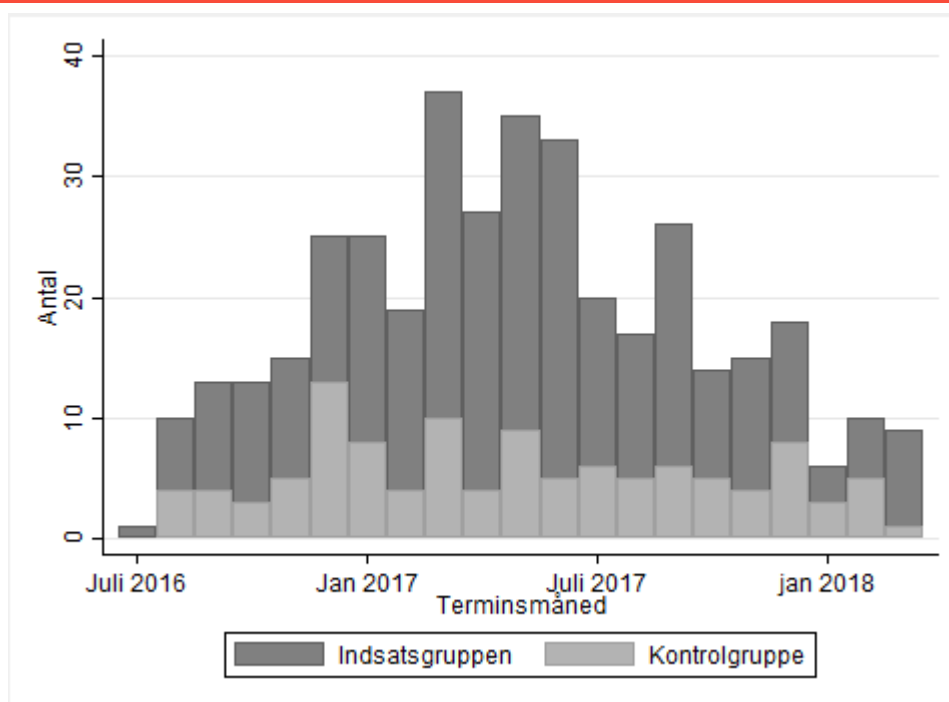
Kilde: Egne beregninger.

¹⁶ Som nævnt var deltagelse i forskningsprojektet i projektperioden forudsætning for at kunne deltage i sundhedsplejens tilbud om Dit Første Barn.

Populationen i vores studie består derfor af 233 kvinder og deres partnere, der er blevet tilbudt forældrekurset Dit Første Barn, og 112 kvinder og deres partnere, der er blevet tildelt kontrolgruppen og modtager de sædvanlige tilbud i Frederiksberg Kommune.¹⁷

Figur 4.2 viser antallet af tilmeldte kvinder fordelt på deres terminsmåned og fordelingen mellem interventions- og kontrolgruppe.

Figur 4.2 Tilmeldte kvinder i projektet



Note: N = 345.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

Kvinderne i projektet er blevet tilmeldt projektet mellem juli 2016 og december 2017 (se bilag 3) og har termin mellem september 2016 og maj 2018, jf. figur 4.2. Fra september 2017 blev rekrutteringen gennem jordemoderkonsultation yderligere besværliggjort af flytningen af Frederiksberg Jordemodercenter til Gentofte Sygehus. Her møder jordemødrene gravide fra mange kommuner, og det har derfor været svært at opretholde fokus på rekruttering af førstegangsfødende fra Frederiksberg til vores projekt. Rekruttering blev afsluttet med udgang af december 2017.

Der er i alt oprettet 24 hold i projektperioden, ca. 1-2 hold om måneden. På hvert hold er der mellem 7 og 12 par. En bestræbelse i konceptet DFB er, at parrene på holdene skal have termin omtrent samtidig. Derved bliver emnerne i kursusgangene relevant for alle deltagere, og samtidig er det formodentligt nemmere for forældrene at danne netværk og tale sammen. På grund af udsving i antal af rekrutterede familier er dette centrale mål ikke opfyldt for alle hold: Ser vi på vores data på holdniveau, så er spredningen i terminen mellem 16 og 97 dage på de forskellige hold. Gennemsnitsforskelle på tværs af holdene er 40 dage eller omkring 6 uger. Over halvdelen af holdene

¹⁷ I vores studiepopulation kan vi opleve to forskellige former for frafald: For det første kan familierne frafalde dataindsamlingen i de opfølgende skemaer. For det andet kan familier trække deres samtykke til at være med i projektet tilbage. Efter randomiseringen har et lille antal familier indtil videre valgt at frafalde projektets dataindsamling. Vi har i nogle tilfælde fået oplysninger for årsagen af frafald fra forskningsprojektet. I begge grupper- indsats og kontrol- angiver familier frafald pga. ikke-forudsete faktorer som dødsfald i familien. Et antal familier i indsatsgruppen har kontaktet os og er frafaldet fra projektet pga. flytning. Familierne har ikke ønsket at deltage i den videre dataindsamling og derefter ikke modtaget flere spørgeskemaer eller rykker. Der har ikke været familier som har ønsket at vi sletter deres baselineoplysninger. Vi vil bruge disse oplysninger til at undersøge hvilke familier frafalder fra projektet og undersøge betydningen af dette frafald for vores konklusioner.

(62,5 pct.) består af par, som har termin med en spredning mellem 1 og 2 måneder, jf. tabel 4.1. En fjerdedel af holdene har termin inden for 4 uger af hinanden, mens kun tre hold (eller 12 pct.) har termin med mere end 8 uger mellem den første og sidste på holdet.

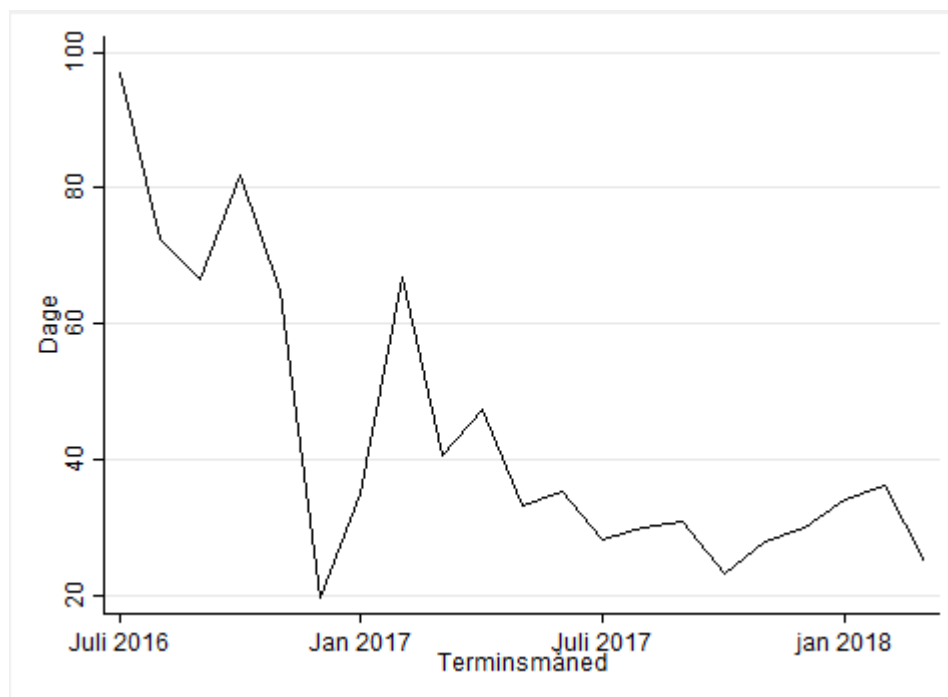
Tabel 4.1 Forskel i termin på holdene. Antal og procent

Spredning	Antal hold	Procent
< 4 ugers forskel	6	25,0
4-8 ugers forskel	15	62,5
> 8 ugers forskel	3	12,5
Hold i alt	24	100

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

Af figur 4.3 fremgår gennemsnitforskellen i termin på alle kvinder på deres hold, som kvinder med termin i samme måned oplever. Dvs. vi viser den forskel, som kvinder med termin i samme måned oplever på de forskellige hold, de er del af (da ikke alle kvinder med termin i samme måned går på samme hold). Kvinderne med termin i slutningen af 2016 er på hold med større spredning i forhold til terminsdatoen end kvinder med termin fra starten af 2017 og derefter. En forklaring for dette mønster kan være udsving i det antal af kvinder, vi kunne rekruttere, og deres fosters gestationsalder ved rekrutteringstidspunktet. Specielt i den indledende fase af projektet rekrutterede jordemødrene kvinderne lidt mindre systematisk, og derved blev holdene i starten sammensat af familier med større spredning i deres forventede fødselstermin. Vi vil ved vores analyser af data fokusere på, hvad denne større spredning betyder for det eventuelle udbytte, som forældrene har fået af kurset.

