
Minding the Baby® (MTB)

Clinician's Quick Reference Guide (QRG)

En kort guide til klinikerne

Denne guide er netop, hvad navnet antyder - en hurtig reference til de grundlæggende komponenter og protokoller i den kliniske model Minding the Baby® (MTB). Den er beregnet til brug af klinikere, der har modtaget den kliniske uddannelse, der gives gennem MTB National Office ved Yale University. Specifik træning og løbende konsultation er nødvendig med henblik på en fuld implementering af MTB-modellen.

Yale University School of Nursing Child Study Center
New Haven, Connecticut januar 2019

©Copyright tilhører *Minding the Baby®*, 2019. Må ikke citeres eller reproducere til undervisningsbrug uden udtrykkelig tilladelse fra forfatterne.

MTB National Office:

Lois S. Sadler, PhD, RN, FAAN, *Medstifter og direktør for forskning*

Arietta Slade, PhD, *Medstifter og direktør for uddannelse*

Nancy Close, PhD, *Klinisk direktør*

Crista Marchesseault, MAT, MA, *Operationel chef*

Denise Webb, MSN, APRN, PNP, *Senior kliniker og uddannelsesekspert*

Tanika Simpson, MSW, LCSW, *Senior kliniker og uddannelsesekspert*

Andrea Miller, *Program Koordinator*

Indholdsfortegnelse

Introduktion: Hvordan anvender man QRG	1
Kapitel 1: Kom godt i gang	1
Familieenheden som defineret af forælderen/forældrene	1
Fædre	1
Relationsopbygning og genopbygning	1
Kapitel 2: MTB-hovedbestanddele	2
Reflekterende forældreskab	2
Spædbarnets mentale helbred og sikre tilknytning	3
Overgangen til forældreskab	4
Traume-informeret	4
Kulturelt informeret	5
Stærke bånd til samfundet	6
Kapitel 3: Forbedring af forældres RF – reflektive funktion	6
Opretholdelse af en reflekterende holdning	6
At tale for barnet	7
At tale for forælderen	7
At lytte, observere og spørge aktivt	7
Håndtering af forælders stress	8
At hjælpe forælderen med at læse barnets tegn	8
At forstå, hvor barnet vil hen	8
At filme forælder – barn interaktioner	8
At hjælpe forældre med at deltage i barnets leg	9
At bruge gulv-tid	9
At lege med familien og nyde baby	10
Yderligere tilgange	10
Selvvurdering efter hjemmebesøget	11
Kapitel 4: Tværfaglig praksis: Koordinering og integration af pleje	11
Tilgange til pleje	11
Tilgange til mental sundhed	12
Team kommunikation: "Lagdeling" af arbejdet	12
Værdien af to klinikere	12
Barrierer for tværfagligt teamwork	13
Kapitel 5: At arbejde med unge forældre	13
At hjælpe unge forældre	13
Kliniske tilgange	14
At undervise unge forældre	16
Kapitel 6: Praktiske aspekter ved hjemmebesøget	16
Planlægning af hjemmebesøg	18
Placering af besøgene	18
Forslag til legetøj til at tage med til hjemmebesøg	18
Valg og brug af brochurer	18
Klinikerens sikkerhed	19
Kapitel 7: Almindelige udfordringer	19
Når andre familiemedlemmer er hjemme	19
Aftaler som ikke overholdes	19
Fastholdelse og geninddragning af familier	20
At håndtere modstand	21

At "gøre noget" for familier betyder ikke nødvendigvis at "sætte dem i stand til at gøre noget"	22
At håndtere cases	23
Værd at huske	23
Kapitel 8: MTB Vejledende værdier	23
Kapitel 9: Supervision	24
Praktiske aspekter af den reflektive supervision	24
Vigtige punkter at huske	24
Kapitel 10: Omsorgstræthed, Sekundært traume og klinisk selvpleje	25
Omsorgstræthed	25
Sekundært traume	25
Selvpleje	25
Appendiks I: Fødselsplan	27
Appendix II: Barnets udvikling	27
Foregribende vejledning og forudseenhed	27
Bevidsthedstilstande hos den nyfødte	28
Tidlige og sene tegn på sult	28
Normale søvn mønstre for småbørn	29
Normal udvikling med hensyn til gråd	29
Udviklingsmæssige milepæle	29
Appendiks III: Omfattende vurderinger: Redskaber & Klinisk Observation	30
Vurdering af tegn på fødselsdepression	30
Løbende undersøgelse af mental status, risikovurdering og etablering af trygheds- og sikkerhedsaftale	30
Vurdering af selvmordsrisiko	31
Appendiks IV: Nøglebesøg i hjemmet	32
Overgangsbesøg ved babyens første fødselsdag	32
At sige farvel: MTB-afslutning	33
Trin i forberedelsen til et farvel	33
Det sidste hjemmebesøg	33
Henvisninger:	35

Introduktion: Hvordan anvender man QRG

Denne guide - Quick Reference Guide (QRG) – skal anvendes i sammenhæng med den træning, som tilbydes af Minding the Baby® (MTB) National Office og ved brug af MTB Behandlingsmanualen - MTB Treatment Manual (Slade, Sadler, Webb, Simpson, & Close, 2018). Formålet med QRG er at give nem adgang til materiale, der kan hjælpe klinikerne med at forberede sig på hjemmebesøg, tænke på nyttige strategier til bestemte situationer, afstemme reflekterende svar og overveje, hvor både barn og forældre befinder sig udviklingsmæssigt. Forslagene i denne vejledning er ikke beregnet til at blive brugt på én måde, men bør anvendes fleksibelt i overensstemmelse med den enkelte families behov. For mere detaljerede beskrivelser og baggrund henvises til Behandlingsmanualen.

Kapitel 1: Kom godt i gang

Familieenheden som defineret af forælderen/forældrene

Familier består af forældre, bedsteforældre, søskende og andre. Den gravide kvinde definerer, hvem der tilhører hendes familie, og hvem hun ønsker skal være involveret i MTB-programmet; dette kan ændre sig over tid. Mens moderen ofte er det familiemedlem, der er mest involveret i MTB, bør klinikerne tage højde for hendes partners interesse og ønske om at blive involveret. Overgangen til forældreskab påvirker begge partnere og deres forhold, og medforældre eller personer, der udfylder en forældrelignende rolle er meget gavnlige for barnets udvikling. Et spædbarn kan knytte sig og knytter sig til mere end én person, og når forældre samarbejder, tilgodeser de det lille barns tarv. Med dette for øje sigter vi mod at uddanne forældre, så de kommer til at forstå den stress, spædbørn oplever, når mor og far er i konflikt med hinanden, og vi opfordrer forældrene til at lære hinandens baggrund at kende. På denne måde kan de dele deres værdier, opfattelse af forældreskabet og forhåbninger på deres barns vegne. Dette gør det muligt for klinikerne at pege på fælles træk og foreslå respektfulde måder at være uenige på.

Fædre

Traditionelt set har hjemmebesøgsinterventioner, der begynder prænatalt, primært fokuseret på moderen. MTB-praktikere udfordrer hele tiden sig selv og hinanden til at være opmærksomme på at engagere fædrene med det formål at *regne* med farens deltagelse frem for bare at *opfordre* til den (Kyle Pruett, personlig kommunikation, marts 2017). Dette betyder, at der indsamles data om sundhed og psykosocial historie for fædre såvel som mødre, og Graviditetsinterviewet foretages med både vordende mødre og fædre. Når det er muligt, er fædrene deltagere i det terapeutiske forhold, der udvikler sig. MTB-klinikerne skal også overveje deltagernes traumehistorie og komplekse behov, når de træder ind i forældreskabet.

Relationsopbygning og genopbygning

I MTB ser vi klinikernes evne til at etablere omsorgsfulde, åbne og tillidsfulde relationer til forælder/forældrene, og forældrenes dyade ses som afgørende for interventionens succes og for forældrenes evne til at "huske på barnet." Disse forhold vil komme til at tjene som model for det forhold mellem forældre og børn, som skal udvikle sig (Slade et al., 2018; Slade, Sadler, Close, Fitzpatrick, Simpson, & Webb, 2017). Så fra den første gang vi møder forældrene, fokuserer vi på opbygning af en

god relation. Når klinikerne står over for en families næsten uoverskuelige behov, ønsker de ofte at hjælpe ved at komme med forslag til, hvordan man ændrer eller "ordner" en situation. Vi anbefaler Sally Provinces (en af grundlæggerne af Child Study Center i Yale) fremragende råd: "Gør ikke et eller andet (spring ikke til løsning/fix hurtigt). Vær stille og opmærksom (lyttende og observerende). De (familien) prøver at fortælle dig noget."

Det er vigtigt at huske, at der er en iboende forskel i magtfordelingen mellem den professionelle kliniker og familien. Dette kan føles skræmmende for forældrene. At stille spørgsmålstejn ved og spørge ind til følelser kan være truende. At opbygge et tillidsfuldt og trygt forhold er det første skridt i retning af at udvikle en positiv arbejdsrelation med alle familiemedlemmer.

Så:

- Vær tilstede.
- Vær opmærksom.
- Mød op.
- Være konsekvent.
- Vær venlig.

Familiecentrerede besøg kræver, at klinikerens er i stand til at lytte og observere på en måde, der gør det muligt for hende at opdage, hvad forældrene først og fremmest har i tankerne med det efterfølgende mål at bringe forældrene "tilbage til babyen." Dette starter ofte med forældrenes dagsorden; en tilpasning til forældrenes tanker og følelser er af største betydning under ethvert hjemmebesøg. Klinikerens skal stille åbne spørgsmål for at opnå forståelse af forældrenes bekymringer og derefter vælge strategier, der hjælper dem med at reflektere over deres rolle som forældre og den virkning, de har på babyen. Det er vigtigt at bruge familiens ordforråd og give dem tid til at behandle og formulere deres tanker.

Det er nyttigt at huske, at forældrenes dagsorden for et bestemt hjemmebesøg måske ikke er den samme som klinikerens. Tag dig tid til at finde ud af, hvad familien finder vigtigst eller mest påtrængende at diskutere.

Kapitel 2: MTB-hovedbestanddele

MTB sigter mod at fremme forældrenes reflekterende funktion (RF); sikre tilknytning; sikre forældrenes og barnets fysiske og mentale sundhed og forældrenes mestring over eget liv. Dette gøres ved hjælp af en tværfaglig tilgang, der fremmer forandring og understøtter vækst gennem de relationer, der opbygges mellem MTB-klinikerens og familiemedlemmer. (Se MTB-behandlingsmanualen for flere detaljer.)

Reflekterende forældreskab

Et af de overordnede mål for MTB er en forbedring af forældrenes RF (Slade, 2005). Forældrenes RF henviser til forældrenes evne til at reflektere over babyens oplevelse og til at forstå, at barnet har tanker, følelser, ønsker og intentioner, der påvirker deres adfærd. Det henviser også til forældrenes evne til at beskrive deres egne tanker og følelser, forstå hvordan disse påvirker deres adfærd og adskiller sig fra barnets. Forældrenes RF danner grundlaget for sunde og sikre tilknytningsforhold og er

afgørende for at fremme følelsen af selveffektivitet hos forældrene.

MTB er et reflekterende forældreprogram; dette betyder ganske enkelt, at vi hjælper forældrene med at "huske på barnet" (Slade, 2002). Klinikere arbejder på at gøre det lettere for forældrene at udvikle sig til at blive mere reflekterende forældre, som genkender egne mentale tilstande (selv i tider med stress), genkender babyens mentale tilstande og samspillet mellem disse mentale tilstande set gennem en udviklingsmæssig og adfærdsmæssig linse. Babyens indre liv opfattes som noget ægte og meningsfuldt fra starten. En udvikling af evnen til refleksion giver forældrene mulighed for at modificere og ændre tilgange til babyens skiftende behov, udvikling og adfærd på en hjælpsom, omsorgsfuld og støttende måde.

Spædbarnets mentale helbred og sikre tilknytning

Infant Mental Health (IMH) – spædbarnets mentale helbred - henviser til barnets udvikling af evnen til at opleve og regulere følelser, skabe sikre relationer og udforske og lære inden for rammerne af dets familie, samfund og dets kulturelle baggrund (www.ztt.org).

Lydhør, plejende og forudsigelig omsorg fra primære tilknytningspersoner er grundlaget for mental sundhed og sund følelsesmæssig regulering hos spædbarnet og det lidt større barn (Zeanah, 2018). IMH og sikrer relationer mellem forældre og barn begynder i graviditeten, hvor de kommende forældre forbereder sig på forældreskabet (Slade & Sadler, 2018). De er essentielle for barnets socio-emotionelle udvikling og skoleparathed (Jones, Greenberg, & Crowley, 2015) og reducerer risikoen for modgang senere i livet, herunder afhængighed af velfærdssystemet, stofafhængighed, møde med det strafferetlige system og tidligt forældreskab (Campbell, Conti, & Heckman, 2014).