Figur 4.3 Spredning i terminsdato på hold målt i dage fordelt på kvindernes terminsmåned



Note: N = 233.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

De fleste deltagende mødre i både indsats- og kontrolgruppen har registreret en partner (91,6 pct.), og langt de fleste partnere har besvaret baseline-spørgeskemaet. Det fremgår af tabel 4.2, at fordelingen af partnere, som har besvaret spørgeskemaet, er nogenlunde lige mellem interventions- og

kontrolgruppen. Inklusive morens partner indgår i alt 434 besvarelser i interventionsgruppen og 207 besvarelser i kontrolgruppen, hvorfor der i alt er 641 besvarelser fra det første spørgeskema.

Tabel 4.2 Antal besvarelser fordelt på interventions- og kontrolgruppe samt mor og partner. Antal og procent

	Interventionsgruppen		Kontrolgruppe	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Mor	233	100	112	100
Partner	201	95,3	95	93,1
Antal	434		207	

Note: 100 procent af mødrene er pr. definition, da familien ellers ikke har kunnet blive randomiseret. Procentandelen ved partneren er procent af partner, som har besvaret betinget på, at moren har registreret en partner i eksperimentet. 91,6 pct. af mødrene har registreret en partner.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

4.2 Beskrivelse af forældrene i projektet ved baseline

Dette afsnit præsenterer indledende nogle oplysninger om forældrepopulationen i Frederiksberg. Derefter beskriver vi forældregruppen i projektet i forhold til tre overordnede temaer: forældrebaggrund, parforholdskarakteristika og graviditet. Afslutningsvist sammenligner vi karakteristika mellem indsats- og kontrolgruppen, da vi vil undersøge, om der er systematiske forskelle mellem de to grupper. En balanceret fordeling af personer i de to grupper er vigtig for de videre analyser, som skal undersøge de mulige effekter af forældrekurset.

4.2.1 Forældre i Frederiksberg Kommune og i vores projekt

Hvem er de potentielle deltagere i vores projekt, og hvem har vi rekrutteret til projektet? Generelt har beboerne i den relevante alder for vores studie i Frederiksberg Kommune en højere uddannelse og indkomst end landsgennemsnittet for personer i samme aldersgruppe.¹⁸ Mens ca. 19 pct. af personer mellem 20-39 år i hele landet har grundskole som højeste fuldførte uddannelse, er dette tal 8 pct. i Frederiksberg Kommune. 11 pct. af aldersgruppen har en lang videregående uddannelse, mens det samme er gældende for 27 pct. af aldersgruppen i Frederiksberg Kommune. Samtidig tjener personer i den relevante aldersgruppe for projektet i Frederiksberg mere end landsgennemsnittet (bilagstabel 4.1).

Også den gennemsnitlige alder ved første barn er i Frederiksberg Kommune 2,4 år højere for mødre og 1,9 år højere for fædre sammenlignet med landsgennemsnittet, jf. bilag 5. Andelen af børn født af mødre med dansk eller vestlig oprindelse er højere i Frederiksberg Kommune sammenlignet med landsgennemsnittet. Omvendt er andelen af børn født af mødre med ikke-vestlig oprindelse lidt lavere (12 pct.) i Frederiksberg Kommune sammenlignet med resten af landet (15 pct.). Endelig er den samlede fertilitet (den samlede fertilitetskoefficient) lavere i Frederiksberg Kommune end i resten af landet, dvs. kvinder i Frederiksberg får færre børn end landsgennemsnittet.¹⁹

Efter denne generelle beskrivelse af potentielle deltagere i projektet viser tabel 4.3, hvordan forældre, der faktisk indgår i vores projekt, fordeler sig på udvalgte baggrundskarakteristika. Det fremgår af tabellen, at den gennemsnitlige alder målt ved termin er 31,5 år for mødre og 33,2 år for fædre. Tallet for alle førstegangsfødende på Frederiksberg i 2016 var hhv. 31,5 år for mødre og

¹⁸ Vi ser på statistiske opgørelser for mænd og kvinder i alder 20-39 år.

¹⁹ 1.000 kvinder i Frederiksberg Kommune i alderen 15-49 år får i gennemsnit 1.781 børn, mens 1.000 kvinder i resten af landet får 1.785 børn.

33,1 for fædrene, jf. bilagstabel 5.1. Gennemsnitsalderen ved termin i deltagergruppen stemmer altså godt overens med den gennemsnitlige førstegangsfødende i Frederiksberg Kommune. Forældrene i forsøget (og i Frederiksberg Kommune) er i gennemsnit ældre end førstegangsførelde på landsplan.

Langt størstedelen af de deltagende forældre har angivet, at de er i beskæftigelse (81,3 pct.). Resten fordeler sig mellem at være studerende (15,1 pct.) eller ikke i arbejde (5,8 pct.). 87 pct. af forældrene angiver, at de befinder sig i en god økonomisk situation. Næsten alle mødre har angivet dansk som det primære sprog, der tales i hjemmet (90,1 pct.). Af den gruppe forældre, hvor dansk ikke er det primære sprog, angiver flest, at der primært tales engelsk i hjemmet. Andre har også angivet tysk, svensk og norsk. Kun meget få forældre har angivet ikke-vestlige sprog som det, der tales mest i hjemmet. Vi kan derfor konkludere, at det ikke er lykkedes i projektet at rekruttere personer med ikke-vestlig baggrund (givet, at 11 pct. af mødre i Frederiksberg har en ikke-vestlig baggrund).

Table 4.3 Forældrebaggrund. Alder, antal og procent

	Alder og antal	Procent
<i>Alder</i>		
Mors alder (gennemsnit)	31,5 år	
Fars alder (gennemsnit)	33,2 år	
<i>Beskæftigelse</i>		
Beskæftigede	535	81,3
Studerende	97	15,1
Ikke i arbejde	38	5,8
<i>Baggrund</i>		
Dansk som det primære sprog, der tales i hjemmet*	311	90,1
God økonomisk situation*	299	86,7

Anm.: * Ved de markerede spørgsmål er kun morens svar benyttet.

Note: Mor og fars alder er målt ved termin. "Beskæftigede" udgør personer, der har angivet deres nuværende hovedbeskæftigelse som enten selvstændig, erhvervsarbejde, lønmodtager eller medhjælpende ægtefælle. "Ikke i arbejde" udgør personer, der har angivet, at de er arbejdsløse eller i aktivering, på pension, barselsorlov eller hjemmegående. "God økonomisk situation" er et mål for, hvor nemt/svært det er for parret at leve for den samlede husstandsindkomst, som de har nu. Personer, der har angivet slet ikke eller i mindre grad at forvente økonomiske udfordringer i de kommende 2 måneder, er blevet kategoriseret som at have en god økonomisk situation.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

Table 4.4 viser, hvordan forældre, der indgår i forsøget, fordeler sig på udvalgte baggrundskarakteristika omhandlende deres parforhold og deres oplevede stress. Disse informationer er relevante i forhold til de effekter, vi potentielt kan forvente af deltagelse i et kursus som DFB.

Størstedelen af mødrene har angivet, at de for øjeblikket er i et parforhold (97,1 pct.). Lidt over halvdelen af dem har været i et forhold med deres partner i 5 år eller mere. Kun 9 pct. af parrene har været sammen i 2 år eller kortere tid. De fleste af parrene i vores sample lever sammen i et papirløst forhold (70,5 pct.). Ca. hvert fjerde par er gift, og kun meget få lever i et registreret partnerskab eller bor hver for sig.

Langt de fleste af de deltagende par scorer meget højt på partilfredshedsskalaen, 97 pct. af parrene er tilfredse med deres parforhold. Dette fordeler sig nogenlunde ligeligt mellem mor og partner. På trods af den generelle parforholdstilfredshed svarer hver tiende af de kommende forældre, at de har haft tanker om skilsmisse eller brud, typisk efter et skænderi. Ca. hver fjerde af forældrene

udviser symptomer på et højt stressniveau. Symptomer på stress er nogenlunde lige fordelt mellem mor og partner. Knap 4 pct. af de kommende forældre oplever væsentlige depressive symptomer. En lidt større andel af mødre end fædre udviser depressive symptomer.

Tabel 4.4 Parforhold, stress og tegn på depression. Antal og procent

	Antal	Procent
<i>Parforholdsstatus</i>		
I et parforhold*	335	97,1
<i>Længde af parforhold</i>		
Længde af parforhold > 5 år*	176	52,5
Længde af parforhold < 2 år*	30	9,0
<i>Gift/papirløst parforhold/registreret partnerskab</i>		
Gift eller registreret parforhold*	94	27,8
Bor sammen i papirløst forhold*	236	70,5
Bor hver for sig*	5	1,5
<i>Tilfredse i deres parforhold – CSI</i>		
Mor	330	98,5
Partner	284	96,3
<i>Tanker om skilsmisse, separation eller brud inden for de seneste 12 mdr.</i>		
Mor	38	11,3
Partner	25	8,5
<i>Stress</i>		
Højt stressniveau	88	25,5
Mor – Moderat stressniveau	85	27,2
Partner – Moderat stressniveau	173	26,3
<i>Depression</i>		
Over den kliniske cut-off på symptomer på depression (EPDS)	24	3,7
Mor	13	3,8
Partner	11	3,5

Anm.: * Ved de markerede spørgsmål er kun morens svar benyttet.

Note: Tilfredshed i parforholdet blev målt ved The Couples Satisfaction Index (CSI). Personer, der havde en score på >51,5 blev kategoriseret som værende tilfredse i deres parforhold. "Tanker om skilsmisse" udgør personer, der "det meste af tiden", "jævnligt" eller "en gang imellem" har tænkt på skilsmisse, separation eller brud efter et skænderi eller en anden begivenhed inden for de seneste 12 måneder. Forældrenes stressniveau er målt ved Percieved Stress Scale. Et højt stressniveau måles ved en score på 15 eller over for mænd og 17 eller derover for kvinder. Symptomer på depression er målt ved Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Kvinder (mænd), der har en score på eller over 13 (10) bliver kategoriseret som at have symptomer på en depression.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

Af tabel 4.5. fremgår, hvordan forældrene, der deltager i projektet, fordeler sig på udvalgte karakteristika, som omhandler deres graviditet.

Omtrent 83 pct. har angivet, at graviditeten var planlagt, og stort set alle føler, at barnet er et ønskebarn (95,5 pct.). Alle fædre, som har besvaret spørgeskemaer, er biologisk far til det kommende barn.

Tabel 4.5 Graviditeten. Antal og procent

	Antal	Procent
Planlagt graviditet	531	82,8
Barnet er et ønskebarn	612	95,5
Biologisk far+	293	100
Bekymringer omkring graviditeten	169	26,5
Mor – Bekymringer omkring graviditeten	128	37,1
Partner – Bekymringer omkring graviditeten	41	14,0

Anm.: + ved de markerede spørgsmål er kun partnerens svar benyttet.

Note: Planlagt graviditet angiver, at personen har svaret "ja" til, at barnet var planlagt fra egen side. "Biologisk forælder" er kun baseret på farens svar.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

37 pct. af mødre og 14 pct. af fædre udtrykker bekymringer omkring graviditeten. De fleste af disse bekymringer er relateret til barnets velbefindende og udvikling. Flere udtrykker bekymringer for fødslen og for at gå i for tidlig fødsel. Enkelte udtrykker også bekymringer om tiden, efter at barnet er kommet til verden, så som børneopdragelse, amning og hvordan forholdet til partneren påvirkes af at blive forælder, samt om man er en god nok forælder.

Som beskrevet i afsnit 3.1 er sammenlignelighed mellem indsats- og kontrolgruppen afgørende for at vurdere effekten af forældrekurset Dit Første Barn. Tabel 4.6 sammenligner derfor de to grupper på en række af observerbare karakteristika.

Det fremgår af tabel 4.6, at forældrene i indsats- og kontrolgruppen ikke er signifikant forskellige fra hinanden på de karakteristika, vi observerer i vores data: Der er ingen forskel fx i gennemsnit for forældrenes alder, deres andel i beskæftigelse, andelen af dem, som har dansk som det primære sprog og deres grad af tilfredshed med deres parforhold.

På baggrund af tabel 4.6 vil vi konkludere, at familierne i de to grupper ligner hinanden meget på de baggrundskarakteristika, som vi kan måle, det tyder derfor på, at randomiseringen af forældre i de to grupper har formået at skabe to grupper, som ligner hinanden på en lang række relevante baggrundskarakteristika. Det skaber et godt grundlag for vores planlagte analyser.

Tabel 4.6 Sammenligning af indsats- og kontrolgruppe i projektet. Alder, antal og procent

	Kontrolgruppe		Indsatsgruppe		P-værdi
	Antal	Procent	Antal	Procent	
<i>Baggrundsplysninger</i>					
Mors alder	31,1 år		31,7 år		0,2052
Fars alder	33,4 år		33,1 år		0,6580
Par/mor bor sammen med en partner*	107	95,5	228	97,9	0,2306
Graviditeten er planlagt*	90	80,4	192	82,4	0,6462
God økonomisk situation*	100	89,3	199	85,4	0,3225
Dansk som det primære sprog, der tales i hjemmet*	101	91,2	210	90,1	0,9884
Tilfredshed i parforholdet	198	92,5	416	93,7	0,5741
Mor					
Partner					
Beskæftigelse					
Beskæftigede					
Mor	89	79,5	184	79,0	0,9160
Partner	81	79,4	181	85,8	0,1536
<i>Studerende</i>					
Mor	20	17,9	42	18,0	0,9696
Partner	13	13,7	22	11,0	0,4979
<i>Ikke i arbejde</i>					
Mor	9	8,0	22	9,4	0,6700
Partner	<5		<5		0,5592
<i>Symptomer på depression</i>					
Mor	5-10		5-10		0,2839
Partner	5-10		5-10		0,3556
<i>Højt stressniveau</i>					
Mor	32	28,6	56	24,0	0,3668
Partner	24	23,5	61	28,9	0,3173
Antal observationer	207		434		

Anm.: * Ved de markerede spørgsmål er kun morens svar benyttet.

Note: Mor og fars alder er målt ved termin. "Beskæftigede" udgør personer, der har angivet deres nuværende hovedbeskæftigelse som enten selvstændig, erhvervsarbejde, lønmodtager eller medhjælpende ægtefælle. "Ikke i arbejde" udgør personer, der har angivet, at de er arbejdsløse eller i aktivering, på pension, barselsorlov eller hjemmegående. "God økonomisk situation" er et mål for, hvor nemt/svært det er for parret at leve for den samlede husstandsindkomst, som de har nu. Personer, der har angivet slet ikke eller i mindre grad, er blevet kategoriseret som at have en god økonomisk situation. Symptomer på depression er målt ved Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Kvinder (mænd), der har en score på eller over 13 (10) bliver kategoriseret som at have symptomer på en depression. Tilfredshed i parforholdet blev målt ved The Couples Satisfaction Index (CSI). Personer, der havde en score på > 51,5 blev kategoriseret som værende tilfredse i deres parforhold. Forældrenes stressniveau er målt med Perceived Stress Scale. Et højt stressniveau måles ved en score på 15 eller over for mænd og 17 eller derover for kvinder.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

5 Første resultater: Forældrenes oplevelse og fremmøde

5.1 Et kvalitativt datamateriale om forældres forestillinger om forældreskab og oplevelsen af kursusgangene

I forbindelse med forskningsprojektet DFB har vi gennemført en kvalitativ undersøgelse af tiden inden fødslen med fokus på idealer og forestillinger om det kommende forældreskab, og hvordan forældrekurset påvirker disse.²⁰ Vi præsenterer her nogle centrale pointer fra 11 kvalitative interview med kommende forældre. Vi har inviteret forældre fra to udvalgte hold, som havde modtaget de første to undervisningsgange, til at deltage i interviewene. Forældrene meldte sig frivilligt, og de følgende udsagn og holdninger afspejler ikke nødvendigvis generelle holdninger i deltagergruppen i DFB.