En sikker tilknytning lægger grundlaget for barnets evne til i større og større grad at udforske verdenen, styre nye og vanskelige følelser og udvikle interpersonelle relationer med andre (Powell et al., 2013). Spædbørn og deres primære omsorgspersoner, normalt deres mødre, indgår i en fin men kompliceret "dans" lige fra starten af deres forhold.

Dansen indebærer, at barnet lærer, hvad det kan forvente sig af de relationer, som er baseret på, hvordan forældrene reagerer på spædbarnets oprindeligt meget basale behov for mad, varme, nærhed og søvn; og hvordan forældre og spædbørn fortsætter med at tilpasse sig hinanden, når barnets mere komplekse behov for udforskning, tillid, vejledning og det at få styr på sine følelser udvikler sig og udfolder sig (Stern, 1977).

Circle of Security framework (Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2013) indfanger essensen af, hvordan en sikker relation ser ud med tre hovedprincipper:

- Forælderen er altid "større, stærkere, klogere og venlig" med en passende balance mellem alle fire egenskaber.
- Forælderen følger så vidt muligt barnets behov.
- Forælderen tager ansvaret, når det er nødvendigt.

For yderligere information og nyttigt materiale henvises til webstedet Circle of Security (<http://www.circleofsecurity.org>).

En central, teoretisk ramme bag forældrenes reflekterende funktion er begrebet mentalisering, der refererer til evnen til at kunne forestille sig mentale tilstande i selvet og andre (Fonagy & Target, 1997). Forældrenes evne til at forbinde deres egen indre oplevelse med deres holdninger og adfærd kombineret med deres forståelse af deres barns indre verden giver forældrene mulighed for at regulere deres barns adfærd og følelsesmæssige holdninger og hjælpe barnet med at forstå sin verden (Slade, 2005).

Derfor er en følelsesmæssigt velreguleret forælder i stand til at passe sit barn på en lydhør, omsorgsfuld måde, der gør det muligt for barnet at opleve forudsigelighed og sikkerhed og se en model for selvregulering. At forestille sig og være nysgerrig efter at forstå sit spædbarns behov, intentioner og ønsker fra de tidligste øjeblikke efter fødslen er en finjusteret færdighed, der ligger til grund for forælders funktion. At læse og reagere på spædbarnets tegn, følge babyens udspil i spisnings- og ble-rutiner såvel som i leg, og standse op et øjeblik for at se barnet og undre sig over, hvad det måske tænker og føler, er alle elementer i det regulerede forældreskab

Overgangen til forældreskab

MTB tilbydes under overgangen til forældreskab, en følsom periode med hurtige fysiske, neuroendokrine, neurobiologiske, følelsesmæssige og sociale ændringer, der indgår som væsentlige elementer i forældreskabet. (Se Slade & Sadler, 2018 for en gennemgang.) Fra graviditetens andet trimester opfordres mødre og blivende fædre til forsigtigt at finde ud af deres følelser med hensyn til det at blive forældre og forestille sig, hvem deres baby kan blive og tænke over, hvilken slags forælder, de håber at blive.

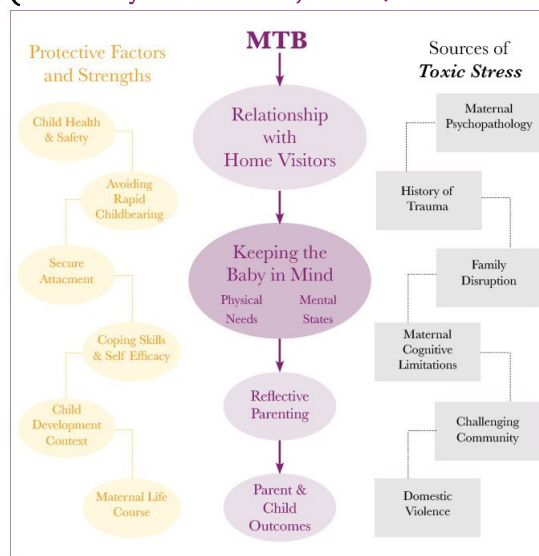
Traume-informeret

Dårlige oplevelser i barndommen, herunder kronisk fattigdom, vold mellem mennesker og i samfundet, og alle former for mishandling af børn (fysisk, følelsesmæssig, seksuel og misrøgt) har dybe og vidtrækkende virkninger på tværs af generationer (Garner, 2013; Lieberman, Ghosh Ippen og Van Horn, 2015). Forældre der selv har oplevet traumatiske forhold i barndommen skaber ofte nogle mønstre ind i voksenlivet; mange af disse er følgevirkninger af komplekse udviklings- eller tilknytningstraumer (Courtois, 2004; Slade, Simpson, Webb, Albertson, Close, & Sadler, 2017; van der Kolk, 2014). I indgåelsen og opbygningen af relationer til familier, der venter barn, fokuserer vi først og fremmest på at etablere sikkerhed i det terapeutiske forhold og på at hjælpe forældre med at udvikle måder til at håndtere intense stressresponsen.

Når vi har etableret en tryk og god terapeutisk relation, arbejder vi på at adressere deres traumatiske oplevelser på måder, der er respektfulde og understøttende. Relateret til traumespørgsmålet er den nyligt etablerede viden om toksisk stress, der defineres som stærk og hyppigt langvarig modgang uden voksnes støtte (Shonkoff, 2012). En af de mest potente påvirkninger af vedvarende traumer for forældre og små børn er den kroniske forhøjelse af stresshormoner, hvilket kan føre til en række fysiologiske, neurobiologiske, hormonelle og epigenetiske ændringer og forringe udviklingen af højere kortikale funktioner (fordi kroppen faktisk altid er under belejring). Vedvarende situationer med højt stressniveau kan forhindre, at en forælder er opmærksom på og reagerer følsomt på sit barns behov, herunder at beskytte barnet mod de samme stressfaktorer. Figur 1 nedenfor illustrerer de

beskyttende faktorer, som MTB fremmer for at hjælpe med at afbøde toksisk stress hos barnet.

Figur 1
(MTB beskyttende faktorer, der afbøder toksisk stress)



Kulturelt informeret

Kultur giver ethvert menneske en ramme, inden for hvilken det kan fortolke verden. Familie og samfund opnår dette for børn gennem socialisering. Kulturelle værdier og skik og brug læres ofte på en indirekte og ubevidst måde gennem forældrene ved aktiviteter i hjemmet såvel som ved verbal og ikke-verbal kommunikation. Hvordan klinikerne forstår og respekterer forskellene i værdier mellem os selv og de familier, vi arbejder med, kan påvirke det forhold, som klinikerne udvikler til familierne i MTB.

Forældrenes mål i de fleste kulturer er ens, selvom de måske prioriteres forskelligt. Forældre ønsker typisk, at deres børn skal være lykkelige, sunde, respektfulde, intelligente og i stand til at følge instrukser. Nogle kulturer lægger stor vægt på det at kunne komme ud af det med familien og understreger betydningen af indbyrdes afhængighed og værdsætter lydighed og loyalitet. Nogle kulturer værdsætter selvhjulpenhed og kritisk tænkning med det formål at give deres børn færdighederne til at være kreative og efterhånden uafhængige af familien. Som klinikere ønsker vi at fremme følsomt forældreskab ved at hjælpe forældrene med at forstå deres barns behov og perspektiv inden for deres egen kulturelle kontekst.

Klinikerne indtager den studerendes holdning og er oprigtigt interesseret i den måde, hvorpå forældre lærer deres børn om vigtige emner. En kliniker skal muligvis spørge om betydningen af ord eller sætninger, der ser ud til at blive brugt på en usædvanlig måde. At tale åbent og eftertænksomt om forskelle hjælper unge forældre med at blive bevidst opmærksomme på deres egne værdier. Når familiens håb, værdier, ordforråd og mål afklares, kan klinikerne bruge denne viden til at arbejde sammen

med forældrene med mindre forvirring og færre misforståelse. Brug af et genogram kan være nyttigt til forståelse af forskellige elementer i en forælders familiebaggrund med hensyn til medicinsk og mental sundhed såvel som kulturelle forskelle. En meget nyttig nøgle og et eksempel på genogram findes i Waters, Watson og Wetzel (1994).

Stærke bånd til samfundet

Højrisikofamiliernes mangfoldige behov taget i betragtning er det afgørende, at MTB skaber forbindelser til forbindelse både sundhed og social støtte, hvor det er nødvendigt. MTB-klinikerne kommer i kontakt med myndigheder inden for sundhed, mental sundhed og med sociale myndigheder. Alliancen mellem hjemmebesøgsprogrammet og samfundets øvrige myndigheder betyder, at der er en række professionelle kolleger, så klinikerne kan hjælpe familien med deres behov. Udvikling af effektive kommunikationsmetoder mellem MTB-klinikerne og de øvrige myndigheder forhindrer, at interventionen bliver afsporet af familier med mangesidige behov, der spiller den ene velmenende kliniker ud mod den anden.

Kapitel 3: Forbedring af forældres RF – refleksive funktion

Som beskrevet nedenfor er der forskellige strategier, det kliniske team anvender for at fremme udviklingen af forældrenes reflekterende evne for dermed at opbygge et sikkert tilknytningsforhold, hvilket er centralt for den optimale mentale sundhed hos spædbørn.

Opretholdelse af en reflekterende holdning

Klinikere forsøger altid at opretholde en reflekterende holdning (hvilket kan være meget vanskeligt). Ofte betyder det, at man sørger for at være fokuseret inden et besøg, inden man træder ind i hjemmet. Klinikerens evne til at reflektere giver forælderen mulighed for at opleve sig selv som reflekteret over af en omsorgsfuld person, nemlig klinikerne; det er selvfølgelig, sådan vi håber, at barnet til sidst vil opleve forældrene.

Den reflekterende kliniker:

- tænker på adfærd i form af mentale tilstande (følelser), skaber forbindelser og fremmer nysgerrighed og åbenhed omkring mentale tilstande hos barnet, forældrene og sig selv
- opfordrer forældrene til at holde pause og reflektere ved at forsøge at bremse situationen og se på, hvad der sker, hvilket fremmer undren
- forstår, at refleksion er en ny færdighed for forældrene og, at den kan være udfordrende, især når følelserne er stærke
- forsøger på at bryde cyklusser af ikke-mentaliserende interaktioner (Fearon, et al., 2006)
- værner om små ændringer i forældrenes tænkning og adfærd
- tager mange beslutninger under hjemmebesøget, afprøver en tilgang, vurderer forældrenes reaktion, prøver en anden strategi og vurderer den samlede effektivitet af disse forsøg
- modstår trangene til at gøre noget som svar på forældrenes bekymringer eller egne udløste reaktioner

- erkender, at et vedvarende behov for problemløsning kan afspejle klinikerens egne vanskeligheder med følelsesregulering

At tale for barnet

Denne tilgang hjælper med at tydeliggøre babyens behov og ønsker, såvel som forældrenes tanker og følelser (Carter et al., 1991). Det kan hjælpe, hvis man omformulerer babyens intentioner og normaliserer babyens opførsel. Måder hvorpå man taler for babyen inkluderer:

- Spekuler højt/brainstorme. For eksempel: "Jeg spekulerer på, om babyen lavede det ansigt, fordi han var forvirret, da du trak flasken væk?"
- Brug af "forklarende udsagn." For eksempel: "Nogle gange føler mødre sig overraskede over, at de ikke føler, at de elsker deres baby, når han/hun er blevet født. Nogle gange kræver det, at forældre lærer barnet at kende, før de kommer til at elske det."

At tale for forælderen

Denne tilgang hjælper med at give moderens oplevelsen af sig selv som forælder en stemme og tilskynde hende til at udtrykke følelser omkring den forestående fødsel eller hendes egen udviklingsmæssige/psykologiske historie (f.eks. "Jeg spekulerer på, hvordan det føles for dig..."). Det er dog vigtigt at erkende, at traumatiserede forældre eller dem, der ikke er verbalt udtryksfulde, kan fremstå dysregulerede, når de bliver bedt om at tale om deres følelser. I disse tilfælde kan klinikerens blive nødsaget til at gætte (f.eks. "Nogle mødre føler sig lidt bange, når de tænker på fødslen, jeg ved, det kan lyde ret overvældende...").