Mange af de interviewede personer gav udtryk for tvivl og usikkerheder i forbindelse med deres kommende forældreskab. En kommende mor fortalte eksempelvis, at man som nybagt forælder står *"uden manual"*, og at det derfor kan være svært at finde den *"rigtige"* måde at være forælder på. En anden kommende mor forklarede, at der er mange muligheder for, at noget kan gå galt, og at det lægger et pres på forældrene for at gøre det rigtigt.

Blandt de forældre, som vi talte med, observerede vi en forestilling om forældreskabet som noget risikofyldt og skrøbeligt, hvilket kan være en motiverende faktor i forhold til at deltage i forældrekurset. Ved at uddanne og forberede sig til deres nye hverdag med et spædbarn søger flere af de kommende forældre at minimere mange af de risici, som de associerer med forældreskabet. En kommende mor forklarer eksempelvis i nedenstående citat om læring og uddannelses betydning for at være godt forberedt på det kommende forældreskab:

(...) Jeg ved jo godt, at der ikke findes perfekte forældre, men hvis man bare har intentionen om det og prøver at give sig tid til at være en god forælder og uddanner sig til det, så kan det forhåbentlig aldrig gå helt galt, tænker jeg (...).

Flere forældre i vores interview beskrev deltagelse i kurset som en måde at styrke deres egne forældreegenskaber med det formål at skabe de bedste betingelser for deres barns trivsel og udvikling. Flere af forældrene i vores interviewgruppe giver udtryk for, at de er glade for kursets opbygning med dialog og samtale og ikke blot direkte formidling fra sundhedsplejerskerne.

Et centralt emne i DFB er inddragelse af fædre. I flere interview angav de kursusedtagere, vi talte med, at de har en forventning om, at fædrene i den første tid efter fødslen er sat på sidelinjen. En kommende mor beskriver, hvordan hun opfatter sin forælderrolle i forhold til sin partners:

Der er den klare forskel, at jeg bliver nogens madpakke i det første stykke tid (...). Det bliver jo noget med, at han bliver praktisk gris, som sørger for os. (...) Men det er jo – det er jo i virkeligheden mere biologisk betinget. Det er lidt vilkårene.

På den anden side gav flere af de kommende fædre udtryk for en ambition om et involveret faderskab, bl.a. ved at deltage i de daglige gøremål med det nyfødte barn på lige fod med moren. Disse

²⁰ Undersøgelsen er udarbejdet i forbindelse med et sociologisk speciale af Julie Kaas Seerup og Julie Ellesøe Jespersen indleveret hos Københavns Universitet, forsvaret den 23.3.2018.

udsagn viser, at forældrekurser med berettigelse kan inddrage forventninger om forældreskab og inddragelsen af fædre i deres undervisning.

Om inddragelsen af fædre lykkes i DFB, vil vi se på, når vi får flere data fra deltagerne. For nu kan vi konstatere, at der både var positive og negative oplevelser. En kommende far udtaler om sin oplevelse af de første to kursusgange:

Jeg synes, at det [kurset] har været ret målrettet de gravide – som jeg også nævnte før, altså, det syntes jeg første gang, og det synes jeg også anden gang.

En kommende far forklarer ligeledes, at han opfattede noget af undervisningsmaterialet som kønsstereotyp, og at det ikke er noget, der stemmer overens med de forestillinger, han selv har om sin kommende forældrerolle.

En anden, relateret ambition for forældrekurset Dit Første Barn er, at forældregruppen ved de forskellige kursusgange skal have et trygt og fortroligt forum, hvor de kan dele overvejelser og diskutere temaerne ved kursusgangene. På de hold, som de kommende forældre, som vi interviewede, deltog i, lignede mange af parrene hinanden i forhold til uddannelse og job. Gruppen var en homogen og ressourcestærk gruppe. Det, at forældrene på mange områder lignede hinanden, gjorde, at mange af parrene følte, at de kunne "spejle sig selv" i de andre par på holdet. En kommende far beskriver om sammensætningen af forældrene på kurset:

De folk, vi sad ved bordet med, de virkede sådan – de var som os – vi kunne tale med dem (...). Jeg tror bare, at hvis det var helt blandet, så ville det være en anderledes oplevelse.

Holdsammensætningen fremhæves af flere af de kommende forældre som et vigtigt element for at få en god dialog. I senere analyser vil vi undersøge, om sammensætningen af hold har betydning for forældrenes netværksdannelse og kontakt med hinanden.

Ud over holdsammensætningen oplevede de kommende forældre, at sundhedsplejerskerne personligt havde stor betydning for kurset. Det er gennemgående for interviewene, at der blandt kursusedtagerne er en stor tillid til sundhedsplejerskernes faglige ekspertise og viden på området. En kommende far forklarer i følgende citat, om han har været uenig i noget af det, som sundhedsplejerskerne har sagt indtil videre:

Overhovedet slet ikke, jeg har suget alt til mig, alt har været spændende, og alt har bare været rigtig interessant. For jeg ved absolut ingenting om børn, altså, helt på nul, da vi startede det her, så jeg suger bare det hele til mig, og jeg synes, at jeg har en god mavefornemmelse – jeg har meget med mennesker at gøre til daglig, og blev hurtigt enig med mig selv om, at de to sundhedsplejersker dér, de har styr på deres ting (...).

Det, at sundhedsplejerskerne har en central rolle i forhold til udbyttet af forældrekurset, fremhæves af flere kursusedtagere. En kommende far fortæller om sine oplevelser fra forældrekurset i forhold til fødselsforberedelsen:

Hvis du spørger mig, så er der stor forskel på forældrekurset og fødselsforberedelsen. For forældrekurset synes jeg gør mig mere tryk, end hvad fødselsforberedelsen gør (...) jeg føler mig lidt mere rolig, når jeg går fra forældrekurset, end når jeg går fra fødselsforberedelsen, på grund af måden de [sundhedsplejerskerne] fortæller om tingene, ikke?

Sundhedsplejerskerne på kurset kan medvirke til at skabe tryghed omkring det kommende barn og styrke kursusdeltagernes tro på egne evner som forældre – men det betyder også, at uddannelsen af sundhedsplejerskerne, som skal afholde kurser som DFB, er en central forudsætning for kursets evt. succes.

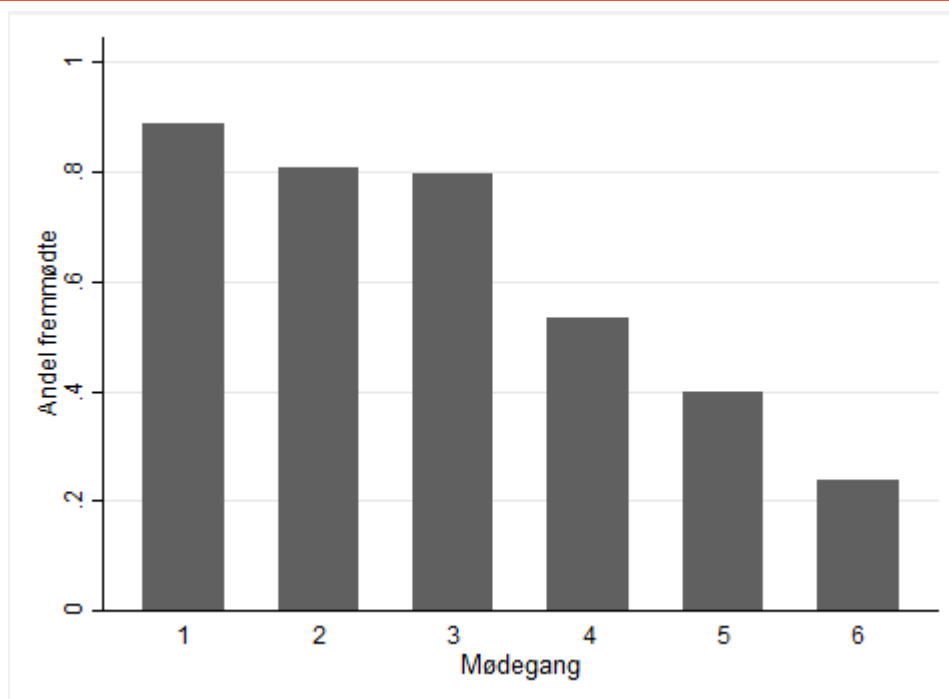
5.2 Kvantitative data om fremmøde og forældres tilfredshed

Dette afsnit præsenterer nogle første tendenser omkring fremmøde til kursusgangene og kursustilfredshed blandt forældre i indsatsgruppen. Da holdundervisningen stadig er i gang, er datasættet omkring fremmøde endnu ikke færdigindsamlet, og kun en del af forældrene indgår derfor i analysen af fremmøde. Vi har kun inddraget data for afsluttede hold i vores foreløbige opgørelse.²¹

Desuden præsenterer vi første resultater om kursustilfredshed. Disse resultater er kun baseret på besvarelser ved anden kursusgang. Vi vil senere også se på forældres tilfredshed ved femte kursusgang. Opgørelsen fra anden kursusgang er baseret på seks hold i projektet.

Figur 5.1 viser andelen af mødrene i indsatsgruppen (med afsluttede kursusforløb), som har deltaget i de forskellige kursusgange. 89 pct. af mødre i indsatsgruppen er mødt op til den første kursusgang. Der er en faldende tendens i andelen af fremmødte mødre over kursusgange, og fremmøde fra tredje til fjerde kursusgang falder fra 80 til 53 pct. Ved sjette og sidste kursusgang deltager kun 24 pct. af mødrene. 4 pct. af mødrene, som vi har data på for alle seks mødegange, møder slet ikke op til nogen af kursusgangene, dvs. de modtager slet ikke det tilbud, som vi har allokeret dem til.

Figur 5.1 Andel fremmødte mødre pr. mødegang



Anm.: Kun for afsluttede hold pr. februar 2018. Andelene er udregnet på baggrund af udfyldt mødestatistik om deltagere, som ikke har anmeldt sig kurset DFB. Da der kan optræde missings, er andelene udregnet på baggrund af mellem 60 og 80 mødre, som er registreret som enten fremmødt eller ikke-fremmødt ved mødegangene.

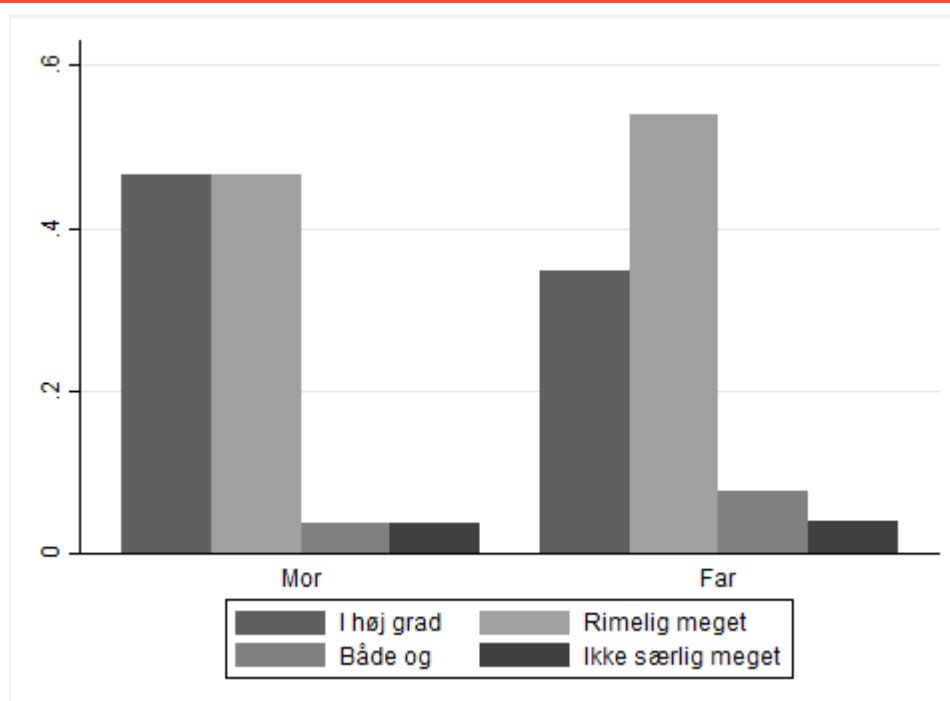
Kilde: Egne beregninger på baggrund af fremmødedata fra Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje.

²¹ Sundhedsplejen i Frederiksberg Kommune har kun registrerede fremmødedata for mødre i projektet.

15 pct. af mødrene møder op til alle seks kursusgange, jf. bilag 6. De fleste har deltaget mellem 3 og 4 gange. Vi vil i fremtidige analyser lave en frafaldsanalyse, hvor vi vil undersøge sammenhængen mellem forældrekaraktistika og frafald fra kursusdeltagelse. Vi vil endvidere i fremtidige analyser kunne tage højde for, hvor mange mødegange, forældrene har deltaget i.

Vi har ved anden og femte kursusgang spurgt deltagerne om deres holdning til kursets indhold og form. Af figur 5.2 og 5.3 ses deltagernes svar til to af spørgsmålene ved anden kursusgang. Efter anden kursusgang har forældrene primært hørt og talt om tiden op til fødslen og den allerførste tid med et spædbarn. Figur 5.2 viser deltagernes svar til spørgsmålet "Jeg synes, at temaet [ved dagens program] er relevant for nye forældre". Langt de fleste forældre svarer, at de "i høj grad" eller "rimelig meget" er enige i udsagnet. Få svarer "både og" eller "ikke særlig meget". Disse opgørelser afspejler også resultaterne af vores kvalitative interview.

Figur 5.2 Forældrenes vurdering af relevansen af temaet [den pågældende dags program] fordelt på mødres og fædres svar

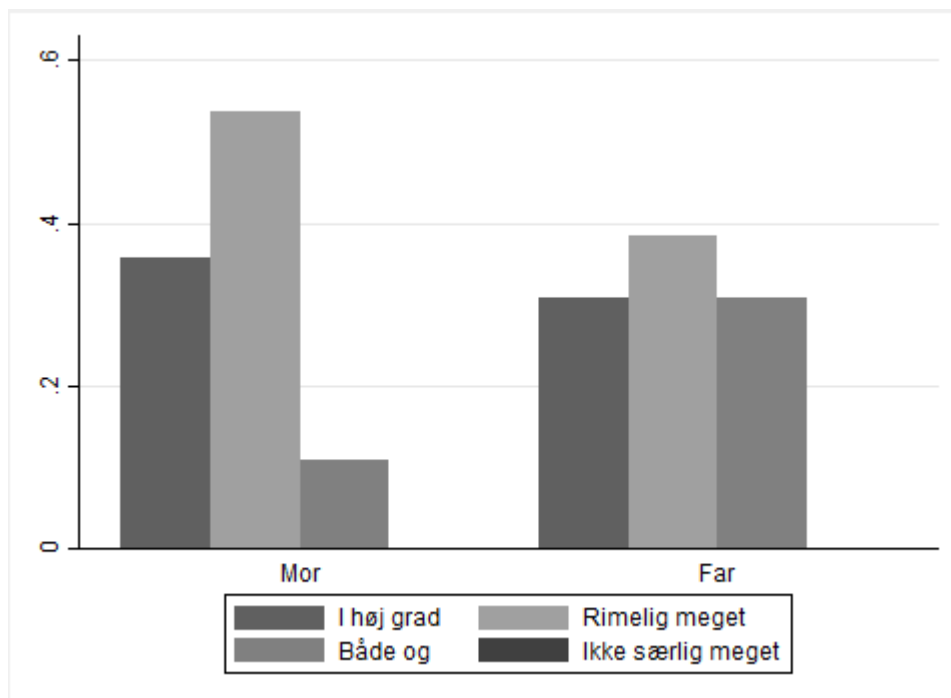


Anm.: Forældrene har også haft mulighed for at svare "slet ikke" eller "ved ikke". Ingen har benyttet disse svarmuligheder, hvorfor de ikke ses af figuren. Figuren er baseret på i alt 54 besvarelser, 28 besvarelser for mor og 26 besvarelser for far.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af kursustilfredshedsundersøgelse ved anden kursusgang.