At lytte, observere og spørge aktivt

- Observer højlydt og uddyb forælders affekt
- Afbryd eskaleringen af negative mønstre eller fortolkninger fra familiemedlemmer ved at omformulere med neutrale ord
- Afklar forældres brug af ord/ordforråd
- Bed forældrene om at sætte ord på deres opfattelse af børn og forældreskab
- Bed forældrene om hjælp til at forstå deres syn på situationen
- Stil spørgsmål. For eksempel: "Hvorfor tror du, at din baby reagerede på den måde?" "Hvad kan der ellers ske?"
- Udfordr forældre på en spøgfuld og venlig måde. Spørg f.eks. "Har du oplevet, at råben har stoppet barnet i at røre ved ting?"
- Vær opmærksom på, at selv nysgerrig spørgen til tider kan fortolkes som snagen eller krænkende for deres privatliv. Dette gælder især, hvis forældrene kun har ringe erfaring med denne type opmærksomhed.
- Gennemgå på en uformel måde ændringer og opnåede resultater i løbet af de sidste uger, måneder osv.
- Hjælp forældrene med at udvikle en fortælling eller historie om deres liv, om at blive forælder osv.
- Verbalisér forælders styrkesider

-
- Genopfør en situation: dette kan gøres ved i et rollespil at gennemspille potentielt vanskelige situationer med forældrene

Håndtering af forælders stress

- Lav en arbejdsplan inden fødslen (Simkin, 1992)
- Normaliser forandringsstadierne i tider med stress (Prochaska & DiClemente, 1986)
- Brug mindfulness og afslapningsteknikker til at udvikle forælders evne til at reflektere og overveje

At hjælpe forælderen med at læse barnets tegn

Efter fødslen ser og lytter forælderen efter tegn, som fortæller om barnets behov og følelser; disse tegn findes i babyens ansigtsudtryk, kropssprog og gråd og hjælper i høj grad forælderen med at lære sit barn at kende. At observere barnets tegn og forstå, hvad de udtrykker, hjælper forælderen med at lære barnets behov at kende og opfylde dem rettidigt. Gradvist opbygges en følelse af kompetence.

En kliniker kan bruge spædbarnets adfærd og forælders respons på babyen som en indgang til at stille sonderende spørgsmål eller tale for babyen og dermed forbedre forælders evne til at forstå barnet.

At forstå, hvor barnet vil hen

Klinikere fremhæver generelt det vigtige i en forståelse af, hvor barnet vil hen, for dermed at hjælpe forældrene til en forståelse af barnet. Dette indebærer at se, vente og undre sig (Cohen, et al., 1999); MTB-klinikerne henvender sig til barnet og er nysgerrig med hensyn til hans eller hendes ønsker og intentioner, hvad enten det drejer sig om omsorg eller leg.

I stedet for at gøre noget er klinikerens største opgave at lade barnet invitere os ind i sin oplevelse. Dette betyder, at man skal stoppe op og observere barnet, at man skal være sammen med det på en anden og mere eftertænksom måde og derefter overveje en respons, som beror på observationer af dets handlinger, adfærd og følelser.

At filme forælder – barn interaktioner

Vi foreslår, at klinikere filmer interaktionen mellem forældre og barn, når det er muligt, typisk ved hjælp af en iPhone eller iPad. Dette kan gøres på en uformel, afslappet måde; film kan derefter gennemgås af klinikerne og forældrene sammen. Gennemgang af interaktioner sammen giver klinikerne mulighed for at:

- Hjælpe forældre med at sænke tempoet, tage en pause og reflektere over sig selv, babyen og hvordan de interagerer sammen. Dette kan tjene som en forælder-"time-out" til at tænke over og fokusere på babyen på trods af alt det, der forstyrrer rundt om i en travl hverdag.
- Invitere forældre til at reflektere over deres interageren med barnet - opfordre forældre til at være nysgerrige, til at observere og lægge mærke til, til at sætte ord på tanker og følelser og forestille sig babyens.
- Svare på forælders kommentarer (positive og negative)

- Forklare interaktionen, når I ser videoen sammen, f.eks. "Måske griber han fat i dine øreringe, fordi de er lyse og skinnende og så interessante for ham."
- Påpeg, når forældrene klarer sig godt: "Se hvor godt hun har det med at prøve noget nyt, fordi hun føler sig i sikkerhed med dig i nærheden."

At hjælpe forældre med at deltage i barnets leg

Opbygning af legefærdigheder hos både forældre og småbørn er et centralt fokus for MTB-klinikers arbejde i det andet år af interventionen. Evnen til at lege er forankret i forholdet mellem forælder og barn (Slade, 1994). Leg er et redskab, som børn bruger til at udtrykke følelser, håndtere konflikter, afprøve forskellige synspunkter og forholde sig til vanskelige oplevelser. MTB-forældre udfordres, når leg skal være en integreret del af forholdet til deres børn. Mange har ikke haft legoplevelser i deres egen barndom og mangler derfor forståelse for legens værdi.

MTB-klinikerens rolle er at introducere forældrene til forskellige måder at engagere babyen på, som er morsomme og som skaber plads til, at de kan nyde deres baby. Brugen af bøger, sange, fingerlege og enkle former for legetøj, der er udviklingsmæssigt passende, har til formål at præsentere forældrene for de udviklingsmæssige, sociale og følelsesmæssige funktioner i legen samt at give det lille barn, der er i fuld gang med at udvikle sig, mulighed for at udforske og udnytte dets voksende kognitive, motoriske og sproglige færdigheder, nu hvor det begynder at få forståelse for, hvad det oplever. Klinikerens bruger leg til at:

- Vise leg til forældre, der måske har manglet leg/morskab i deres egen opvækst
- Vise og forklare udviklingen i legen, når babyen bliver til et lille barn, der bruger mere efterligning og bruger forestillinger i legen
- Vise at leg har betydning ved at lege med barnet
- Vise hvordan man leger med babyen eller det lille barn
- Vise hvordan man bruger simpelt legetøj
- Påpege babyens færdigheder og intentioner; brug f.eks. en udviklingsmæssig forklaring til at belyse, hvorfor et barn vælter det tårn af klodser, som forældrene lige har bygget

At bruge gulv-tid

Begrebet gulv-tid giver mulighed for et afgrænset tidsrum, hvor en mor eller far måske i ti minutter om dagen kan tilbringe tid på gulvet med babyen og gå ind i barnets verden (Greenspan 1992). I dette tilfælde har barnet lov til at "tage føringen" og vise forældrene, hvad der interesserer ham eller hende og indlede en legende interaktion uden at blive instrueret.

Når forælder, baby og kliniker leger sammen, bruger klinikerens denne tid til at hjælpe forælderen med at:

- Lade babyen bestemme
- Efterligne babyens adfærd som en måde at se tingene fra barnets perspektiv på
- Læse babyens tegn

- Styrke forældrenes observationsevne
- Styrke og forme forældrenes adfærd
- Behandle fejlfortolkninger og fejlagtige forklaringer
- Foretage ikke-fordømmende observationer vedrørende tilknytningsadfærd

At lege med familien og nyde baby

Lysten til at lege er hos klinikerne, forældrene og barnet meget vigtigt og er ofte nøglen til autentisk kommunikation og nærhed. Således opfordres klinikerne til at:

- Finde måder at lege med familien på
- Inkludere andre familiemedlemmer eller familiens kæledyr
- At have en høj grad af humoristisk sans, også når det gælder ens egne fejltagelser; for eksempel når du låser nøglerne inde i bilen, træder i en vandpyt osv.

Forældrenes evne til virkelig at nyde barnet er også nøglen. Klinikerne opfordrer forældrene til at:

- Holde babyen
- Synge for babyen
- Give babyen mad på opfordring
- Give babyen mad ansigt til ansigt og med god øjenkontakt
- Smile og fastholde babyens blik
- Udtænke en beroligende og forudsigelig rutine
- Tale og beskrive babyens verden over for babyen
- Massere babyen

Yderligere tilgange

Yderligere tilgange til at forbedre forholdet mellem forældre og barn inkluderer:

- Find hele tiden måder at bringe fokus tilbage på barnet
- Bevar fokus på forholdet mellem forældre og barn midt i kaos
- Forøg forældrenes bevidsthed om forstyrrelse og overstimulering af barnet
- Anerkend moderen som ekspert, når det gælder hendes egen baby
- Undervis i effektive forældre-færdigheder
- Brug foregribende vejledning og beskriv, hvad der kan ske
- Tænk på forældrens og babyens temperament og tilpasningsgraden
- Drag paralleller mellem forældrens og babyens ønsker og følelser
- Når mor og barn er adskilte. Spørg: "Hvordan føltes det for barnet? For dig?"
- Tilskynd forælderen til at tænke over sine egne behov og egenomsorg
- Hjælp forælderen med at løse problemer ved at:
- Prioritere
- Planlægge trin for trin
- Brainstorme

Fremhæv fremskridt ved at bemærke, forstærke og fejre:

- Forældrenes bestræbelser på at lære nye måder at tænke og/eller handle på
- Bevægelse (også trinvis) mod familiens mål
- For eksempel: "Wow! Kan du huske, da det var virkelig svært for dig? Se, hvor anderledes det er nu!" eller "Du begynder virkelig at turde gøre det her på en ny måde."

Selvvurdering efter hjemmebesøget

MTB-klinikerens opfordres til regelmæssigt at vurdere niveauet for egen professionel refleksion under besøget. Her er nogle nyttige spørgsmål. Brug også MTB-behandlingsmanualen, hvor du finder et vurderingsværktøj.

- Var jeg i stand til at opretholde en reflekterende holdning?
- Var jeg i samklang med forældrens og babyens behov?
- Har jeg en fornemmelse af forholdet mellem mor og barn, far og barn, far og mor og hvert familiemedlems forhold til MTB-klinikerens?
- Hvad kæmpede jeg med?
- Var jeg i stand til at bringe forældrene tilbage til babyen?
- Hvad har jeg brug for at kommunikere med min kollega/supervisor?
- Hvad er de næste trin?

Kapitel 4: Tværfaglig praksis: Koordinering og integration af pleje

Tværfagligt teamwork svarer til tværkulturelt arbejde. Hver disciplin har sine egne domæner, sprog og styrker og ser verden gennem en bestemt professionel linse. For den enkelte kliniker kan der ligge en vis sårbarhed i at skulle acceptere nye perspektiver og arbejdstempo eller klinikernes overlappende roller. Nysgerrighed, medfølelse og et mål af ydmyghed over for mødre og kolleger er afgørende for MTB-klinikerens arbejde.

Tilgange til pleje

Nedenfor er en oversigt over nogle af de didaktiske og teoretiske tilgange, som sundhedsplejersken bruger i sit arbejde med familierne. Denne liste skal ikke ses som værende udtømmende. Disse tilgange er ikke unikke for MTB-programmet, men hensigten med at have en tilgang er at vække forældrenes RF (refleksive funktion) til live og pleje den. At indtage en reflekterende holdning er et væsentligt aspekt af sundhedsplejerskens rolle. Yderligere forklaring og eksempler findes i MTB Treatment Manual – MTB behandlingsmanualen.

- Forebyggende vejledning
- Sagsstyring og henvisninger
- Udviklingsscreening
- Individuel behandlingsplan
- Arbejdsplan (se bilag I)
- Neonatal vurdering
- Stressreduktionsteknikker

Tilgange til mental sundhed

Både den familieterapeutiske og den sundhedsmæssige del i interventionen sigter mod at støtte kommende forældre psykologisk og følelsesmæssigt, når de forbereder sig på overgangen til forældreskab. MTB-klinikeren er afhængige af en række veletablerede terapeutiske teknikker såsom: indsamling af psykosocial historie (inklusive brug af genogrammer til at give et billede af begge forældres familieforhold), spædbarn-forældre-psykoterapi og støttende rådgivning til forældre, video feedback og familie- og kriseindgreb.

Graviditetsinterviewet (Slade, 2003) tilbydes til både mor og far for at man kan danne sig et billede af deres intentioner, tanker og ønsker om at blive forældre. De tre ting, som forældrene ønsker for deres baby i slutningen af interviewet, giver ofte indikationer for mål- og behandlingsplanlægningen og indarbejdes for at styre fokus for tilgange til familien. Post-partum sundhedsvurderingen fortsætter løbende for begge forældre. Her er det vigtigt at huske, at symptomer på fødselsdepression kan være forskellig hos mødre og fædre på grund af hormonelle udsving og socialisering baseret på køn.

Endelig bygges der bro til støtteforanstaltninger for at imødekomme familiens umiddelbare økonomiske og konkrete behov. Målet er at skabe balance mellem servicebehov og det reflekterende arbejde.

Team kommunikation: "Lagdeling" af arbejdet

Et af de vigtigste elementer i arbejdet er klinikernes evner til at kommunikere med hinanden og hele tiden bygge videre på hinandens arbejde. Nogle nøgleprincipper for lagdeling af arbejdet er som følger:

- Enhver profession har sit ekspertiseområde, og to klinikere kan forholde sig til de samme emner ud fra hver faglige perspektiv (dvs. forældre sundhed, forældre livsforløb, barnets sundhed og udvikling, forældrerollen, forældrenes mentale sundhed, spædbarnets mentale sundhed og social støtte).
- Mange emner er afhængige af hinanden og bygger på hinanden.
- Hver kliniker søger efter en indgang til at integrere sit arbejde med kollegaens arbejde og holde fokus på RF – opretholde professionel refleksiv holdning.
- Teamet og supervisorerne skal give rig mulighed for kommunikation og skabe et sikkert miljø for sagsgennemgange og dialog.

Værdien af to klinikere

Bortset fra det faktum at sundhedsplejersken og familieterapeuten bidrager med forskellige færdigheder og perspektiver til arbejdet, er der stor værdi i at have to klinikere, der regelmæssigt interagerer med familierne, typisk skiftevis, men også fælles besøg. Blandt fordelene er:

- Regelmæssig kommunikation om dynamik, livsbegivenhederne og de observationer og indtryk, de har oplevet under besøg.
- Sammenkædning af interventioner; opfølgning af den andens besøg i en glidende overgang
- Familierne lærer at bruge klinikerne alt efter deres ekspertise
- Når klinikerne er i dialog og tydeliggør deres roller, er de mindre tilbøjelige til

-
- at føle sig i konkurrence eller føle et særligt "ejerskab" til familien
 - Klinikerne udbygger deres viden og får større tillid til egne og teammedlemmets evner
 - Klinikerne lærer at være hinandens trygge klangbund

Barrierer for tværfagligt teamwork

Teamwork kan være komplekst. Derfor er det vigtigt at være opmærksom på følgende potentielle udfordringer ved at arbejde sammen.

- Familier kan prøve at spille en kliniker ud mod en anden.
- Klinikerne kan se forskellig adfærd eller høre forskellige 'historier' og tro, at de hver især har alle de rigtige oplysninger.
- Klinikerne kan overvælde sin partner med stor følsomhed over for begivenheder.
- En kliniker kan være fordømmende og/eller bebrejdende.
- Der kan være en manglende diskussion af modoverføringsreaktioner eller stærke følelser med hensyn til familierne.
- Konkurrence kan forekomme mellem klinikerne; f.eks. hvem kan klienten bedst lide? Hvem er 'mest nyttig' for klienten?
- Der kan være en manglende forståelse af forskelle i personlige grænser; klinikere vil ofte have forskellige tryghedsniveauer og grænser, og disse skal respekteres.
- Klinikere kan vælge at undgå at udtrykke afvigende tanker og meninger.

Kapitel 5: At arbejde med unge forældre

Unge mødre står over for mange samtidige udviklingsmæssige krav, når der opstår nye roller under graviditet og tidligt forældreskab (Moriarty Daley, Sadler & Reynolds, 2010; Sadler & Cowlin, 2003). Nogle væsentlige udviklingsmæssige udfordringer opstår, når de krav, ungdomslivet stiller, ofte er i modstrid med de krav, det nye forældreskab stiller. Se tabel 1 vedr. udviklingskonflikter.

At hjælpe unge forældre

Når du arbejder med unge forældre, så husk at de var teenagere, før de blev forældre. Nogle gange kan deres adfærd eller ræsonnementer virke forvirrende. Her kan det hjælpe at tænke på unges udvikling generelt. Hjernes udvikling er en stadig igangværende proces, hvor den følelsesfokuserede amygdala-del af hjernen dominerer, mens den præfrontale cortex (udøvende funktion) stadig udvikler sig.

At huske på det kan hjælpe med at afmystificere nogle af de beslutninger, teenagere træffer, eller i forhold til de måder de fejlagtigt fortolker ansigtsudtryk (f.eks. frygt for vrede) eller mistolker deres spædbarns udviklingsmæssigt normale reaktioner.

Du kan hjælpe teenagere med at komme videre med deres kognitive udvikling ved at hjælpe dem til at bruge rationelle beslutningsprocesser, problemløsninger og planlægning alt efter deres barns behov og ændrede evner.

Unge lever ofte komplekse liv og reagerer godt på voksne, der er ægte interesserede

og omsorgsfulde.

Mange teenageforældre har været traumeeksponeret, før de blev gravide og nogle har seksuelt misbrug som en del af deres livshistorie. De kan også have kæmpet med boglige fag, forholdet til jævnaldrende og med at finde forskellige rollemodeller i deres liv før graviditeten.

At hjælpe teenageforældre med deres egen udviklings- og livsforløbsplaner (især ved at forsinke hurtigt efterfølgende fødsler og derved færdiggøre uddannelse) er en yderligere værdi, vi giver disse unge forældre. Det viser dem også, at vi er interesserede i dem som både enkeltpersoner og som forældre

Kliniske tilgange

I hjemmebesøgsprocessen er der ofte kliniske problemer, der er specifikke for teenageforældre og deres spædbørn og småbørn. Generelt bør undervisning og coaching vedrørende sundhed, udvikling og forældrespørgsmål være så konkret som muligt med praktiske tilgange, brug af video, når det er muligt, og hjælp til at foregribe forældreproblemer, der sandsynligvis vil dukke op i den relativt nære fremtid (6-12 måneder eller flere år)

Fædrene involverer sig på mange forskellige måder, og i nogle tilfælde har teenagemoren en ny partner, der ønsker at blive involveret i opdragelsen af hendes barn.

Teenage-mor/far dyader kan have fordel af parrådgivning, da deres forhold ofte er kriseorienterede og ikke altid er permanente; dog sker det, at kontakten mellem far og barn fortsætter. Fokus for meget af rådgivningen er, at hjælpe det unge par med at sætte barnets tarv over deres egne beslutninger vedrørende deres eget indbyrdes forhold.

Tabel 1. Udviklingsmæssige konflikter blandt unge mødre

(Tilpasset efter Sadler & Cowlin, 2003)

ADOLESCENCE

Identitetsproblemer	Rolleeksperimentering
	Tid med jævnaldrende
	Større behov for søvn
Uafhængighed og Individualisering	Svækkelse af afhængighedsbånd til forældre/familie
	Ønske om mere tid med venner; mobilitet
Den unges kognitive udvikling	Konkret, belønningsorienterede argumenter; hjernen er endnu ikke færdig med at udvikle sig
	Egocentrisk fokus på egne problemer/behov
	Teenage-moderhjernen; mistolker følelser/ansigtsudtryk; evnen til empati stadig under udvikling

BILAG 2 (skema "MODERSKAB – EKSEMPLER")

MODERSKAB	EKSEMPLER
Specifikke forælderroller & ansvarsområder	At tage babyer med ud til klubber/fester
24/7 jobbeskrivelse	Erkendelse af behovet for at planlægge og takke/gøre gengæld for hjælp
Søvnmangel	
Forøget afhængighed af familien mht. økonomisk hjælp og hjælp til børnepasning	Oplevelsen beskrives nogle gange som "livsreddende"
Mere bundet til hjem og familie på grund af barnet	Barnefødsel og afslutning af ungdomsuddannelse
Forveksling af egne tanker/ræsonnementer med babyens; vanskeligt at se barnet som adskilt fra eget jeg	Raserianfald hos mor/barn; "Han er en møgunge lige som mig" (3 måneder gammel baby); "Hun skulle være klog nok til ikke at falde ud af sengen. Det er hendes egen skyld."
Moderrollen kræver fremadrettet planlægning, at man tænker på konsekvenser, at man forudser barnets adfærd (sikkerhed)	Problemer med disciplin; problemer med at forkæle spædbørn

BILAG 3 (skema "Ungdom")

Seksuel udvikling	Tilpasning til fysiske forandringer i puberteten; kan føles ubehageligt og relativt uinformeret om seksualitet trods seksuel aktivitet
Tilknytningsproblemer	Historie med og fortsat tilknytningsproblemer med egne forældre/omsorgspersoner; højdepunkter i graviditeten med hensyn til forholdet til/følelserne over for moren Familiencykluser med teenageforældreskab hvor andre familiemedlemmer har opfostret teenagemoren Uløste tilknytningsproblemer mellem teenageren og hendes biologiske mor

Bilag 4, skema "Moderskab – Eksempler"

MODERSKAB

EKSEMPLER

Tilpasning til fysiske ændringer i graviditeten, post-partum perioden og amning

Reaktioner på amning som værende "væmmelig" – behov for hjælp til at det bliver "ok", skønt dette er afhængigt af holdninger/praksis i familien. Mas aldrig på/insister ikke

Samtale om tilbagevenden til fertilitet/behov for prævention

Benægtelse af behov for prævention på trods af nylig graviditet

Seksuelt pres; udnyttelse af partnere

Gradvis & vedvarende vejledning om forælders refleksive funktion som vigtig for at styrke spædbarnets tilknytning

At lære om spædbarnets mentale stadier, følelser & individuelle behov; der skal tages højde for teenagerens kognitive stil & perspektiv; videooptagelser kan analyseres sammen; at give eksempler – at tale *for* barnet kan hjælpe med dette

At undervise unge forældre

Når du underviser unge forældre, så husk følgende teknikker og temaer:

- Brug konkrete, enkle, nutidige oplysninger
- Kommunikér basale oplysninger; pas på professionel jargon; bed om spørgsmål.
- Demonstrér børns udvikling når det er muligt.
- Sikkerhed og disciplin er vigtige men vanskelige emner.
- Spørg om spise- og ammemønstre og om der er brug for hjælp
- Vurdér og hjælp med at støtte teenagerens præventionsplan med hyppige intervaller.

Kapitel 6: Praktiske aspekter ved hjemmebesøget

Familierne håndterer ofte flere og samtidige stressfaktorer, som relaterer sig til basale behov, boligsituation, vold i familien eller samfundet samt individuelle mentale og fysiske sundhedsspørgsmål. Ofte er der risiko for, at disse problemer leder klinikerne bort fra deres primære fokus.

Klinikerne foretager hele tiden, sammen med forældrene, vurderinger; de revurderer og træffer beslutning om hvilke problemer, der skal behandles og i hvilken rækkefølge. Udfordringen for klinikerne er at fortsætte med at relatere alle samtaler til forholdet mellem mor og barn, samtidig med at de holder styr på deres egne følelser. Det er helt normalt at opleve stærke følelser over for det, der observeres og høres. Se figuren nedenfor:

Figur 2

Opbygning af engagement/relationer under hjemmebesøget

Forekommer klienten at være engageret?

Er der en krise eller et umiddelbart konkret behov?

Er der et sikkert sted, hvor der kan interageres med familien?

Familiens agenda Sundhedsmæssige bekymringer Mentale sundhedsmæssige problemer Forældreskabsspørgsmål/-problemer Spørgsmål/bekymringer vedr. barnets udvikling Morens livsforløb Familedynamik Sociale bekymringer Sikkerhed i forhold til omgivelserne Tag fat i disse bekymringer og inddrag babyen i besøget. Acceptér morens følelser; se efter & lyt efter udtryk for RF - refleksiv funktion - som indgangsvinkel.		Hvordan bevæger vi os mod en refleksiv agenda? Hvordan kan dette øjeblik anvendes til at øge morens bevidsthed om selvet? Spædbarnet? Deres forhold?  Vælg en strategi implementér evaluér Udviser mor en forøget RF? Fortsæt/skift teknik
Refleksiv agenda Styrk morens evne til at identificere sine følelser, babyens følelser og hvordan følelser påvirker mors og babyens følelser. Arbejd med at styrke den sikre tilknytning. Styrk morens følelse af selvhjulpethed		Husk morens: Læringsstil Kognitive evner Læsefærdighedsniveau Mentale helbredstilstand Alder Udviklingsstadiet Kultur

AFSLUT BESØGET

Fremhæv de ændringer, moren har foretaget i sin måde at tænke på/i sin adfærd

Gennemgå og vurdér dit eget arbejde som kliniker efter besøget. Hvad følte du?

Hvad kæmpede du med? Havde du fornemmelse for morens behov?