Figur 5.3 viser deltagernes svar til spørgsmålene "Jeg synes godt om undervisningsformen og måde at arbejde på". De fleste svarer, at de "i høj grad" eller "rimelig meget" er enige med udsagnet. Omkring 11 pct. af mødrene og 31 pct. af fædrene svarer "både og". Mødrene virker altså til i højere grad at være tilfredse med undervisningsformen i kursusgang 2. Fremtidige analyser på de samlede data om forældretilfredshed vil give os muligheden for at undersøge denne tendens nærmere og fx også se på, om der er forskel i mor og fars vurdering af kursusgangene før og efter fødslen.

Figur 5.3 Jeg synes godt om undervisningsformen og måde at arbejde på, fordelt på mor og far



Anm.: Forældrene har også haft mulighed for at svare "slet ikke" eller "ved ikke" Ingen har benyttet disse svarmuligheder, hvorfor de ikke ses af figuren. Figuren er baseret på i alt 54 besvarelser, 28 besvarelser for mor og 26 besvarelser for far.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af kursustilfredshedsundersøgelse ved anden kursusgang.

6 Diskussion og konklusion

Forskningsprojektet Dit Første Barn vil bidrage med anvendelsesorienteret viden om betydningen af universelle forældrekurser i Danmark. I samarbejde med Frederiksberg Kommune har vi opsat følgeforskningen, som følger introduktionen af kurset DFB, som et pragmatisk lodtrækningsforsøg. Følgeforskning i en kommunal hverdag skal altid balancere forskellige behov, og det bliver tydeligt i vores projekt: Vi har været udfordret i forhold til rekruttering, vi har måttet tilpasse fordelingsnøglen af forældre til indsats- og kontrolgruppen, vi har truffet nogle fravalg i forhold til mængden og typen af data, vi kan samle i projektet (fx fremmødedata kun for mødrene), og det konkrete undervisningsforløb i de enkelte kursusgange er blevet justeret (selvom hovedformål og fokus af DFB er uændret).

På trods af pragmatiske valg og praktiske udfordringer undervejs har vi i samarbejde med vores engagerede partnere i Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje formået at vælge og fastholde et evalueringsdesign, som vil give os gode muligheder for at udtale os om effekterne af tilbuddet i vores opfølgende notat: Vi kan dokumentere, at interventions- og kontrolgruppen i vores projekt ligner hinanden meget ved baseline på relevante baggrundskarakteristika. Det bliver derfor interessant at analysere de opfølgende data fra vores spørgeskemaer ved 4 og 10 måneder af barnets liv, som vi vil bruge til at evaluere effekterne af kursusdeltagelse. Svarprocenten i dataindsamlingen for både indsats- og kontrolgruppen, for mødre og fædre, vil i denne sammenhæng være afgørende og vi arbejder derfor løbende på at opnå så mange svar som muligt fra forældrene i forskningsprojektet.

Forældrene i Frederiksberg Kommune (og i vores projekt) er i gennemsnit en relativt ressourcestærk gruppe. Dette giver anledning til to spørgsmål: For det første er der rekrutteret et repræsentativt udsnit af befolkningen, så vi kan sige noget mere generelt om forældrekursers betydning, når vores projekt er afsluttet? Fra vores kendskab til forældrekurser i forskellige kommuner kunne man argumentere for, at den gruppe forældre, som er repræsenteret i vores studie, i hvert fald i ret høj grad repræsenterer en stor del af de forældre, der deltager i frivillige og universelt tilgængelige forældrekurser rundt omkring i landet lige nu. Derfor er det relevant at undersøge omfanget og karakteren af udfordringer i familielivet, som denne gruppe møder, og om indsatsen er tilpasset og relevant til denne gruppe.

For det andet er der overhovedet et potentiale for at forbedre de eksisterende tilbud for den målgruppe, vi har rekrutteret i Frederiksberg? I forskningslitteraturen ser vi, at stress, forældrestress og vanskeligheder i parforholdet er udfordringer, som ofte ikke adresseres i eksisterende tilbud, og som i høj grad forekommer i forældregrupper med høj socioøkonomisk status. Vores baseline-data peger også på stress som en belastende faktor for vores forældregruppe. Sidst, men ikke mindst, bliver det relevant at se på betydningen af en universel indsats som DFB for den gruppe af forældre, som ikke falder i den ressourcestærke kategori, og som vi trods alt har repræsenteret i projektet.

Vi har i baseline-notatet endnu ikke mulighed for at analysere på udfaldsmål for forældrene eller børnene, men vi har vist nogle første resultater, som er værd at overveje i en policy kontekst: Der er i kursusforløbet (i hvert fald for de allerede afsluttede hold) et stærkt fald i fremmøde. Er dette et problem relateret til den specifikke intervention, eller vidner det om noget mere generelt, der sker for nybagte forældre? For eksempel, at når barslen er slut for mor, falder overskuddet så til at deltage i tilbud som DFB? Tendenserne i data om tilfredsheden med kursets indhold og form fra kurstillfredshedsundersøgelsen viser, at på trods af tilfredsheden ved anden mødegang ses en stærk nedadgående tendens i antallet af fremmødte mødre ved de senere kursusgange. Dette kunne tyde på, at der er et "window of opportunity" for interventionen, der ligger før fødslen og lige efter, mens der 6 måneder efter fødslen er stort frafald. Generelt tyder vores initiale analyser dog

på, at forældrene i indsatsgruppen får en forholdsvis høj "dosis" af den planlagte indsats (med i gennemsnit 3,6 kursusgange).²² Forældrenes villighed til at besvare spørgeskemaet, den succesfulde randomisering og den stabile afvikling af programmet i Frederiksberg Kommune danner et godt grundlag for systematisk at evaluere tilbuddets effekt. Programmets effekt på børn og familiers trivsel 4 og 10 måneder efter fødslen vil udgøre indholdet i notat nummer 2 fra projektet.

²² Andre studier, som fx det store amerikanske studie "building strong families" (<https://www.acf.hhs.gov/opre/research/project/building-strong-families>), opnår meget færre deltagere i selve interventionen. Her endte kun 55 pct. af de nybagte familier, der blev randomiseret til interventionen, med at komme til sessionerne.

Litteratur

- Almond, D., J. Currie & V. Duque (2017): *Childhood Circumstances and Adult Outcomes: Act II* (No. w23017). Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Angrist, J.D. & J.S. Pischke (2008): *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion*. New Jersey, USA: Princeton University Press.
- Berry, J.O. & W.H. Jones (1995): "The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence". *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), s. 463-472.
- Capacent (2009): *Klar til Barn – Forberedende forældrekurser, afsluttende evalueringsrapport*. København: Capacent.
- Center on the Developing Child at Harvard University (2010): *The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood*. <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Condon, J.T. & C.J. Corkindale (1998): "The Assessment of Parent-to-Infant Attachment: Development of a Self-Report Questionnaire Instrument". *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), s. 57-76.
- Cox, J.L., J.M. Holden & R. Sagovsky (1987): "Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale". *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), s. 782-786.
- Cox, M.J., B. Paley, M. Burchinal & C.C. Payne (1999): "Marital Perceptions and Interactions across the Transition to Parenthood". *Journal of Marriage and the Family*, s. 611-625.
- CRUNCH (2017): *Øjebliksbilledet 2017. Sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, notat.
- Currie, J. & D. Almond (2011): "Human Capital Development before Age Five". In *Handbook of Labor Economics* (Vol. 4, s. 1315-1486). Elsevier.
- Feinberg, M.E., L.D. Brown & M.L. Kan (2012): "A Multi-Domain Self-Report Measure of Coparenting". *Parenting*, 12(1), s. 1-21.
- Funk, J.L. & R.D. Rogge (2007): "Testing the Ruler with Item Response Theory: Increasing Precision of Measurement for Relationship Satisfaction with the Couples Satisfaction Index". *Journal of Family Psychology*, 21(4), s. 572.
- Hjort, J., M. Sølvsten & M. Wüst (2017): "Universal Investment in Infants and Long-Run Health: Evidence from Denmark's 1937 Home Visiting Program". *American Economic Journal: Applied Economics*, 9(4), s. 78-104.
- Jenkins, J. (1992): "Sibling Relationships in Disharmonious Homes: Potential Difficulties and Protective Effects". In F. Boer & J. Dunn (Eds.), *Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues* (s. 125-138). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Lindsey, E.W., M.J. Colwell, J.M. Frabutt & C. MacKinnon-Lewis (2006): "Family Conflict in Divorced and Non-Divorced Families: Potential Consequences for Boys' Friendship Status and Friendship Quality". *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), s. 45-63.