Planlægning af hjemmebesøg

Hjemmebesøg varer typisk ca. en time. Der er dog tilfælde, hvor hjemmebesøg kan vare flere timer eller, hvor de kan forkortes. Længere hjemmebesøg er åbenlyst påkrævet, når der er krise, eller når der er brug for, at forældre skal ledsages af MTB-klinikerens til en aftale hos lægen eller socialforvaltningen. Derimod synes nogle forældre, at en time er "for meget", og så har de måske brug for kortere og muligvis hyppigere besøg. Det kan føles svært at tage afsted efter en time, hvis familien har mange bekymringer, men på den anden side er det svært for familien og klinikerens at være opmærksomme i mere end 60 minutter, og et længere besøg er ikke nødvendigvis produktivt.

Placering af besøgene

Mens størstedelen af hjemmebesøgene finder sted i MTB-familiernes hjem, kan der være omstændigheder, hvor forældre måske ikke ønsker, at klinikerens skal komme ind i hjemmet. Man kan da forhandle med familien om, at besøget foregår et andet acceptabelt sted. Det kan være et offentligt tilgængeligt sted som f.eks. børnenes legerum på biblioteket, en café eller et ledigt lokale på det lokale sundhedscenter.

Når forældrene har særlig travlt, kan MTB-klinikerens også være kreative og møde forældrene i en frokostpause på arbejdet eller i skolen eller gennemføre besøget, mens de kører moderen til en aftale eller hjem fra arbejde eller skole. Denne type besøg kan fungere som et nyttigt og tillidsskabende ydre tegn på engagement fra MTB-programmets side over for forældrene. Disse særlige tiltag er normalt midlertidige (ofte ændres arbejdsplaner, eller boligsituationen forbedres eller ændres), og derefter kan regelmæssige besøg i hjemmet blive genoptaget. Hvis en forælder fortsat har brug for transport, skal klinikerens hjælpe hende med at finde andre måder at klare problemet på.

Forslag til legetøj til at tage med til hjemmebesøg

Klinikerens medbringer legetøj til brug sammen med babyen under besøget, men dette legetøj efterlades ikke i hjemmet. Når babyerne bliver til småbørn, begynder de at forbinde den tasken med legetøj med sjove aktiviteter.

Legetøjet tjener mange formål, herunder at aflede en grædende baby, holde et lille barn beskæftiget, mens forælderen fortæller en lang historie om en nylig hændelse i familien eller til at demonstrere et barns nye færdigheder. Nogle forældre lader sig påvirke af klinikerens valg og køber et stykke legetøj svarende til det, som klinikerens har haft med. Alderssvarende og sikre former for legetøj skal vælges. Sikre husholdningsgenstande som f.eks. rene køleskabsbokse og låg opmuntrer også forældrene til at tænke kreativt med hensyn til, hvad børn synes er interessant at undersøge. De typer legetøj, der tilbydes, ændres, efterhånden som barnet vokser.

Valg og brug af brochurer

At vælge brochurer kræver tid og overvejelser. Emnerne skal være vigtige for moderen. Hun er en voksen elev og sjældent på udkig efter abstrakt teori. En rimelig retningslinje er kun at bruge et par brochurer pr. hjemmebesøg.

Nogle forvaltninger og sundhedscentre har veltillæggte brochurer, du kan bestille.

Overvej om brochuren er læsevenlig. Farve, diagrammer og billeder er meget nyttige, når nye begreber skal forklares. Når alt kommer til alt, får de disse brochurer som et supplement til det forløb, du guider familien igennem.

Det er nyttigt at læse brochuren sammen med forældrene, påpege, understrege eller slette de oplysninger, du ikke finder brugbare. Dette hjælper med til at styrke værdien af informationerne, da forældrene har hørt og set materialet.

Overvej forældrenes læringsstil. Måske fungerer en video eller en simpel demonstration bedre for nogle forældre. Interaktive brochurer eller spørgeskemaer kan gøre din fremlæggelse mere varieret.

Klinikerens sikkerhed

Klinikerens skal være opmærksom på sine omgivelser og ikke bringe sig selv i en risikobehæftet situation.Besøg kan altid omplaceres, eller man kan finde et andet sted til at mødes med familien, hvis et særligt sted eller situation ikke føles sikker.

Andre vigtige sikkerhedstips og -overvejelser omfatter følgende:

Stol på dine følelser og instinkter mht. sikkerhed under hjemmebesøg; det kan være nyttigt at diskutere problemet med teamet, så man kan støtte hinanden.

- Se på et kort eller en GPS-enhed, inden du kører ud til en ny adresse.
- Vid, hvor du skal parkere, og om dørklokken fungerer.
- Opbevar mobiltelefoner og bilnøgler let tilgængelige i en lomme.

Kapitel 7: Almindelige udfordringer

Når andre familiemedlemmer er hjemme

Typisk deltager moderen og potentielt babyens far i hjemmebesøg. Imidlertid deltager andre familiemedlemmer ofte i hjemmebesøget af forskellige årsager. Klinikerens bør anvende tid på at finde ud af hvorfor. Nogle familiemedlemmer kan have det dårligt med, at der kommer fremmede i deres hjem og underviser i, hvordan man kan være forælder på en ny måde. Lige som det forholder sig med forældrene, vokser accepten, når familiemedlemmerne føler sig hørt og forsikret om, at MTB-klinikerens er i deres hjem for at understøtte babyens og forældrenes følelsesmæssige og fysiske helbred.

Nogle emner er for private til at blive bragt på bane over for et større publikum, mens andre emner kan være interessante at lægge frem til diskussion for hele familien. For eksempel kan en diskussion af, hvordan sikrer hjemmet (fjernelse af potentielt farlige ting) betyde at mødre, fædre og andre familiemedlemmer bedre kan forstå hinandens synspunkter.

Aftaler som ikke overholdes

Aftaler, som ikke overholdes, udeblivelser, aflysninger og ændring af aftaler foregår hele tiden og er almindelige. MTB straffer ikke, når en aftale ikke overholdes, og vi antager heller ikke, at det afspejler en forældres manglende engagement i programmet (selvom det selvfølgelig kan være tilfældet). Generelt antager vi, at forældre er interesserede i programmet, og at andre problemer har fået dem til ikke at overholde aftalen.

Tidsplaner er udfordrende for mange forældre. MTB-klinikerne stræber efter at være maksimalt fleksible i disse situationer, selv om der er tidspunkter, hvor hun eller han

må forholde sig direkte til manglen på konsekvens for at kunne opretholde behandlingsforholdet. Konsistens og fleksibilitet skal afvejes over for hinanden.

Nogle familier lever i nuet og har svært ved at forstå, hvordan en ændring i deres planer kan påvirke MTB-klinikerens. Det er hensigtsmæssigt, at klinikerens hjælper forældrene med at tænke over måder, hvorpå de kan bruge deres telefonkalender eller påmindelser til at huske aftaler, og hjælper dem med at have det godt med at ringe op for at planlægge og ændre aftaler.

Man bør ikke antage, at en forælder ikke er tilgængelig simpelthen fordi hun eller han ikke svarer på telefonen eller svarer på en sms (selv om sms'er typisk er de mest pålidelige). Et forsøg på at foretage et hjemmebesøg bør stadig gøres. Hvis ingen åbner døren, skal man lægge en besked, hvor der står, at klinikerens er ked af ikke at kunne træffe familien og at hun/han vil prøve igen snart.

Klinikerens skal muligvis opsøge hjemmet flere gange i håb om at træffe forældrene hjemme. Telefoner går tabt eller går i stykker, familier flytter pludselig, arbejde og skole begynder og slutter uden forudgående varsel. De mindre åbenlyse forklaringer så som vold, tilskadekomst, sygdom og manglende evne hos mange unge forældre til at strukturere deres liv, så de kan overholde aftaler, er yderligere barrierer. Nogle gange behøver man bare at give familien en kort 'ferie' fra de ugentlige besøg.

Fastholdelse og geninddragning af familier

MTB har haft stor succes med at fastholde familier, som har været vanskelige at komme i kontakt med, eller hvor det har været vanskeligt at fastholde deres engagement. Denne succes skyldes dels programmets fleksibilitet og dels vores accept af de enorme barrierer, disse familier står over for, når det drejer sig om at indgå i denne form for relation.

Den vedholdenhed, som klinikerne udøver for at bevare forbindelsen til forældre, kan vække mange stærke følelser i klinikerne. Det er svært ikke at føle sig afvist eller irriteret efter mange aftaler, som ikke er blevet overholdt. Klinikerne kan være bange for, om de har sagt eller gjort noget, som har krænket familien. De spekulerer på, hvad de skal stille op med deres tid, når en aflysning ændrer deres tidsplan i sidste øjeblik. Selv om dette niveau af vedholdenhed kan føles ubehageligt for klinikerens, værdsætter familien det ofte.

Det kan være stressende og tappe klinikerens energi, når hun eller han rækker hånden ud til familier uden at opnå et resultat. I tilfælde med familier, som er vanskelige at inddrage eller talrige gange ikke er dukket op, kan det være gavnligt for klinikerens at tage en kort pause fra at forsøge at kontakte en mor.

At indgive skyldfølelse forbedrer ikke forholdet til vores familier. Klinikernes opgave er at give udtryk for medfølelse og nysgerrighed og håbe, at forældrene vil vise en lignende forståelse over for deres baby, når konflikter opstår, når der sker ændringer i sidste øjeblik eller opstår misforståelser eller fejl. MTB har fundet de følgende fire nedslag, hvor klinikerens kan have brug for at engagere familien igen. At være opmærksom på familiens behov er det første skridt i retning af at engagere dem igen i programmet.

- Den første gang klinikerens måske bemærker, at forældrene er mindre tilgængelige, når det drejer sig om at mødes, er mod slutningen af graviditeten, hvor mange mødre oplever irritabilitet og et ønske om at vende sig indad og 'bygge rede'.

- Dette kan ske igen direkte efter fødslen. Familien ønsker måske at have de første par uger med deres baby som privat tid. Hvis klinikerne begynder at miste kontakten med forældrene i en af disse to perioder, kan de opretholde en positiv forbindelse til familien ved at foretage kortere besøg, anerkende morens og farens oplevelser som nye forældre og have nyttige ting med til dem. Efter et par uger kan klinikerne normalt genoptage de regelmæssige hjemmebesøg.
- Efter barnets første fødselsdag, når klinikerne kommer på to månedlige besøg, kan forældrene igen være svære at engagere. Der er adskillige grunde til dette lige fra ændringer i familiens liv relateret til arbejde eller skole og til problemer med at etablere en ny rutine.
- Endelig når barnet bliver 18 måneder, kan det være nødvendigt at genoverveje klinikerens tid sammen med familien. Moderens vellykkede tilbagevenden til arbejde eller skole kan gøre regelmæssige aftaler meget udfordrende. Mens klinikerne på den ene side er glade for, at mødre klarer sig så godt i deres valg af livsforløb, så skal de også være tilgængelige og dermed hjælpe familierne med at blive ved med at tænke på babyen - også i denne travle tid. Klinikerne forsøger at imødekomme disse ændringer ved at fastholde kontakten og være fleksible med hensyn til aftaletider.

At håndtere modstand

"Modstand" kan manifestere sig på mange forskellige måder. Forældre kan "forsvinde" eller - under selve hjemmebesøget - foretage telefonopkald, skifte emne, blive meget søvnige, skrue op for tv'et, afslutte besøget pludselig osv. Når man skal håndtere modstand, er det vigtigt at vurdere, hvad familien kan tåle på et givet tidspunkt. Hvis emnet, der diskuteres, fremkalder svære følelser eller ikke længere handler om babyens og forælders forhold, skal man bringe fokus tilbage på barnet. Andre tips og strategier inkluderer:

- Giv følelsesmæssigt svære emner en pause og vend tilbage til dem ved et andet hjemmebesøg. Husk disse emner, der virker som en barriere for forældrenes evne til at samarbejde dig. Skriv disse oplysninger ned, så du kan overveje, hvad du kan ændre, og hvad du skal acceptere. Vær opmærksom på, hvilke af dine egne værdier og bekymringer, der kommer til udtryk i den tid, du tilbringer sammen med forældrene.
- Vær opmærksom på familiens styrkesider.
- Vis tiltro til familiens evne til at kunne fortsætte med at tænke over emnet på en fordomsfri måde.
- Vend tilbage til de mål, I deler for barnet: 'Jeg vil have, at du og dit barn skal klare sig godt. Jeg vil gerne dele nogle ting med dig, som jeg har lært og som kan være nyttige for dig.'
- Vær opmærksom på, om det du foretager dig "fastholder" forælderen: hvilke grænser gør gavn og opbygger tillid? Måske hjælper det at have et fast tidspunkt for besøget, eller måske skal man være fleksibel i forhold til usædvanlige arbejdstider. Måske kan en afslappet optræden eller det, at man tilgiver, at en aftale ikke er blevet overholdt, betyde, at forælderen kommer til at slappe af og fokuserer på besøget.