- Matthey, S., C. Henshaw, S. Elliott & B. Barnett (2006): "Variability in Use of Cut-Off Scores and Formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale – Implications for Clinical and Research Practice". *Archives of Women's Mental Health*, 9(6), s. 309-315.
- McHale, J.P. (1995): "Coparenting and Triadic Interactions during Infancy: The Roles of Marital Distress and Child Gender". *Developmental Psychology*, 31(6), s. 985.
- Olsen, L.R., D.V. Jensen, V. Noerholm, K. Martiny & P. Bech (2003): "The Internal and External Validity of the Major Depression Inventory in Measuring Severity of Depressive States". *Psychological Medicine*, 33(2), s. 351-356.
- Owen, M.T. & M.J. Cox (1997): "Marital Conflict and the Development of Infant–Parent Attachment Relationships". *Journal of Family Psychology*, 11(2), s. 152.
- Parke, R.D. (1996): *Fatherhood* (Vol. 33). Harvard University Press.
- Petch, J. & W.K. Halford (2008): "Psycho-Education to Enhance Couples' Transition to Parenthood". *Clinical Psychology Review*, 28(7), s. 1125-1137.
- Pontoppidan, M., S.K. Klest, J. Patras & S.B. Rayce (2016): "Effects of Universally Offered Parenting Interventions for Parents with Infants: A Systematic Review". *BMJ open*, 6(9), e011706.
- Rambøll (2015): *Børns trivsel i familier med overvægt eller andre sundhedsrisici, tværgående evaluering*. København: Rambøll.
- Rayce, S.B., I.S. Rasmussen, S.K. Klest, J. Patras & M. Pontoppidan (2017): "Effects of Parenting Interventions for At-Risk Parents with Infants: A Systematic Review and Meta-Analyses". *BMJ open*, 7(12), e015707.
- Servicestyrelsen (nu Socialstyrelsen) (2011): *Evaluering af De Utrolige År – slutrapport*. Odense: Servicestyrelsen.
- Stock, J.H. & M.W. Watson (2012): *Introduction to Econometrics: Global Edition*. Boston, MA: Pearson Education.
- Sundhed.dk, Edinburgh Postnatal Depression Score, <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/edinburgh-postnatale-depressionsscore/>
- Sundhed.dk, MDI scoring, https://www.sundhed.dk/content/cms/95/75895_major-depression-sp%C3%B8rgeskema--mdi-og-scoringsn%C3%B8gle.pdf
- Trillingsgaard, T., R.D. Maimburg & M. Simonsen (2015): "The Family Startup Program: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial of a Universal Group-Based Parenting Support Program." *BMC Public Health* (15)1, s. 409.
- Trillingsgaard, T., K.J. Baucom, R.E. Heyman & A. Elklit (2012): "Relationship Interventions during the Transition to Parenthood: Issues of Timing and Efficacy". *Family Relations*, 61(5), s. 770-783.
- Twenge, J.M., W.K. Campbell & C.A. Foster (2003): "Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review". *Journal of Marriage and Family*, 65(3), s. 574-583.

Undervisningsmaterialet til kurset "Dit Første Barn", udviklet af God Barndom og Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje, 2016.

Wüst, M. (2012): "Early Interventions and Infant Health: Evidence from the Danish Home Visiting Program". *Labour Economics*, 19(4), s. 484-495.

Wüst, M., T.I.A. Sørensen, M. Osler & E.L. Mortensen (forthcoming): "Universal Infant Health Interventions and Young Adult Outcomes", accepted for publication at *Health Economics*.

Bilag 1 Måleinstrumenter

Bilagstabel 1.1 Oversigt over måleinstrumenter i spørgeskemaerne

Instrument	Score og cut-off
Couple Satisfaction Inventory (CSI) 16 items	Den version af CSI, som er blevet anvendt, består af 16 spørgsmål med enten seks eller syv svarmuligheder, der giver hhv. 0-5 point og 0-6 point. Den samlede score kan rangere mellem 0 og 81 point, hvor en høj score indikerer en høj grad af tilfredshed i parforholdet. En samlet score på under 51,5 point antyder, at man er utilfreds i parforholdet (Funk & Rogge, 2007).
Responsiveness and Attention Scale (RAS)	Instrumentet måler parrenes respons i forhold til hinanden i hverdagsituation, fx at komme hjem og svar på sms'er og opkald. Respondenten skal svare på, hvor ofte partneren giver den opmærksomhed, som ønskes i en given situation. Skalaen består af 12 spørgsmål.
Perceived Stress Scale (PSS)	Skalaen består af 10 spørgsmål med fem svarmuligheder rangerende fra aldrig til meget ofte, der giver mellem 1 og 5 point. En samlet score mellem 0 og 13 point betragtes som lav grad af stress. En samlet score på mellem 14 og 26 betragtes som moderat stress. En samlet score på mellem 27 og 40 betragtes som høj grad af stress.
Major Depression Index (MDI)	Instrumentet består af 12 spørgsmål, som svarer til 10 symptomer på depression, som indgår i Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition på depression. Personen skal svare, om symptomet har været til stede, og i hvor høj grad, de seneste 14 dage. Svarene går fra 0 (symptomerne har ikke været til stede) til 5 (symptomerne har været tilstedeværende hele tiden). Der findes forskellige måder til at udregne en score, men jo flere symptomer og jo længere tid symptomet har været til stede, jo større sandsynlighed for depression. (Olsen m.fl., 2003; sundhed.dk).
Edinburgh Postnatal Depression Scale	EPDS består af 10 spørgsmål med fire svarmuligheder, der giver 0-3 point (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Kvinder (mænd), som scorer 13 (10) eller derover, har symptomer på depression (Matthey m.fl., 2006).
Coparenting Relationship Scale – reduced brief version	Indeholder i alt 8 spørgsmål og måler, i hvilken grad partneren føler, at der er samarbejde med den anden forælder om børnenes pasning og opdragelse. Instrumentet måler elementer som støtte fra partneren, at føle sig undermineret af sin partner, arbejdsdeling, og i hvor høj grad man støtter sin partner i forældreskabet. Personen skal svare på, i hvor høj grad de 8 udsagn passer i deres forældreskab, der kan scores 0-6 point. (Feinberg, Brown & Kan, 2012).
Child Care Task Index	Spørgsmålene i dette indeks måler arbejdsfordelingen mellem forældrene i forhold til omsorgsopgaver relateret til barnet, fx at skifte ble, give mad og putte barnet. Forælderen skal svare, om det kun er den ene eller den anden forælder, som udfører opgaven, eller i hvor høj grad forældrene deles om opgaven.
Parenting Stress Scale	Skalaen består af i alt 18 spørgsmål, som måler relevante følelser og tilfredsheden i forælderrollen hos nybagte forældre, herunder positive følelser som glæde, men også udfordringer, som mindre overskud og stress. Forælderen skal svare, hvorvidt de er enige i en række udsagn. Personen kan score 1-5 point. (Berry & Jones, 1995).
Maternal and Paternal Postnatal Attachment Scale	Består af i alt 19 spørgsmål omhandlende forældrens følelser, når personen er sammen med barnet og det at været blevet forælder. Skalaen måler elementer som tålmodighed og tolerance, tilfredshed i interaktionen med barnet samt affektion og stolthed. Hvert spørgsmål giver 1-5 point, den samlede score kan derved have værdier mellem 19 og 95. (Condon & Corkindale, 1998).
Agnes and Stages Questionnaire (ASQ)	Instrumentet består af i alt 27 spørgsmål omkring barnets socioemotionelle udvikling. Forælderen skal svare på, hvor ofte barnet fx griner og smiler og kan lide at blive holdt om. Forælderen kan endvidere markere, hvis elementer af barnets adfærd bekymrer forælderen.