- Husk at al beslutningstagen – din egen og forælders – er en løbende proces. Det sidste ord i sagen er ikke blevet sagt.
- Forhør dig om de andre familiemedlemmers følelser, holdninger og traditioner.
- Opdel mål i håndgribelige og fornuftige trin. Hjælp forældrene med at lave deres egen køreplan. Det kan være fristende enten at rose forældrene for deres ambitioner eller håbe, det vil lykkes for dem, eller advare dem om at deres forventninger er alt for optimistiske. Disse tilgange kan være nyttige, men kan ikke i sig selv hjælpe forældrene til at nå frem til deres mål.
- Foretag en "stavekontrol" på dig selv. Bruger du uvante ord, talemåder eller begreber? Omformulér og læg mærke til, om forælderen har forstået, hvad du mener. Gør dette ved at bede om et eksempel eller ved at stille et åbent spørgsmål.
- Vær bevidst om, at du sandsynligvis bliver misforstået oftere, end du forestiller dig. Selv hvis ordene, du bruger, indgår i forælders ordforråd, kan det tage tid at forstå dem. Hvis du er gået videre i samtalen, kan det være, at forælderen har tabt tråden og er forlegen ved at skulle stoppe op og bede om en tydeliggørelse. Læg mærke til om blikket bliver fjernt, om der skiftes til et andet emne, eller om der opstår rastløshed.
- Husk at det er normalt for unge og unge voksne at afprøve grænser. De har brug for at kende dig og dine grænser, også selv om de spiller op og provokerer. De vil gerne chokere dig. De vil komme til at glemme aftaler. De vil komme til at glemme at følge op på en aftale. Når vores mål er, at forældrene ikke skal være skrappe eller straffende eller udvise tydelig frustration over for deres børn, er vi nødt til at demonstrere denne rolige og tålmodige tilgang over for dem.
- Bliv ved med at være håbeful og ydmyg. Husk at "hjælp" og "forandring" kan betyde noget forskelligt for forskellige mennesker.
- Når det er særligt vanskeligt at engagere eller arbejde med en familie eller forælder, så prøv at se dem gennem en traume-linse og fasthold interessen for, hvad der kan have forårsaget de nuværende problemer i deres relation til andre.

At "gøre noget" for familier betyder ikke nødvendigvis at "sætte dem i stand til at gøre noget"

Mange af de måder, hvorpå klinikerne indgår og opbygger relationer til MTB-familier, er ikke traditionelle kliniske engagementstrategier. Det er ikke usædvanligt, at en kliniker ledsager en forælder til en aftale eller hjælper med at foretage telefonopkald eller udfylde ansøgningsskemaer for at få adgang til ressourcer eller planlægge aftaler. Nogle af de ting, klinikerne gør for og sammen med forældrene, kan få hende eller ham til at føle, at man går i den modsatte retning af målet om at øge selvhjulpetheden i familien.

Klinikerne kæmper ofte med spørgsmålet om, hvor meget man skal gøre for familierne. Det er vanskeligt at opstille en politik for, hvor meget man skal eller ikke skal gøre for familierne, fordi hver eneste situation er enestående i forhold til deres muligheder for at få adgang til ressourcer, forstå systemerne såvel som motivationen til forandring. Derfor anvendes en individuel tilgang til hver situation med løbende vurdering af udviklingen i den enkelte forælders selvhjulpethed.

At håndtere cases

At hjælpe familier med at navigere i de sociale støttemuligheder i forhold til fx boliger, lægehjælp, juridisk bistand og andre grundlæggende behov kan være en væsentlig del af MTB. For familieterapeuter og sundhedsplejersker er det vigtigt, at være opmærksomme på de ydelser og ressourcer, der er tilgængelige for familierne.

Værd at huske

- Sociale hjælpeforanstaltninger og andre systemer kan være både vanskelige og skræmmende at navigere i.
- Familierne har ofte brug for assistance og støtte til at få kontakt til ressourcerne.
- Hjælp (gør for), øv (gør sammen) og planlæg (uafhængigt): Hvilken af de tre muligheder skal i spil, så forælderen føler sig tilstrækkeligt selvstændig til at prøve alene næste gang?
- Giv ros for de bittesmå fremskridt - nogle gange er det virkelig et stort tegn på fremskridt at kunne ringe og aflyse et hjemmebesøg på forhånd.
- Det er ikke klinikerens ansvar at levere mange forskellige ydelser, men snarere at støtte, hjælpe og forbinde familierne med ydelsessgiverne.
- Selv de bedst tilrettelagte planer mislykkes. På trods af den bedst mulige indsats får familierne undertiden ikke adgang til den hjælp, de skulle have. Tag ikke dette som et personligt nederlag.
- Endelig er det vigtigt at konsultere kliniske partnere under supervision og med teamet i enhver situation, der synes uklar. Klinikerne bør gøre, hvad de kan for tydeligt at udtrykke deres bekymringer.

Kapitel 8: MTB Vejledende værdier

MTB-klinikerne deler følgende sæt vejledende værdier og overbevisninger i deres arbejde. Disse værdier rangerer højere end forskellene i deres egne tilgange og discipliner:

- Klinikernes ægthed, nysgerrighed og medfølelse er hjørnestenene i den reflekterende holdning. Man bestræber sig på at forstå og acceptere familierne for, hvem de er, og hvor de er. Alle familier har en "historie" at fortælle. At lytte til denne historie, være vidne til de vanskeligheder den rummer, anerkende dens påvirkning og hjælpe med at få den til at indgå som en del af familiens livserfaring, vil hjælpe forældrene med at få mening i deres liv.
- De kulturelle spørgsmål, der påvirker forældreskabet, skal forstås og undersøges på en taktfuld måde. Man gør sig umage med at undersøge og forstå kulturelle trossystemer, og hvordan disse påvirker familiens måde at være forældre på.
- Klinikerne antager, at forældrene gør det bedste, de kan med det, de kender til ud fra deres baggrund. Klinikerne er opmærksomme på at give ros ikke kun for resultater, men også for forældrenes indsats.
- Inden for hver familie vil der være særlige temaer, der dominerer det kliniske arbejde. Klinikerne behandler "her-og-nu" spørgsmål og lytter efter overordnede temaer, der kan bruges til at hjælpe forældrene med bedre at forstå sig selv og

deres barn.

- Klinikere skal have både disciplin og fleksibilitet for at vide, hvornår og hvordan man bruger sig selv i relationen. Dette kræver evnen til at anerkende og behandle stærke følelser. Brugen af selvet kræver også en solid vidensbase og intuition og kreativitet med hensyn til at kunne overveje problemer.
- En forøget evne til at reflektere vil opstå under den igangværende proces med hjemmebesøg. Alle reflekterende øjeblikke skal fremhæves og anerkendes efterhånden som de opstår.
- MTB-klinikerne (såvel som supervisorerne) vil blive påvirket af deres oplevelser i hjemmet og deres forhold til familiemedlemmer. Disse oplevelser skal behandles og forstås.
- Der er mere end én måde at overvinde en barriere på. Løbende re-vurderinger og familiefedback gør det muligt at undersøge alternativer.
- At bygge en relation er en cyklisk proces: ræk ud, forbind, frigør og ræk ud igen. Gentag efter behov.

Kapitel 9: Supervision

MTB-supervision omfatter diskussion og problemløsning af både administrative og kliniske opgaver. Derudover bruges der regelmæssigt tid på at spørge ind til klinikernes tanker og reaktioner med hensyn til den belastning, der følger med arbejdet. Denne tilgang beskrives ofte som den reflekterende supervision.

Da klinikerne tager sig af familier, må man ikke glemme dem, men undersøge deres tanker og følelser vedrørende sig selv og "deres" baby. Klinikerens relation er en afgørende faktor i den sikkerhed, en forælder føler, og for forældrens evne til at begynde at reflektere over såvel indre oplevelser som babyens egne oplevelser.

Klinikerne har også brug for forudsigelighed og et trygt miljø, hvor de kan udforske deres reaktioner på arbejdet med familierne for at undgå at blive overvældede og udtømte.

Praktiske aspekter af den reflektive supervision

Når du praktiserer og deltager i reflektiv supervision, er det afgørende, at følgende principper følges konsekvent:

- Skal foregå regelmæssigt med hensyn til både tid og sted og med rigelig tid til at diskutere problemer
- Ingen forstyrrelser
- En dagsorden der giver mulighed for refleksion
- En samarbejdsorienteret udforskning af tanker, følelser og reaktioner i forbindelse med det igangværende kliniske arbejde med forældrene og babyerne

Vigtige punkter at huske

- Klinikerne har brug for at føle sig sikre nok til at turde undersøge en række intense følelser: hjælpeløshed, håbløshed, tristhed, sårbarhed, angst, tvivl, frygt, vrede og frustration. Det er de samme reaktioner, som de hjælper forældrene med.

- En reflekterende supervisor ønsker, at klinikerne fortæller hele historien.
- En reflekterende supervisor skal være blid, opmærksom og nysgerrig og give tid til refleksion og spørge ind til, hvordan de følelsesmæssige reaktioner påvirker det igangværende arbejde.

Kapitel 10: Omsorgstræthed, Sekundært traume og klinisk selvpleje

Omsorgstræthed

Det er ikke usædvanligt, at klinikerne føler sig overvældet og udtømt på grund af de mange vanskelige følelser og traumehistorier i familierne, som hun eller han møder. Omsorgstræthed er ofte knyttet til udbrændthed og kan være langvarig, hvis den ikke behandles.

Almindelige symptomer på omsorgstræthed er: undgåelse af klienter med en traumehistorie, social tilbagetrækning, kommunikationsproblemer, manglende motivation og personalekonflikter. Hvis klinikerne oplever nogle af disse symptomer, er det vigtigt, at de søger støtte fra supervisorer og/eller personlige ressourcer, dvs. venner, familie, samfund, rådgivning, åndelig vejledning osv.

Sekundært traume

Defineret som: "kumulativ, transformativ påvirkning af hjælpearbejderen i hendes/hans arbejdet med overlevende fra traumatiske livsbegivenheder" (Saakvitne et al., 2000), kan sekundært traume være et resultat af langvarig omsorgstræthed og ændre den hjælpendes verdensbillede og følelsen af meningsfuldhed. Selvom sekundært traume er en almindelig erhvervsmæssig fare forbundet med at hjælpe og helbrede traumatiserede befolkningsgrupper, er klinikere med specifikke risikofaktorer mere tilbøjelige til at opleve det.

Klinikere, der ikke er uddannede til at arbejde med traumatiserede klienter, som ikke modtager tilstrækkelig vejledning eller støtte, som selv har ubearbejdede traumer, som arbejder i organisationer, der ikke er informeret om virkningerne af traumer, og som selv har mange personlige udfordringer i tilværelsen, har størst risiko for at opleve traume. Klinikere, der lider af sekundære traumer, kan opleve: depression, angst, kan stille spørgsmålstejn ved egen identitet, kan opleve udfordring af deres trosbillede, emotionel følelsesløshed og ændringer i deres selvværd. At kende sig selv, at genkende symptomer, udøve regelmæssig egenomsorg og søge støtte fra jævnaldrende, supervisorer og personlige/sociale forbindelser er effektive måder at forhindre sekundære traume på.

Selvpleje

Da klinikere tager sig af forældre og deres babyer, kan det være let for dem at glemme deres egen selvpleje. Fokusér på disse vigtige huskeregler:

- Spis sunde måltider og snacks selv på travle hverdage.
- Forsøg at sætte rimelige grænser for de tidspunkter, du er til rådighed for familier, personligt og telefonisk. Det kan være fristende at være tilgængelig 24/7. Dette kan føre til udbrændthed.
- Nogle gange er det rigtige svar at sige "nej."

-
- Find en rutine der giver dig mulighed for at komme ned i gear efter et hjemmebesøg: lyt til musik eller en lydbog i bilen mellem besøgene, stop op ved en park eller café for at ordne papirarbejde, gå, meditér – lige meget hvad der fungerer for dig.
 - Tænk meget nøje over, hvad du fortæller om dig selv til familierne. Du holder måske af dem, og de sætter sandsynligvis virkelig pris på din støtte, men de skal ikke være dine venner.
 - Kend dig selv. Arbejd på at forstå, hvordan din egen historie og dit eget temperament påvirker dit arbejde og dine relationer.
 - Forstå dine egne grænser og begrænsninger.
 - Brug dine teammedlemmer og supervisorer til at få et nyt perspektiv på tingene.
 - I starten kan læring om RF (refleksiv holdning) og tilknytning få dig til at stille spørgsmålstegn ved dit eget forældreskab. Dette kan være ret foruroligende. Vær ikke for hård mod dig selv. At lære om sig selv og forældreskab er en livslang proces.
 - Når du har en dag fuld af udeblivelser, må du ikke tage det personligt. Husk, det er en del af arbejdet med en befolkningsgruppe, der står over for mange stressfaktorer.
 - Vær venlig mod dig selv. Du føler måske ikke, at du gør en forskel i en families liv, men alligevel ved du aldrig, om der måske var en lille hjælpsom handling eller et venligt ord, der har gjort en forskel.

Appendiks I: Fødselsplan

Arbejdsplanformatet, der anvendes i MTB, er tilpasset ud fra Penny Simkin og Phyllis Klaus' (Simkin, 1992; Simkin & Klaus, 2004) arbejde med strategier for igangsættende mekanismer med kvinder, der har oplevet seksuelt misbrug.

Mange vordende mødre i MTB har overlevet og oplevet fysiske og seksuelle overgreb. De, der ikke er blevet misbrugt, har ofte lidt af forskellige andre traumer i hele deres liv. I disse situationer har kvinderne følt sig magtesløse og krænket. Udsigten til at føde en baby kan genkalde disse følelser. De fleste er bekymrede over de smerter, der er forbundet med selve fødslen, og har fået fortalt skræmmende historier fra familie og venner eller set tv-udsendelser om akutte fødsler.

Det kan tage 2 til 3 hjemmebesøg at tale om de forskellige sider af oplevelsen af fødselsveer og fødsel og foretage her-og-nu postpartum-plejen af mor og spædbarn.

Der gives en oversigt over fødselsfasen, herunder de første tegn på veer, hvornår man skal ringe til fødeafdelingen og hvilke foranstaltninger, man kan træffe for at øge velværet. Den vordende mor bliver derefter spurgt, om hun ville være interesseret i at lave en fødselsplan.

Efter at moren har haft mulighed for at udtrykke sine ønsker om fødslen, tager sygeplejersken informationerne med hjem og skriver et resumé, der let kan bruges af personalet på fødegangen. Moderen har mulighed for at læse og foretage ændringer inden den endelige kopi indsættes i hendes journal.

I de indledende spørgsmål beder man kvinden om at tænke over, hvad der får hende til at føle sig sikker, og hvordan hun typisk håndterer smerter og frygt. Sundhedsplejersken opdeler derefter ve-forløbet i små trin for at give moren et konkret billede af den situation, hun kommer til at befinde sig i.

For eksempel kan unge eller misbrugte kvinder fokusere meget på, hvordan de ser ud. Én kvinde fx angive, at hendes udseende ikke betyder noget for hende, så længe hun rent fysisk har det godt. Én anden kan være rystet og vælge at få sit hår flettet ugen før termin, så det ser godt ud på billederne, efter at babyen er født.

Hvis dialogen fremkalder en følelsesmæssig reaktion, skrives kvindens udsagn ordret ned i formularen, og sundhedsplejersken beder kvinden om at tænke over måder at håndtere denne følelse på.

Mens fødselsplanen er det endelige resultat af processen, er selve samtalen ofte oplysende for kvinderne selv og klinikerne. Efter at have udarbejdet fødselsplanen har kvinderne udtalt, at oplevelsen gjorde graviditeten og fødslen mere "ægte" og hjalp dem med at tænke over, hvorfor de måske reagerede på bestemte måder, og hvordan man kunne bede om støtte.

Appendix II: Barnets udvikling

Foregribende vejledning og forudseenhed

Undervisere og pædagoger med forskellige specialer inden for spædbarns- og småbørnspleje har anset det for gavnligt at tilbyde forældre et indblik i deres barns forskellige udviklingsfaser for at give dem mulighed for at støtte barnets udvikling. AAP's Bright Futures, 4. udgave (Hagan, Shaw & Duncan eds, 2017) og Dr. Barry Brazeltons Touch Points (Brazelton, 1994) er begge fremragende bøger til formålet. Den foregribende vejledning er underopdelt i beskrivelser, der er velegnede til at

hjælpe forældrene i forbindelse med hvert af sundhedsplejerskens besøg.

I MTB anvendes en lignende teknik, som vi kalder "forudseenhed". Her tilbydes forældre information om, hvad deres barn vil være i stand til, og hvordan han eller hun måske vil opleve verden - både i den nærmeste fremtid og i de kommende måneder og år. Dette giver forældrene mulighed for at se, hvordan de forskellige stadier afløser hinanden og bygger på de færdigheder, der læres på hvert trin.

Håbet er, at man vil kunne hjælpe forældrene med at forstå og være tålmodige over for nogle af de mere udfordrende, men midlertidige faser af barndommen og glæde sig over de forskellige milepæle, der nås. Et simpelt eksempel på forudseenhed er allerede under graviditeten at omtale udviklingen i barnets gråd snarere end at vente med at tale om øget gråd i alderen 6-10 uger ved to-ugers eller en-måneders besøg.

Bevidsthedstilstande hos den nyfødte

Forskerne Dr. Peter Wolff og professor Heinz Prechtel studerede spædbørn og fandt 6 almindelige niveauer for bevidsthed. At lære at identificere disse "tilstande" af vågenhed og søvn kan hjælpe de nye forældre med at forstå spædbarnets behov og måder, hvorpå nyfødte kommunikerer (Wolff, 1987).

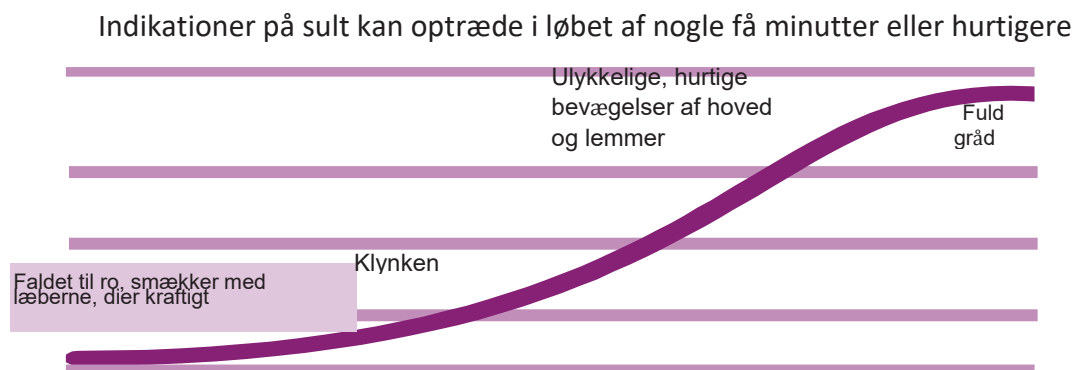
- Stille søvn: En dyb søvn, hvor spædbarnet ser helt afslappet ud.
- Aktiv søvn: Periode, hvor spædbarnet begynder at bevæge hoved og lemmer, men sover. Øjnene kan bevæge sig under lågene.
- Døsig: Tilstanden, hvor barnet kan have øjne halvt åbne og halvt lukkede. Tunge øjenlåg. Kan enten falde i søvn igen eller vågne mere op efter at have været være døsig.
- Stille tilkendegivelse: Babyen er helt vågen, stille, med øjnene åbne. Dette er det ideelle tidspunkt til at være sammen med spædbarnet ansigt til ansigt, da hun/han vil se og reagere på forælders ansigt og stemme. Også det bedste tidspunkt at give spædbarnet mad på, da hun/han er rolig og let kan finde brystvorten, sutte og synke.
- Aktiv tilkendegivelse: Baby er ved at føle sig dårligt tilpas, er sulten eller overstimuleret. Har brug for hjælp til at falde til ro, så hun/han kan spise eller sove.
- Græder: klart nødlidende. Sulten og kan ikke finde ud af, hvor hun/han kan spise, overstimuleret eller meget træt.

Tidlige og sene tegn på sult

Det er vigtigt at informere forældrene og iagttage deres reaktion på babyens tegn på sult. Nogle gange er der den misforståelse, at man skal vente med at give en baby mad, indtil hun/han græder for at få mad. Gråd er faktisk et sent tegn på sult og kan være frustrerende for forældre og baby, fordi en grædende baby kan have svært ved at falde til ro og få mad. Derudover kan babyen sluges luft og blive utilpas under eller efter spisningen.

Husk at babyens mave er meget lille i de første uger af livet. Modermælk og modermælkserstatning fordøjes hurtigt, og babyen er sulten så ofte som hvert 90.-120. minut. I løbet af de næste par måneder vokser babyens mave langsomt, og nogle børn kan vente 3-4 timer, før de bliver sultne. Hvert barn er dog specielt, og der er ingen bestemte eller nemme regler, der siger noget om, hvornår en baby skal spise.

En forælder, der lærer at reagere på babyens behov for mad ved at læse de tidlige tegn på sult, lærer barnet, at hans eller hendes behov er vigtige, og mor er der for at hjælpe. Dette er et vigtigt, når det handler om at etablere en sikker tilknytning.



Normale søvnmønstre for småbørn

En nyfødt kan sove i op til 20 timer i døgnet, men denne søvn er opdelt i korte blund på et par minutter eller noget længere perioder. Der er ikke noget rigtigt mønster for søvn- og vågencyklussen, selvom mange babyer "får gjort nat til dag." I de første par uger er babyens hovedformål at vokse.

Dette kan betyde, at spædbarnet falder i søvn, mens det spiser, og vågner kort derefter for at spise igen. Efter 2-3 uger bliver babyen opmærksom i længere perioder. På dette tidspunkt kan forældrene hjælpe barnet med at kende forskel på dag og nat ved at interagere med barnet om dagen og tage sig af bleen og spisningen om natten på en stille, venlig men mindre legende måde. Langsomt vil søvnperioderne blive mere sammenhængende, og babyen vil have tendens til at sove længere om natten og være vågen længere om dagen.

Igen er der en bred vifte for, hvad der er normalt med hensyn til, hvor meget søvn hver baby har brug for, og nogle børn vil ikke sove "igennem" i mange måneder fremover.

Normal udvikling med hensyn til gråd

Overalt i verden græder babyer. Faktisk plejer babyer overalt i verden at græde oftere og i længere perioder i 6-10 ugers alderen. Forskning har vist, at babyer i løbet af denne periode hver dag har øjeblikke, hvor de er glade og øjeblikke, hvor de græder. Grædeperioderne kan fortsætte i 20 minutter eller i flere timer. Men medmindre barnet viser tegn på sygdom eller tilskadekomst, forekommer denne gråd at være en normal del af udviklingen. Et ekstremt nyttigt websted om normale grædeperioder og hvordan man forhindrer mishandling af børn er blevet udviklet af The National Center on Shaken Baby Syndrome på www.purplecrying.info. Yderligere information om gråd er tilgængelig på www.dontshake.org.

3 måneder

Udviklingsmæssige milepæle

Der er mange bøger og artikler med detaljerede lister om normal udvikling og advarselssignaler, når udviklingen er forsinket. Udvikling observeres generelt inden

for følgende områder:

- Grovmotorik (muskler)
- Finmotorik (muskler)
- Sprog
- Kognitive evner (evne til problemløsning)
- Sociale/emotionelle kompetencer (interpersonelle evner)

At lægge mærke til milepæle kan være lærerigt og glædeligt for klinikere og forældre og er også vigtigt i vurderingen af barnets vækst og udvikling. Ages and Stages Questionnaires (ASQ) består af en række interaktive spørgeskemaer. (Se www.agesandstages.com.) Spørgsmålene beder forældrene om at observere og hjælpe deres barn med at demonstrere forskellige færdigheder, idet de samtidig lægger mærke til, om barnet måske allerede kan udføre færdigheden, har udvist færdigheden nogle gange eller endnu ikke har lært denne færdighed - hvilket betyder at denne færdighed er en, man skal holde øje med i den nærmeste fremtid.

ASQ kan bruges til at evaluere et barn, der ikke ser ud til at være nået frem til den relevante milepæl, men det er også en værdifuld uddannelsesaktivitet for forældre, der måske ikke er opmærksomme på deres barns skiftende evner. Det er en måde, hvor man både kan glæde sig over, hvad barnet kan gøre, og hvad forældrene kan gøre for at opmuntre barnet til at prøve en ny færdighed.

For et barn med milde forsinkelser i udviklingen kan klinikerne vise forældrene aktiviteter, der kan fremme færdighedsudviklingen. For eksempel har et barn, der ikke løfter hovedet, muligvis ikke haft tilstrækkeligt med "mave tid" til at opøve denne færdighed og opbygge muskelstyrke.

Klinikeren kan undersøge måder at gøre mavetid til en del af familiens rutiner og revurdere babyens evner i løbet af de følgende uger. Ved mere bekymrende forsinkelser i udviklingen kan en indledende undersøgelse hjælpe klinikeren og forældrene med at beslutte, om det er hensigtsmæssigt at få en henvisning til en specialist.

Appendiks III: Omfattende vurderinger: Redskaber & Klinisk Observation

Vurdering af tegn på fødselsdepression

Ved vurdering af en depression er det vigtigt først at udelukke diagnostiske kriterier. Det er normalt for kommende forældre at have mange forskellige følelser under graviditeten, men det er altafgørende at vide, hvornår, man skal være bekymret og hvornår man skal hjælpe med at normalisere følelserne. Hyppige konsultationer med forældrene, MTB-klinikeren, kliniske supervisorer, jordemødre og andre involverede er vigtigt, ligesom det at holde sig ajour med den aktuelle forskning inden for behandlingen af fødselsdepressioner. Glem ikke at stole på din egen kliniske vurdering.

Løbende undersøgelse af mental status, risikovurdering og etablering af trygheds- og sikkerhedsaftale

Det er vigtigt at danne sig et billede af forældrenes mentale status ved hvert besøg. Stil disse spørgsmål:

-
- Kan de orientere sig med hensyn til tid og sted?
 - Har de angstfyldte tanker eller tilbagevendende tanker, der er foruroligende?
 - Er der ændringer i den personlig pleje eller udseende?
 - Er der drastisk vægtforøgelse eller tab?
 - Hvor stor er deres opmærksomhed, hvorledes forholder det sig med tankegang og koncentration?
 - Hvordan står det til med årvågenhed og klarhed? Orientering i forhold til tid og sted?
 - Tillægger de babyen bizarre eller usædvanlige egenskaber?

Edinburgh Postnatal Depression Scale (Bright Futures Mental Health Tool Kit) er et nyttigt værktøj, der er offentligt tilgængeligt. Det er meget kort og let at administrere og bruges i store dele af USA og over hele verden.

Det er vigtigt at bemærke, at fædre måske ikke identificerer sig som nedtrykte eller uden håb. De kan identificere sig som irriterede eller irritable og have et ønske om at forlade huset og ofte gå ud.

Vurdering af selvmordsrisiko

Hvis forældre har tanker om at skade sig selv eller barnet, skal du nøje overveje følgende spørgsmål:

- Hvor hyppige og intense er disse tanker?
- Har de en plan?
- Er de villige til at modtage hjælp?
- Har de fundet frem til deres egne løsninger eller udnyttet den hjælp, de finder naturlig?
- Er de i stand til at tage vare på sig selv og babyen?
- Er de villige til at indgå en aftale om tryghed og sikkerhed og enige om at tage konkrete skridt, herunder søge hjælp eller assistance, når det er nødvendigt?

Appendiks IV: *Nøglebesøg i hjemmet*

Overgangsbesøg ved babyens første fødselsdag

Overgangsbesøget er en god lejlighed til at se tilbage i tiden. MTB-klinikeren gennemgår og reflekterer over de mange ændringer, udfordringer og fremskridt, som mor og barn har gennemgået. Diagrammet nedenfor, inspireret og modificeret fra Bright Futures (Green & Palfrey, 2002), opstiller en række brede kategorier, der kan hjælpe til at skabe en ramme for samtalen mellem forældrene og de to klinikere.

Overgangsbesøg ved 12 måneder



Moderen opfordres til at fortælle historien om det forløbne år og om de tidspunkter, hun synes var de lykkeligste, sværeste og mest overraskende. Klinikerne taler med hende om, hvordan hun mon havde det med disse øjeblikke og beder hende om at forestille sig, hvordan disse tidspunkter blev oplevet af hendes baby. At formulere en sådan forståelse styrker moderens positive følelse af tilknytning til og stolthed over barnet, lige som det identificerer hendes egen vækst som forælder.

At sige farvel: MTB-afslutning

At sige farvel til MTB-forældre er et nøje planlagt ritual. Hensigten er, at forældrene dybest inde skal forstå, at klinikerne nærer omsorg for dem, holder af dem og vil huske dem. Håbet er, at de over tid vil overføre denne omsorg til deres egne babyer og ”fastholde dem i deres tanker.”

I bedste fald kommer farvelfasen på et tidspunkt, hvor dyaden er klar til at komme videre. I de tilfælde, hvor der er et presserende behov for fortsat kontakt til f.eks. de sociale myndigheder, psykiatrien eller dagplejen, kan man sørge for, at disse relationer etableres, så de er funktionsduelige under familiens videre færd fremad. Afhængig af forældrenes evne til refleksion, deres engagement i programmet og deres evne til at klare, at noget er forbi, kan farvelfasen give kliniske problemer, som karakteriserer de fleste tab. Der kan på en gang være en fælles følelse af forventninger og håb samt en følelse af tab og tristhed på både familiens, babyens og klinikernes side.

Klinikerne skal være klar over, at det ikke er usædvanligt, at forældrene er ”udadreagerende” fordi de har stærke følelser i forbindelse med den forestående ændring. Vrede, benægtelse, nedtoning af forholdets betydning, læggen afstand, beskyldninger om forræderi, udvikling af nye kriser og forsøg på at fortsætte forholdet på det personlige plan er eksempler på nogle af de måder, MTB-forældrene reagerer på over for ændringer i eller afslutning af det terapeutiske forhold.

På grund af det terapeutiske forholds intense karakter kan det at sige farvel også fremkalde stærke følelser hos den enkelte kliniker. Efter behov kan afslutningen på et forløb diskuteres på teammødet, hvor klinikerne kan få støtte til at træffe nyttige beslutninger om, hvornår de skal sige farvel.

Trin i forberedelsen til et farvel

- Mind forældrene om det kommende farvel ca. 3-4 måneder i forvejen.
- Vælg som hold (klinikere og vejledere) den omtrentlige dato for sidste besøg i samråd med forældrene.
- Tilskynd forældrene til at forholde sig til deres følelser, både når det drejer sig om afslutning og adskillelse men også om følelsen af håb for fremtiden.
- Bed forældrene om at beslutte, hvordan de vil markere den begivenhed, det er at afslutte programmet.
- Reflektér sammen (klinikere og forældre) over, hvad der er sket i løbet af de sidste to år med hensyn til de resultater, der er opnået, hvad der har været af bump på vejen og den udvikling, forældre har gennemgået.
- Implementér som team iværksættelse af henvisninger, evalueringer og aftaler efter behov.
- Tilskynd forældrene til at tage aktiv del i opfølgningen på fremtidige planer.

Det sidste hjemmebesøg

Klinikerne tilkendegiver over for familien, at de har fuldført MTB-programmet, og man kan lave et hæfte til familien, som fremhæver særlige emner, der har været i spil i hele forløbet med hensyn til forholdet mellem forældre og spædbarn. Klinikerne vælger en passende gave til babyen og forbereder et hæfte, der kan inkludere:

-
- Digte
 - Billeder af dyaden & teamet taget under hele forløbet
 - Citater hentet fra de kliniske interviews som venlige påmindelser til forældrene om deres intentioner om at være de bedste forældre, de kan være.
 - En håndskrevet besked fra hver MTB-kliniker, der fremhæver styrkesiderne og håbet for forældrene og babyen i fremtiden

Henvisninger:

- Brazelton, T.B. (1994) Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. ACTA Paediatric Supplement, 394, 35–39.
- Campbell F., Conti G., Heckman J.J., Moon, S.H., Pinto, R., Pungello, E., Pan, Y. (2014). Early childhood investments substantially boost adult health. *Science*, 343,1478-1485.
- Carter, S., Osofsky, J., & Hann, D. (1991) Speaking for the baby: A therapeutic intervention with adolescent mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*, 12, 291–301.
- Chaudron, L., Szilagyi, P., Kitzman, H., Wadkins, H. & Conwell, Y. (2004). Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well child visits. *Pediatrics*, 113, 551–558.
- Cohen, N., Muir, E., Lojkasek, M., & Muir, R., Parker, C.J., Barwick M., & Brown, M (1999). Wait, watch, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*. 20, 429-451.
- Courtois, C. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41, 412-425.
- Daley, A.M., Sadler, L.S., & Reynolds, H.D. (2013). Tailoring clinical services to address the unique needs of adolescents from the pregnancy test to parenthood. *Current Problems Pediatric and Adolescent Healthcare*. (43), 71-95.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E., Fonagy, P., Allen, J. (2006) Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In Fonagy, P. (Ed), *The Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 201–222).
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self- organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Garner, A. (2013). Home visiting and the biology of toxic stress. *Pediatrics*, 132, Supp2, S65-S73.
- Green, M.& Palfrey, J. (2002). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infant, children & adolescents: Second Edition, Revised*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal & Child Health.
- Greenspan, S. I. (1992). *Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Hagan J.F., Shaw, J.S., Duncan, P.M. (2017). *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents [pocket guide]*. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics.
- Jones, D., Greenberg, M, & Crowley, M. (2015). Early social-emotional functioning and public health: The relationship between kindergarten social competence and future wellness. *American Journal of Public Health*, 105, 2283-2290.
- Lieberman, A.F. & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children: Repairing the*

effects of stress and trauma on early attachment. New York: Guilford Publications.

Lieberman, A.F., Ghosh-Ippen, C., & Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy!: A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma*. Washington, DC: Zero to Three.

Ordway, M.D., Sadler, L.S., Holland, M.L., Slade, A., Close, N., & Mayes, L.C. (2018). A home visiting parenting program and child obesity. *Pediatrics*, 141(2), e20171076.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. (2013). *The circle of security intervention: Enhancing attachment in early parent-child relationships*. New York: Guilford Publications.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. (pp. 3–97). New York: Plenum Press.

Sadler, L. S., & Cowlin, A. (2003). Moving into parenthood: A program for new adolescent mothers combining parent education with creative physical activity. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 8, 62–70.

Shonkoff, J.P., Garner, A.S., Siegel, B.S., & Dobbins, M.I. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 19, 232-249.

Simkin, P. (1992). Overcoming the legacy of childhood sexual abuse: The role of caregivers and childbirth educators. *Birth*, 19, 224–225.

Slade, A. (1994). Making meaning and making believe. In *Children at play: clinical and developmental approaches to meaning and representation*. A. Slade & D. Wolf, eds. New York: Oxford University Press, 81-107.

Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: A critical factor in perinatal mental health. In A. Slade, L. Mayes, & N. Epperson, Eds. *Special Issue on Perinatal Mental Health, Zero to Three*, June/July 2002, 10-16.
Slade, A. (2003). *The Pregnancy Interview*. Unpublished manuscript.

Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269–281.

Slade, A., Holland, M.L., Ordway, M.R., Carlson, E.A., Jeon, S., Close, N., Mayes, L.C., & Sadler, L.S. (in press, 2018). *Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program*. *Development and Psychopathology*.

Slade, A., & Sadler, L.S. (2018). Pregnancy and infant mental health. In C.H. Zeanah, Ed. *Handbook of Infant Mental Health*, 4th edition, pp. 25-40. New York: Guilford Press.

Slade, A., Sadler, L.S., Webb, D., Simpson, T.E., & Close, N. (2018). *Minding the Baby® Treatment Manual*.

Slade, A., Sadler, L., Close, N., Fitzpatrick, S., Simpson, T., & Webb, D. (2017). *Minding the Baby®: The Impact of threat on the mother-baby and mother-clinician relationship*. In S. Gojman de Millan, C. Herreman, & L. A. Sroufe, Eds., *Attachment across cultural and clinical contexts*, pp. 182- 205. London: Routledge.

Slade, A., Simpson, T. E., Webb, D., Albertson, J., Close, N., & Sadler, L. (2017). *Minding the Baby®*:

Developmental trauma and home visiting. In H. Steele and M. Steele, Eds., *Handbook of Attachment-Based Interventions*, pp. 151-173. New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

Stern, D. (1977). *The first relationship: Mother and infant*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Waters, I., Watson, W., & Wetzel, W. (1994). *Genograms: Practical tools for family*. Wolff, P. H. (1987). *The development of behavioral states and the expression of emotions early infancy*. University of Chicago Press: Chicago.

van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. New York: Penguin Books.

Zeanah, C.Z. (2018). *Handbook of infant mental health*, 4th edition. New York: Guilford Press

Minding the Baby®

National Office

Yale University School of Nursing

400 West Campus Drive, Orange, CT 06477

tel 203-785-5589

web www.mtb.yale.edu