Bilag 2 Antal fødsler pr. måned

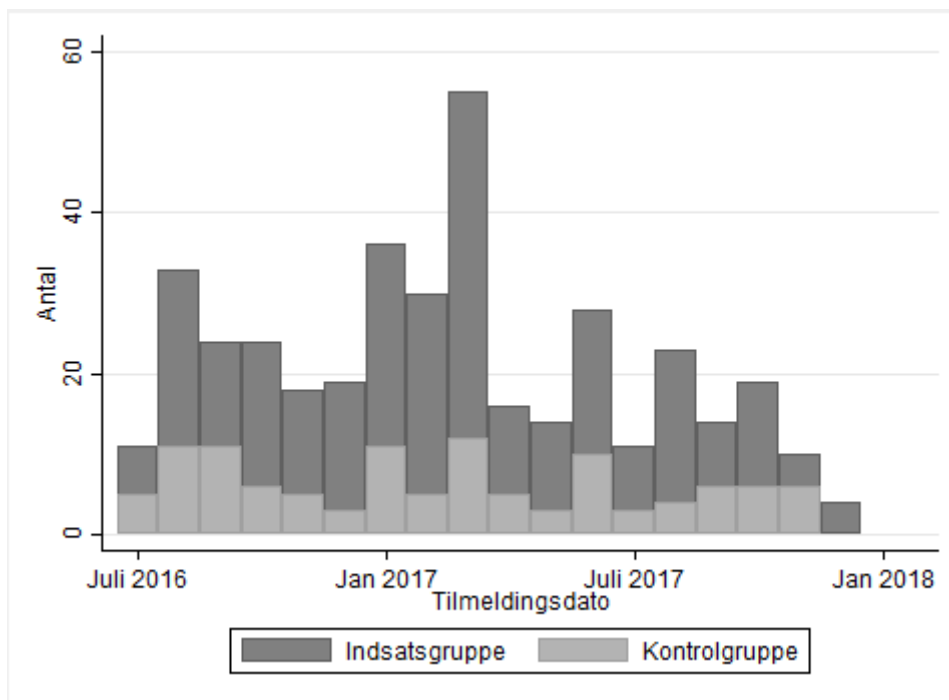
Bilagstabel 2.1 Antal fødsler og førstegangsfødsler i Frederiksberg Kommune, tilmeldt Dit Første barn fordelt på fødselsmåned, samt andelen af fødsler den enkelte måned i Dit Første Barn af alle førstegangsfødsler i Frederiksberg Kommune. Antal og procent

Periode	Fødsler i alt, antal	Førstegangsfødende, antal	Andel af førstegangsfødende, som er med i Dit Første Barn, procent
September 2016	147	87	<1
Oktober 2016	188	113	8,8
November 2016	160	100	13,0
December 2016	142	75	17,3
Januar 2017	122	76	19,7
Februar 2017	117	73	34,2
Marts 2017	125	70	35,7
April 2017	135	75	25,3
Maj 2017	157	91	40,7
Juni 2017	150	82	32,9
Juli 2017	167	97	36,1
August 2017	147	90	36,7
September 2017	147	94	21,3
Oktober 2017	126	82	20,7
November 2017	130	84	31,0
December 2017	110	64	21,9
Januar 2018	-	93	16,1
Februar 2018	-	75	24,0
Marts 2018	-	-	-
April 2018	-	-	-
Maj 2018	-	-	-

Kilde: Data fra Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje og spørgeskemadata.

Bilag 3 Tilmeldte kvinder i alt fordelt på indsatsgruppen og i kontrolgruppen pr. måned

Bilagsfigur 3.1 Tilmeldte kvinder fordelt på indsatsgruppen og kontrolgruppen pr. måned



Anm.: Frafaldne kvinder før randomiseringen og kvinder, som ikke har givet samtykke til at deltage i eksperimentet, indgår ikke i figuren. N = 345.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af spørgeskemadata.

Bilag 4 Karakteristika for personer i alderen 20-39 år i hele landet og i Frederiksberg Kommune

Bilagstabel 4.1 Højest fuldførte uddannelse og indkomst for personer i alderen 20-39 år i hele landet og i Frederiksberg Kommune i 2016. Procent, antal og kroner

	Hele landet, procent	Frederiksberg, procent
<i>Højest fuldførte uddannelse</i>		
Grundskole	18,8	8,0
Gymnasial uddannelse	18,3	20,2
Erhvervsfaglig uddannelse	24,4	9,4
Adgangsgivende uddannelse	0,1	0,0
Korte videregående uddannelser	4,7	4,4
Mellemlange videregående uddannelser	12,9	13,2
Bachelor uddannelser	4,8	11,2
Lange videregående uddannelser	10,8	27,2
Phd. forsker uddannelse	0,8	2,0
Uoplyst	3,1	5,2
I alt	100	100
<i>Indkomst</i>		
	<i>Kroner</i>	<i>Kroner</i>
20-24 år	147.356	140.960
25-29 år	242.361	257.878
30-34 år	328.874	396.568
35-39 år	387.308	469.740

Kilde: Højest fuldførte uddannelse: www.statistikbanken.dk/HFUDD10;
 Indkomst: www.statistikbanken.dk/INDKP105; befolkningstal til udregning af andele i forskellige uddannelsesgrupper: www.statistikbanken.dk/BY2.

Bilag 5 Karakteristika for førstegangsfødende i hele landet og i Frederiksberg Kommune

Bilagstabel 5.1 Alder for førstegangsfødende i Frederiksberg Kommune og i hele landet samt mors herkomst og fertilitetskoefficienten i 2016

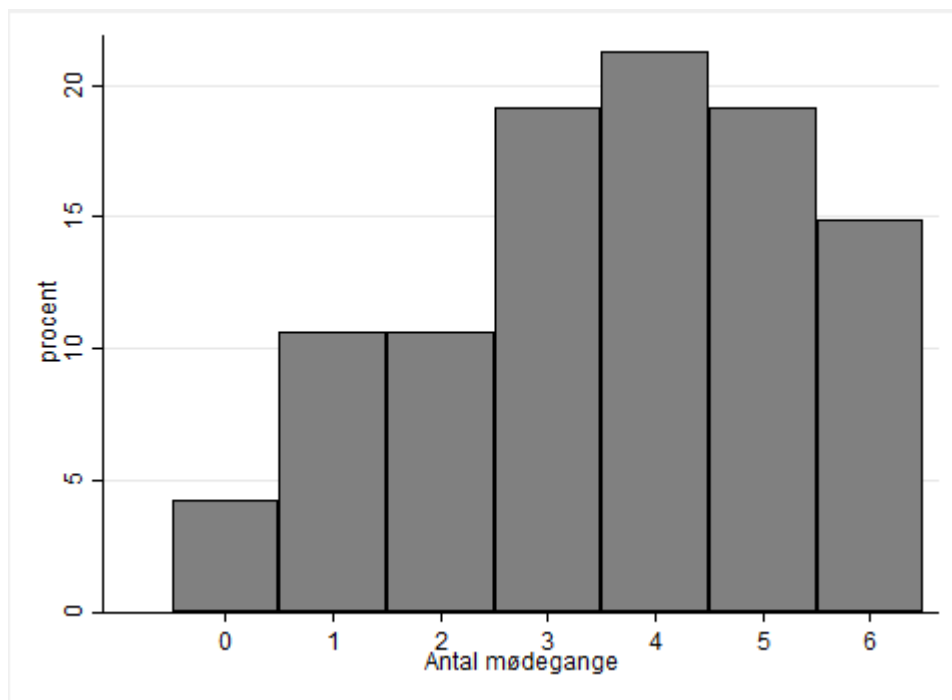
	Hele landet	Frederiksberg Kommune
<i>Gennemsnitsalder for førstegangsførelse</i>		
Mødre	29,1 år	31,5 år
Fædre	31,2 år	33,1 år
<i>Fordelingen af levendefødte efter område og mors herkomst (procent)</i>		
Danmark	78,7	79,7
Vestlig	6,6	8,5
Ikke-vestlig	15	11,8
<i>Fertilitet</i>		
Fertilitetskoefficient	1.785,4	1.781,2

Anm.: Fertilitetskoefficienten angiver det samlede antal børn, som 1.000 kvinder i den fødedygtige alder får i løbet af deres liv. Signifikante forskelle på et 5-procents-signifikansniveau: Vestlig, ikke-vestlig.

Kilde: www.statistikbanken.dk/FOD111, www.statistikbanken.dk/FOD1E, www.statistikbanken.dk/FOD407

Bilag 6 Mødre fordelt på, hvor mange kursusgange, de har deltaget på forældrekurset

Bilagsfigur 6.1 Mødre fordelt på, hvor mange kursusgange de har deltaget i



Anm.: Kun mødre, hvor vi har data for alle seks mødegange, indgår i figuren, hvilket svarer til 45.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af fremmødedata fra Frederiksberg Kommunes Sundhedspleje.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD