



***Minding the Baby® (MTB) Danmark***  
**Håndbog i planlægning og implementering**  
***Implementeringsvejledning for MTB i Danmark***

*Udarbejdet af:*

Crista Marchesseault, MAT, MA

*Medvirkende forfattere:*

Nancy Close, PhD

Lois Sadler, PhD, PNP-BC, FAAN

Tanika Simpson, MSW, LCSW

Arietta Slade, PhD

Denise Webb, MSN, APRN, PNP

**Nationalt center for *Minding the Baby*®**

Yale University

New haven, Connecticut, USA

Maj 2018

***Undervisningsmaterialet er udarbejdet med støtte fra The FAR Fund, Pritzker Early Childhood Foundation, Seedlings Foundation and Donaghue Foundation.***

*Minding the Baby*® (MTB) startede som et samarbejde mellem Yale Child Study Center, Yale School of Nursing, Fair Haven Community Health Center og Cornell Scott-Hill Health Center i New Haven, Connecticut, USA.

**Medstifere af MTB:** Lois S. Sadler, PhD, PNP-BC, FAAN og Arietta Slade, PhD

**Kontaktoplysninger:** Crista Marchesseault, MTB Operations Director, Yale School of Nursing, P.O. Box 27399, West Haven, CT 06516-0972; [crista.marchesseault@yale.edu](mailto:crista.marchesseault@yale.edu)

Dette dokument er udarbejdet specifikt til den danske implementering for at give et overblik over de grundlæggende komponenter og den planlægningsproces, der indgår i implementering af den kliniske model *Minding the Baby*® (MTB) samt implementeringsdetaljer for MTB i Danmark. Håndbogen henvender sig til afdelingsledere, chefer og administrative medarbejdere, som er involveret i implementeringen af MTB. Den indeholder oplysninger om de trin, protokoller og formularer, der indgår i implementeringen af MTB. Den skal bruges sammen med det obligatoriske undervisnings- og vejledningsmateriale, som stilles til rådighed af det internationale center for MTB ved Yale University. Spørgsmål til modellen, undervisningen eller processen bedes rettet til Crista Marchesseault på [crista.marchesseault@yale.edu](mailto:crista.marchesseault@yale.edu).

©Copyright 2018 *Minding the Baby*®. Det er ikke tilladt at citere, gengive eller på anden måde anvende indholdet i dette dokument uden udtrykkelig tilladelse.

## Tak

Denne håndbog og *Minding the Baby*®-indsatsen ville ikke have været mulig uden følgende personers bidrag:

Jean Adnopo, PhD	Andrea Miller, BA
Katrina Clark, MPH	Patricia Miller, BS, Grad Dip Psych
Eileen Condon, PhD	Kate Mitcheom, CNM
Janice Currier Ezepchick, MSW	Monica Roosa Ordway, PhD, PNP
Cheryl de Dios Kenn, MSW, LCSW	Marina Peterson Pappas, BA
Bennie Finch, MSW, LCSW	Olga Poznansky, PhD
Sarah Fitzpatrick, MSW, LCSW	Rosie Price, BSc, RN, RM
Jessica Gorkin, MA	Holly Robinson, MPH
Dana Hoffman, MSW, LCSW	JoAnn Robinson, PhD
Betsy Houser, MSW	Laurel Shader, MD
Karen Klein, PNP	Lisa Strouss, MPH
Linda Mayes, MD	Madeleine Terry, BA

*Minding the Baby*® startede som et samarbejde mellem Yale Child Study Center, Yale School of Nursing, Fair Haven Community Health Center og Cornell Scott-Hill Health Center i New Haven, Connecticut, USA. Det internationale center for MTB blev udviklet med støtte fra vores gavmilde bidragydere.

### *Finansiering*

Det internationale center for Minding the Baby® (MTB) er støttet af bevillinger og gaver fra en bred vifte af bidragydere, herunder The FAR Fund, Donaghue Foundation, W.K. Kellogg Foundation og Grossman Family Foundation.

Det oprindelige MTB-undervisningsmateriale er udarbejdet med støtte fra Pritzker Early Childhood Foundation og Seedlings Foundation, 2010.

MTB's direkte service og forskningsindsats i New Haven har i årenes løb været støttet af Irving B. Harris Foundation, FAR Fund, Stavros Niarchos Foundation, Child Welfare Fund, Annie E. Casey Foundation, Patrick and Catherine Weldon Donaghue Foundation, New York Community Trust, Edlow Family Foundation, Schneider-familien, NIH/NINR (P30NR08999), NIH/NICHD (R21HD048591), NIH/NICHD (RO1HD057947) og NIH/NCRR (UL1 RR024139).

Yderligere finansiering er ydet gennem aftaler om undervisning i implementering og rådgivning med National Society for the Prevention of Cruelty to Children (NSPCC) i Storbritannien, Florida State University i USA og Center for Mentalisering i Aarhus, Frederikshavns Kommunes Center for Familie og Metodecentret i Aarhus.

***Minding the Baby*® (MTB) Danmark:  
Håndbog i planlægning og implementering  
Indholdsfortegnelse**

<b>Del 1: Oversigt over programmet og implementering</b>	
Introduktion.....	1
Oversigt over MTB .....	1
Baggrund.....	1
Mål.....	1
Resultater .....	2
Modeller.....	2
Undervisning og vejledning .....	2
Implementeringsfase 1.....	2
Implementeringsfase 2-6.....	3
<b>Del 2: Opstart af planlægning og implementering</b>	
Programmets vigtigste elementer .....	5
Overvejelser vedrørende ansættelser og kliniske kompetencer.....	5
Arbejdsbyrde .....	5
Supervision og støtte .....	5
Teammøder .....	6
Fjernundervisning og -vejledning.....	6
Materialer og artikler.....	6
Deltagelseskriterier for programmet og retningslinjer for rekruttering.....	8
<b>Del 3: Implementeringsproces og -procedurer</b>	
Eksempel på en implementeringskalender .....	9
Indsatsens faser .....	9
Løbende undervisning og vejledning .....	10
Behandlingsfidelitet.....	10
Indsamling og videregivelse af data .....	10
<b>Bilag</b>	
Bilag I: Opstartsressourcer	
Eksempler på jobbeskrivelser .....	12
Retningslinjer for klinisk personale .....	18
Tjekliste for implementeringsopstart .....	21
Bilag II: Eksempler på diskussions- og samtaleformater	
Diskussionsformat for sager .....	23
Eksempler på IDS-samtaleformater .....	24
Bilag III: Behandlingsfidelitet – ramme og målinger	
Fidelitetsramme: .....	29
Tjekliste for behandlingsfidelitet .....	31
Behandlingsfidelitet: Indsatstjekliste: Sundhedsplejersker.....	32
Behandlingsfidelitet: Indsatstjekliste: Klinikere inden for mental trivsel .....	34
Behandlingsfidelitet: Selvevalueringsformular for supervisorer .....	37
MTB selvevaluering .....	38
<b>Referencer .....</b>	<b>41</b>



## Oversigt over programmet og implementering

### Introduktion

Denne håndbog henvender sig til koordinatore, afdelingsledere og chefer i Danmark, som fører tilsyn med implementering og forankring af programmet *Minding the Baby*® (MTB). Den bør være til rådighed for alle medarbejdere, som arbejder med programmet, men den henvender sig primært til ledere af programmet og skal bruges sammen med det obligatoriske undervisnings- og vejledningsmateriale, som stilles til rådighed af det internationale center for MTB ved Yale University. Den indeholder en kort oversigt over programmodellen, herunder modellens baggrund og resultater. Den indeholder også oplysninger om implementeringsprocesser, herunder den obligatoriske undervisnings- og vejledningskomponent.

### Oversigt over MTB

MTB er en evidensbaseret tværfaglig og forebyggende hjemmebesøgsindsats, som blev udviklet i 2002 for at styrke sundhed og tidlige relationer blandt unge sårbare førstegangsførelde og deres familier. I USA er MTB den eneste hjemmebesøgsindsats, som både involverer sundhedsydelse og familierapi til førstegangsførelde i lavindkomstgrupper. Modellens unikke fokus på refleksiv forældreomsorg har hjulpet førstegangsmødre og deres børn med at udvikle robuste sikre tilknytninger i barnets første to kritiske leveår. MTB understøtter tidlige relationer og mindsker stress ved at give børn og deres forældre de nødvendige værktøjer til at overvinde negative oplevelser, som hæmmer hjernens udvikling, forstyrrer læring, og som kan give anledning til forskellige kroniske helbredsproblemer. MTB styrker familier og deres omgivelser ved at fremme sund vækst og udvikling og skabe grundlag for sundhed og trivsel, som varer hele livet.

**Baggrund:** MTB startede som et samarbejde mellem sundhedsplejersker, familiebehandlere, lokale aktører og organisationer og forskere ved Yale School of Nursing, Yale Child Study Center. MTB-indsatsen er baseret på en integration af de to hjemmebesøgsmodeller Nurse Family Partnership og Infant-Parent Psychotherapy. Sundhedsplejersker og familiebehandlere samarbejder om at yde intensiv tværfaglig forældreomsorgsstøtte i hjemmet. Fokus er derfor både familierapeutisk og sundhedsorienteret i arbejdet med unge førstegangsførelde og deres spædbørn. I 2010 begyndte et samarbejde med National Society for the Prevention of Cruelty to Children i Storbritannien. Samarbejdet har involveret implementering af den kliniske MTB-model og forskningsprogrammet i Glasgow, Sheffield, og York. Denne implementering i fuld skala omfatter en uafhængig RCT-undersøgelse (Randomized Controlled Trial).

Et mindre implementeringsprojekt blev startet op i Miami, Florida, i 2015 som en del af Florida State University's Young Parents Project. I 2016 påbegyndtes et implementeringsprojekt i Frederikshavn. Det internationale center for MTB i New Haven, Yale, underviser og vejleder i forhold til implementeringsrelaterede aktiviteter. I 2018 blev der indledt et nyt samarbejde med Metodecentret med henblik på at udbrede MTB til flere danske kommuner.

**Mål:** De vigtigste mål for MTB er at styrke tilknytninger og forebygge potentielle hindringer for småbørns sundhed og udvikling. MTB adskiller sig fra andre hjemmebesøgsprogrammer på følgende måder: 1) En innovativ tværfaglig servicemodel, som er rettet både mod sundhedspleje og mental trivsel ud fra et ønske om at imødekomme komplekse og varierede behov blandt unge udsatte familier, 2) et fokus på at fremme refleksiv forældreomsorg samt udvikle robuste sikre tilknytninger mellem forælder og barn for at skabe positive udviklingsmæssige og socioemotionelle resultater og 3) et fokus på følelsesmæssige traumer og andre former for stress, som påvirker både fysisk velvære og mental trivsel et godt stykke ind i voksenlivet. MTB-hjemmebesøgsmodellen hjælper unge forældre både med at udvikle sig til sunde produktive medlemmer af samfundet og med at udvise den forældreomsorg, som er afgørende for deres børns fysiske, mentale og følelsesmæssige udvikling.

**Resultater:** MTB-klinikere har hjulpet mere end 150 økonomisk dårligt stillede familier og familier med anden etnisk baggrund i New Haven-området. Forskning har været et væsentligt element i MTB helt fra starten, fx igennem dokumentation af henvisninger til omsorgsinstitutioner, korrekt babypleje og vaccinationer, barnets vækst og sundhed, samt barnets udviklingsmæssige status, kvaliteten af relationen mellem spædbarnet og forælderen og morens evne til at udvise refleksiv frem for reaktiv forældreomsorg. De første RCT-data fra en undersøgelse i New Haven har vist bedre resultater for MTB-familier sammenlignet med familier, som modtager standardpleje.

De markante sundhedsmæssige resultater er bl.a. rettidige vaccinationer, lavere antal henvisninger til de sociale myndigheder og længere tid mellem børnefødsler hos unge mødre. Relationelt opnår MTB bedre resultater i forhold til sikker tilknytning mellem forælder og barn og tilsvarende færre med uorganiseret tilknytning sammenlignet med børnene i kontrolgruppen. Der blev registreret forbedringer i mødrenes evne til at udvise refleksiv frem for reaktiv forældreomsorg i de 27 måneder, som indsatsen varede, heraf særligt blandt de mest udsatte mødre. En opfølgende undersøgelse påviste, at børn i MTB-interventionen udviste væsentligt lavere forekomster af eksternaliserende adfærd (baseret på spørgsmål til mødre) i sammenligning med børn i kontrolgruppen.

De foreløbige resultater fra en statsfinansieret femårig RCT-undersøgelse, som blev afsluttet i New Haven i 2016, bekræfter resultaterne fra pilotundersøgelsen i 2013. Særligt to af resultaterne er bemærkelsesværdige: Vi konstaterede igen en klar forbedring i sikker tilknytning og tilsvarende færre med desorganiseret tilknytning blandt indsatsbørnene sammenlignet med børnene i kontrolgruppen.

**Modellen:** Unge gravide mødre (i vid udstrækning teenagere i USA) rekrutteres til MTB-indsatsen i andet trimester eller starten af tredje trimester af deres graviditet. De modtager ugentlige besøg frem til barnets etårsfødselsdag og derefter hver anden uge, indtil barnet fylder to år. Sundhedsplejersker og familiebehandlere samarbejder om at inddrage familiemedlemmer (bedsteforældre, forældre og barnet). Serviceydelsen er meget fleksibel og kan tilpasses den enkelte families behov. Sundhedsplejerskeren fokuserer på prænatale og pædiatriske problemstillinger og mødresundhed, og sundhedsplejersken underviser moren og yder direkte pleje. Familiebehandleren fokuserer på at arbejde terapeutisk med samspejlet mellem forælderen og spædbarnet og monitorerer både spædbarnets og moderens mentale trivsel. Flere dybdegående detaljer findes i behandlingsmanualen.

### **Undervisning og vejledning**

Implementering af MTB-programmet forudsætter deltagelse i et særligt undervisnings- og vejledningsprogram med flere faser, som tilbydes af Yale University's internationale center for MTB. Den seksårige undervisnings- og vejledningsplan for udbredelse af MTB i Danmark er beskrevet nedenfor. Implementeringen af MTB i Danmark vil blive inddelt i to faser. Den første fase omfatter fire kommuner, herunder det eksisterende team i Frederikshavn og indledes i 2018. Den anden fase, som indledes i 2019, vil fortsat omfatte implementering i fase 1, samt opstart af nye teams i fire nye kommuner.

**Implementeringsfase 1: Planlægnings- og opstartsrådgivning:** Dette omfatter rådgivning og støtte fra medarbejdere på det internationale center for MTB, herunder planlægning af den internationale koordinering i Danmark, forberedelse af implementeringsstederne samt ansættelse/udvælgelse af danske MTB-medarbejdere. Forskningsplanlægningsmøder indgår også i denne fase sammen med opsætning af systemer til dataindsamling og planlægning af de første introduktionskurser for den første runde af danske MTB-teams.

**Implementeringsfase 2: Introduktionskursus:** Alle kliniske og administrative medarbejdere skal gennemføre et intensivt introduktionskursus over flere dage for at imødekomme specifikke behov i forbindelse med implementering af MTB-modellen. Kurset afholdes i Danmark i august 2018 for den første runde af kommuner og i august 2019 for den anden runde af kommuner. Undervisere fra det internationale center for MTB vil være tilgængelige med individuel vejledning under hele introduktionskurset.

**Implementeringsfase 3: Løbende ekstern supervision og klinisk vejledning:** I takt med at nye familier indskrives, skal alle kliniske medarbejdere, som er involveret i implementeringen af MTB, afholde jævnlige vejlednings-/supervisionssessioner med Yales center for MTB. Sessionerne afholdes over telefonen eller som videokonferencer og er værdifulde for at sikre programfidelitet. Under sessionerne drøftes sager, udfordringer i relation til programmet og bekymringer vedrørende serviceydelsen. Sessionerne afholdes som fire forskellige typer vejledningssessioner og planlægges og aftales i samarbejde med Metodecentret:

- Tværfaglige (Interdisciplinary - IDS) samtaler: Det lokale MTB-team og deres lokale supervisorer mødes hver måned i ca. en time med et team fra Yale (bestående af en sundhedsplejerske og en familiebehandler) for at gennemgå og drøfte konkret sager og for at drøfte tværfaglige spørgsmål i relation til serviceydelsen.
- Monofaglige (Discipline Specific - DS) samtaler: Sundhedsplejersken mødes en gang om måneden i ca. en time med en sundhedsplejerske fra Yale. Derudover mødes familiebehandleren en gang om måneden i ca. en time med en af Yales klinikere inden for mental trivsel. Emnerne varierer afhængigt af klinikerens behov.
- Administrativ vejledning: Yderligere vejledningsseancer med direktører fra Yales center for MTB ca. hver anden måned via telefon eller videokonferencer samt administrativ koordinering af fidelitetsmonitorering og logistikbehov i relation til vejledningen.

**Implementeringsfase 4: Løbende supervisionsvejledning:** Når fase 3 indledes, familier indskrives, og implementeringen kommer i gang, begynder supervisorer (sundhedsplejersker og familiebehandlere) at afholde jævnlige planlagte samtaler ca. hver anden måned med rådgivere fra det internationale center for MTB. Sessionerne fokuserer i første omgang på det tilsigtede formål med samtalerne, behov blandt supervisorerne og deres teams og spørgsmål om implementeringen og på at lære hinanden at kende. Når der først er indskrevet familier, varierer emnerne fra samtale til samtale baseret på behovene hos supervisorerne og de teams, der har med de indskrevne familier at gøre, og formatet er fleksibelt.

**Implementeringsfase 5: Fjernundervisning og train-the-trainer-komponent:** I løbet af de første to år af MTB i Danmark planlægges afholdes kvartalsvise fjernundervisningssessioner af 90 minutters varighed for alle kliniske medarbejdere og supervisorer via videokonference. Emnerne bestemmes ud fra teamets behov. Møderne fortsætter regelmæssigt ca. hver tredje måned, så de mindst omfatter den første fulde 27-måneders indsatscyklus (fra andet trimester til barnet er 24 måneder) for de deltagende kommuner. . I denne implementeringsfase tages der også hul på en train-the-trainer-konceptet. Kvalificerede danske eksperter, henholdsvis inden for sundhed i forhold til børns udvikling og pleje og inden for familierapi og mental trivsel, uddannes som MTB-undervisere og supervisorer af medarbejdere fra det internationale center for MTB. Formålet med denne undervisning er at give yderligere vejledning i MTB-modellen og håndtere specifikke spørgsmål om supervision og løbende ansættelses- og undervisningsbehov.

**Implementeringsfase 6: Monitorering og løbende vejledning:** Undervisere fra det internationale center for MTB gennemfører obligatoriske besøg i forbindelse med introduktionskurserne, herunder i Frederikshavn i 2018, i bølge 1 kommuner i 2019 og i bølge 2 kommuner i 2020. Formålet med besøgene er bl.a. at præsentere og drøfte sager, hjælpe med at besvare eventuelle spørgsmål og bekymringer, vurdere implementeringen af modellen (herunder gennemgå fidelitetsparametre og kompetencer samt drøfte mangler eller behov) og besvare spørgsmål i relation til implementering, herunder drøfte procedurer og fremgangsmåder og den obligatoriske evalueringskomponent. Forud for mødet i hver kommune udarbejdes der specifikke mål og en dagsorden for mødet i samarbejde med den lokale ledelse.



## Opstart af planlægning og implementering

### Programmets vigtigste elementer

MTB-modellen har en række centrale elementer, som adskiller indsatsen fra andre hjemmebesøgsprogrammer. Disse elementer er obligatoriske for, at et program kan kaldes *Minding the Baby*® og er med til at sikre, at den model der følges, er den samme som den, der har opnået dokumenteret effekt og er blevet testet i USA. MTB er en varemærkebeskyttet indsats baseret på håndbøger, og overholdelse af (fidelitet over for) modellen er afgørende for at opnå positive resultater. Selvom der er behov for at ændre modellen og tilpasse den til den danske kultur, er det vigtigt, at modellen følges som beskrevet i behandlingsmanualen, og at fidelitetskravene er opfyldte. Derudover skal følgende programelementer være opfyldte:

- Servicen skal leveres af et tværfagligt team af sundhedsplejersker og familiebehandlere, som samarbejder om at støtte positiv sundhed, mental trivsel og forældreomsorg.
- Indsatsen prioriterer førstegangsmødre, og alle familier indskrives inden fødselstidspunkt, optimalt set mellem 16. og 30. graviditetsuge, så der er tid til at opbygge relationer.
- Potentielle deltagere skal screenes for alvorligt stofmisbrug, og personer som har alvorligt stofmisbrug skal udelukkes. Disse familier skal i stedet henvises til et alternativt behandlingstilbud for stofmisbrug.
- Servicen skal fokusere på forebyggelse og på at udvikle ressourcer, som kan begrænse den langsigtede negative effekt af traumer, negative barndomsoplevelser og toksisk stress på den aktuelle og fremtidige fysiske og mentale trivsel.

### Overvejelser vedrørende ansættelser og kliniske kompetencer

Som en del af processen med at udvælge og ansætte personale er det vigtigt at vurdere ansøgenes uddannelse, kliniske erfaring, personlige egenskaber og interesse i at arbejde med komplekse familier. Processen bør have fokus på den enkeltes åbenhed over for teamsamarbejde og at arbejde sammen i par. Det er også meget vigtigt at rådføre sig med det internationale center for MTB under ansættelsesforløbet for det kliniske personale og i forbindelse med udvælgelsen af supervisorer. Bilag I indeholder eksempler på jobbeskrivelser og detaljerede personaleretningslinjer (herunder nogle anbefalede interviewspørgsmål). De påkrævede kompetencer for klinikere og supervisorer er beskrevet i MTB-behandlingsmanualen. Det er vigtigt at gennemgå disse retningslinjer og kompetencer inden udvælgelsesprocessen. Udviklerne bag MTB-modellen kan også hjælpe med at gennemgå og/eller screene endelige ansøgere efter behov.

### Arbejdsbyrde

Arbejdsbyrden for et fuldtidsansat MTB-team er omkring 22-24 familier, svarende til ca. 10-12 hjemmebesøg pr. uge for hver fuldtidsansat kliniker. Den fulde arbejdsbyrde forventes dog ikke at gøre sig gældende i opstartsfasen for implementeringen.. Flere detaljer findes i behandlingsmanualen.

### Supervision og støtte

MTB-modellen har flere former for supervision. Den individuelle supervisionskomponent for mental trivsel/familiebehandleren er baseret på en psykodynamisk model med vægt på mentalisering. Refleksiv supervision er en integreret del af denne model. Sundhedsplejersker modtager også regelmæssig supervision, som omfatter disse teknikker. Team-/tværfaglig supervision, som omfatter både sundhedsplejersker og familiebehandlere, involverer dynamisk/refleksiv supervision kombineret med sagssupervision. Den niveaudelte supervisionsmodel giver både sundhedsplejersker og familiebehandlere forskellige niveauer af input helt i tråd med MTB-modellens tværfaglige karakter. Se behandlingsmanualen for at få flere oplysninger om MTB-supervisionsmodellen.

**Teammøder:** Ugentlige teammøder er en vigtig del af en succesfuld tværfaglig model. MTB kliniske teammøder varer typisk halvanden til to timer, og mødedeltagerne er en eller flere programkoordinatorer, supervisorerne og klinikerne. Møderne fokuserer på presserende problemstillinger i aktuelle sager. Drøftelserne kan inddrage forskellige elementer, herunder:

- Gennemgang af videooptagelser fra hjemmebesøg
- Drøftelse af kliniske resuméer af arbejdet med moren og barnet
- Gennemgang af besøg og morens refleksive funktionsniveau (RF)
- Udarbejdelse af strategier, som kan styrke og understøtte tilknytningsrelationen mellem moren og spædbarnet
- Drøftelse af nødsituationer, f.eks. vold i hjemmet, hjemløshed og mentale eller fysiske sundhedsproblemer
- Udarbejdelse af indsatsplaner, som skal implementeres af klinikerne.

Når der drøftes sager, er teamet hele tiden bevidst om, hvordan klinikerne håndterer den stressende opgave med at støtte familierne. Teamet er interesseret i, hvad klinikerne føler og tænker. Møderne involverer både refleksiv supervision og drøftelse af sager, da der er tale om familier med flere komplekse problemstillinger, som kræver konkret støtte. Der kan ydes yderligere støtte efter behov, og drøftelser af vanskelige sager fortsættes ofte på individuelle supervisionsmøder. Teammøder bør foregå samme tid og sted hver uge, så de er forudsigelige og giver teammedlemmerne mulighed for at planlægge efter dem. Bilag II indeholder et eksempel på diskussionsformatet for en sag.

**Fjernundervisning og -vejledning:** Fra fase tre af implementeringsprocessen, dvs. fra familier indskrives i MTB, afholdes der regelmæssige telefon- og/eller videokonferencer mellem de kliniske teams og det internationale center for MTB. De månedlige vejledningssamtaler afholdes som tværfaglige (IDS) samtaler, disciplinspecifikke (DS) samtaler. Bilag II indeholder eksempler på IDS-samtaleformater. Det præcise format for disse samtaler aftales med de enkelte kommuner og kan udvikle sig med tiden. Der tilbydes kvartalsvise fjernundervisningssessioner via videokonferencer med Zoom. Sessionerne fokuserer på specifikke emner for den aktuelle indsatsfase afhængigt af behov.

### **Materialer og artikler**

Budgettering og planlægning af indsatsen skal tage højde for behovet for at anvende forskellige materialer, herunder kontorartikler, udstyr, gaver til familierne og materialer til hjemmebesøg. Andre vigtige materialer kan omfatte informationsfoldere til hjemmebesøg, som er tilpasset familiens læsefærdigheder, legetøj til brug under hjemmebesøg og legetøj, der udleveres til familierne for at tilskynde til passende leg. Ud over en fast kontorplads med tilstrækkelig plads til opbevaring af materialer anbefales følgende udstyr i forbindelse med implementeringen af MTB:

- Bærbare computere og/eller tablets til det kliniske personale
- Mobiltelefoner med sms og GPS til kliniske teams og forsker teams (smartphones foretrækkes, især til klinikere)
- Digitalt kamera og/eller videokamera til klinikere (hvis smartphones ikke er en mulighed)

Behandlingsmanualen indeholder forslag til gaver til familierne og legetøj til hjemmebesøg. Legetøjet kan være anderledes i Danmark end i USA, men det er vigtigt at være opmærksom på, at ikke alt legetøj i hjemmet muligvis passer til barnets udviklingsmæssige stadium eller tilskynder til fantasifuld leg.

## Deltagelseskriterier for programmet og retningslinjer for rekruttering

I USA leveres MTB som en frivillig og forebyggende indsats, og den primære målgruppe er unge, primært engelsktalende familier, som lever i udsatte byområder med begrænsede ressourcer. Gravide kvinder med opfylder deltagelseskriterierne, hvis de er mellem 14 og 25 år, venter deres første barn, ikke har et aktivt alvorligt stofbrug og ikke har nogen alvorlige fysiske eller psykotiske lidelser. I New Haven spørger sundhedsplejerskerne/jordemødrene på to deltagende lokale sundhedsklinikker kvinder i 16.-20. graviditetsuge, der opfylder deltagelseskriterierne, om de er interesserede i MTB-programmet, og udleverer i givet fald en brochure med flere oplysninger.

I **Danmark** er der vedtaget følgende deltagelseskriterier:

Målgruppe: Det er forældre, som har svært ved at skabe en tryk tilknytning til barnet. Familier i målgruppen befinder sig desuden ofte inden for det, Sundhedsstyrelsen angiver som svangreomsorgens niveau 3 og evt. niveau 4. Det vil sige, at kommende forældre ofte har flere sammenfaldende problemstillinger af social og/eller psykologisk karakter, og som har behov for både sundhedsfaglige og socialfaglige tilbud. **Inklusionskriterier** (listen er ikke udtømmende, og der kan være tale om ét eller flere punkter):

- Gravide/par hvor der er bekymring for barnets trivsel og tilknytning
- Gravide/par præget af forskellige former for omsorgssvigt gennem egen barndom.
- Gravide/par hvor der er behov for at styrke refleksionsevner og mentalisering
- Gravide/par uden socialt netværk og ustabile familierelationer
- Gravide/par med økonomiske problemer
- Gravide/par med psykiske reaktioner og symptomer (depression, angst, el. lign), evt. afstedkommet eller forstærket af graviditeten
  - gravide i 16. – 32. uge (hvis barnet er født er de ikke i målgruppen)
  - gravdie/par mellem 15 og 35 år

Unge kvinder som venter deres første barn prioriteres. Familier, som har flere børn, eller hvor det første barn er over tre år, opfylder ikke kriterierne for deltagelse i MTB. Mødre kan have psykiske lidelser, men hvis de er psykotiske eller har et alvorligt aktivt misbrug af alkohol eller hårde stoffer (dvs. heroin, kokain eller receptpligtig medicin), opfylder de ikke kriterierne for deltagelse i MTB. Mødre med en kronisk alvorlig sygdom opfylder ikke deltagelseskriterierne. Yderligere **eksklusionskriterier**:

- Gravide/par med alvorlige psykiske lidelser (skizofreni og svære personlighedsforstyrrelser)
- Gravide/par med et alvorligt og aktivt stofmisbrug
- Gravide/par med et meget lavt kognitivt funktionsniveau.

Rekrutteringsprocedurerne kan variere fra kommune til kommune, og vil blive drøftet lokalt før de vedtages endeligt. I Frederikshavn henviser jordemødre, læger og socialrådgivere gravide kvinder (i 16.-32. graviditetsuge) til MTB-teamet. Teamet kontakter derefter den gravide kvinde. Hvis hun opfylder kriterierne for deltagelse i MTB, bliver hun inviteret til at deltage. Hvis hun ønsker at deltage, får hun et brev, hvor hun bliver informeret om samarbejdet med Yale University og om delingen af anonyme data.

## Implementeringsproces og -procedurer

MTB-indsatsen sker i forskellige faser, og det samme gør undervisning og vejledning. De første to faser med teknisk assistance (planlægning/opstart og de fire dages undervisningsforløb) finder sted inden den første indsatsfase. Derefter følger følgende seks indsatsfaser: 1) den prænatale fase, 2) fødselsfasen og den postnatale fase, 3) barnets første leveår, 4) overgangsfasen, 5) barnets andet leveår og 6) farvelfasen.

Den tredje, fjerde og femte undervisningsfase (løbende fjernundervisning og -vejledning, undervisning af supervisorer og besøg i kommunerne) afvikles i løbet af det første år af implementeringen i tråd med indsatsens første tre faser. Den sidste undervisningsfase finder sted i løbet af indsatsens andet år samtidigt med den løbende rådgivning og supervision.

Tabellen nedenfor viser forløbet for implementeringsprocessens faser og indsatsens faser over en periode på 30-36 måneder (eller ca. én cyklus for den første gruppe af familier). Efter tabellen er vist et eksempel på en implementeringskalender med disse faser.

IMPLEMENTERINGSPROCES FOR MTB (TEKNISK ASSISTANCE/UNDERVISNING OG VEJLEDNING)				
Fase 1-2 (3-4 måneder)		Fase 3-6 (27-33 måneder)		
Planlægning og opstart af vejledning og undervisning		Løbende fjernundervisning og supervision, herunder jævnlige telefonsamtaler og videokonferencer (ca. fire pr. måned)		
Teknisk assistance om procedurer og ansættelse	Introduktionskursus (fire dage)	Fortsat teknisk assistance	Undervisning af supervisorer/train-the-trainer	Besøg i kommunen
MTB-INDSATSEN (IMPLEMENTERING AF MODELLEN)				
		Fase 1-3	Fase 4-6	
		Rekruttering/engagement og ugentlige besøg før fødslen og i barnets første leveår	Overgang til besøg hver anden uge i barnets andet leveår	

### Eksempel på en implementeringskalender

#### Første år

- Januar: Begynd planlægning og opstartsvejledning.  
 August: Hold introduktionskursus med vejledning.  
 September: Indskriv de første familier (opstart).  
 Begynd fjernsupervision og vejledning i mindst 27 måneder.  
 Januar: Begynd kvartalsvise fjernundervisningssessioner.  
 Marts: Train-the-trainer/supervisorundervisning på Yale.

#### Andet år

- August: Besøg i kommuner.

### Indsatsens faser

Den første indsatsfase fokuserer på forberedelse af implementeringen. Når den proces er afsluttet, begynder indsatsen formelt med *den prænatale fase*. I denne fase tilses mødre ugentligt på skift af de hjemmebesøgende klinikere. Samme frekvens for besøg fortsætter under *fødselsfasen*, *den postnatale fase* og *barnets første leveår*. *Overgangsfasen* begynder før barnet fylder ét år, når klinikerne vurderer, at hyppigheden af familiens besøg ændres til hver anden uge. I *barnets andet leveår* besøges mor og barn hver anden uge og én gang månedligt af både sundhedsplejersken og familiebehandleren. Endelig er målet under *farvelfasen* at afslutte undervisningen af

familierne umiddelbart efter barnets toårs fødselsdag. Mødre bliver mindet om det forestående farvel mindst fire måneder inden det sidste besøg, så de har tilstrækkelig tid til at sige farvel til alle hjemmebesøgende. Begge hjemmebesøgende deltager i det sidste besøg i hjemmet.

### **Løbende undervisning og vejledning**

Som beskrevet i første del indgår løbende undervisning, teknisk assistance og vejledning som en obligatorisk del af programmet. Klinikere og supervisorere bør deltage regelmæssigt i de forskellige typer supervisions- og vejledningssamtaler, som planlægges i samarbejde med Metodecentret og afholdes via Zoom.

### **Behandlingsfidelitet**

*Minding the Baby*® (MTB) er en evidensbaseret hjemmebesøgsmodel, og overholdelse af (fidelitet over for) modellen er mest effektivt for at opnå positive resultater. Monitorering af behandlingsfidelitet er en forudsætning for indsatsen og implementeringen (McGuire, DeLoney, Yeager et. al 2000; Sidani, 1998). MTB-behandlingsfidelitet måles, monitoreres og forbedres på tværs af fire domæner (design, undervisning, levering, og modtagelse/vedtagelse). Det er nærmere beskrevet i behandlingsmanualen. Fidelitetstjeklisten i bilag V til denne håndbog beskriver yderligere krav, herunder obligatoriske tjeklister og selvevalueringer for klinisk personale og organisationer.

### **Indsamling og videregivelse af data**

Der indsamles evalueringsdata gennem VIVE som en del af en RCT-undersøgelse, og der videregives fidelitetsdata direkte fra den enkelte kommune til det internationale center for MTB ved Yale University. Dette omfatter tjeklister for levering af indsatsen for klinikere samt selvevalueringer for supervisorere og organisationer. Bilag V indeholder en vejledende oversigt over indholdet i disse formularer. Instrukser og onlinelinks til indsendelse af dataene vil blive fremsendt via e-mail inden fristens udløb.

## Bilag

### Bilag I: Opstartsressourcer

Eksempler på jobbeskrivelser .....	12
Hjemmebesøgende med ansvar for mental trivsel.....	12
Sundhedsplejerske .....	14
Supervisor for mental trivsel .....	16
Supervisor for plejeansvar .....	17
Retningslinjer for klinisk personale .....	18
Tjekliste for implementeringsopstart .....	21

### Bilag II: Eksempler på diskussions- og samtaleformater

Diskussionsformat for sager .....	23
IDS-samtaleformater.....	24

### Bilag III: Behandlingsfidelitet – ramme og målinger

Fidelitetsramme: .....	29
Tjekliste for behandlingsfidelitet .....	31
Indsatstjekliste for MTB-sundhedsplejersker .....	32
Indsatstjekliste for MTB-klinikere inden for mental trivsel .....	34
Behandlingsfidelitet: Selvevalueringsformular for supervisorer .....	37
Implementeringsstedets selvevaluering .....	38

## BILAG I: FOKUS I OPSTART

### Eksempel på jobbeskrivelse for familiebehandlere

**Jobbeskrivelse:** Praktikeren skal samarbejde med medarbejdere fra det internationale center for MTB og have ansvar for mental trivsel i forbindelse med *Minding the Baby*®-indsatser. Familiebehandleren skal fokusere på spædbørn, mødre og deres familier og levere ydelser, der spænder fra vejledning og sagsadministration til intensive kriseindsatser.

MTB bygger på forskning i tilknytningsteori og anvender en integreret omsorgsmodel, som både omfatter primær pleje og mental trivsel for at forbedre relationen mellem mor og spædbarn. MTB-klinikere undervises i MTB-modellen af modellens udviklere. Fokus vil være på at støtte og forbedre forælders refleksive kapacitet eller refleksive funktion (RF). Klinikere modtager endvidere reflekterende supervision og teamsupervision samt løbende undervisning fra Yales udviklere af modellen.

#### **Pligter og ansvar:**

1. Indgå i et team som samarbejder med en sundhedsplejerske om at aflægge hjemmebesøg hos familier.
2. Kommunikere og samarbejde med jordemødre og pædiatere. Deltage i prænatale og pædiatriske gruppesessioner for familier efter behov/relevans.
3. Udnytte viden om spædbørns udvikling, tilknytningsprocesser, tidlig følelsesmæssig udvikling, forælderbarn relationer og særlige problemstillinger omkring højrisikomødre og -børn og deres familie. Yde psykoterapeutisk behandling og forældreomsorgsstøtte, knytte familier til psykiatriske ressourcer og hjælpe dem med sociale ydelser.
4. Indhente klinisk samtykke og tilladelse fra programmets deltagere til at indsamle evalueringsdata til forskningsformål og interviewe deltagere. Interview er både centrale i forhold til det kliniske arbejde og i forhold til RCT-evalueringen.
5. Deltage i kliniske samarbejder efter behov. Deltage i undervisningssessioner hvor fokus er på den integrerede hjemmebesøgsmodel. Deltage i hyppige supervisionssessioner med sundhedsplejersken og supervisorer.
6. Indsamle data i overensstemmelse med program-og finansieringskrav.

**Uddannelse og erfaring:** en professionsbachelor inden for socialt arbejde (socialrådgiver/socialpædagog) evt. med masteroverbygning. Familiebehandlerdele kan være en socialrådgiver, psykolog eller en anden socialfaglig fagperson, som har en efteruddannelse i familiebehandling og erfaring med at foretage familiebesøg.

#### **Færdigheder og kompetencer:**

1. Stærke færdigheder inden for klinisk administration og sagsadministration.
2. Organisatoriske færdigheder til koordinering af projektets hjemmebesøgskomponent.
3. Gode skrivefærdigheder til udarbejdelse af sagsnoter og rapporter til Yales udviklere af modellen efter behov.
4. Viden om med diagnosesystemer for spædbørn og voksne.
5. Må meget gerne have modtaget undervisning i anvendelse af mindfulness til håndtering af stress.

## **Eksempel på jobbeskrivelse for sundhedsplejerske**

**Jobbeskrivelse:** Sundhedsplejersken skal samarbejde med medarbejdere fra det internationale center for MTB. Sundhedsplejersken skal levere en omfattende hjemmebesøgsindsats, uddanne forældre og rådgive unge mødre og deres familier som en del af et integreret team. Desuden skal sundhedsplejersken have fokus på spædbørn, mødre og familiemedlemmer i forbindelse med hjemmebesøg og levere ydelser, som spænder fra vejledning og sagsadministration til intensive kriseindsatser.

MTB bygger på forskning i tilknytningsteori og anvender en integreret omsorgsmodel, som både omfatter primær pleje og mental trivsel for at forbedre relationen mellem mor og spædbarn. MTB-klinikere undervises i MTB-modellen af modellens udviklere. Fokus er på at støtte og forbedre forældrens reflekseive kapacitet eller reflekseive funktion (RF). Klinikere modtager reflekterende supervision og teamsupervision samt løbende undervisning fra Yales udviklere af modellen.

### **Pligter og ansvar:**

1. Indgå som en del af et team, der samarbejder med en klinisk familiebehandler eller anden specialist inden for mental trivsel om at levere hjemmebesøg til familier.
2. Kommunikere og samarbejde med jordemødre og pædiatere, som yder primær pleje til familierne. Deltage i prænatale og pædiatriske gruppesessioner for familier efter behov/relevans.
3. Udnytte viden om spædbørns udvikling, tilknytningsprocesser, tidlig følelsesmæssig udvikling, forælderbarn relationer og særlige problemstillinger omkring højrisikomødre og -børn og deres familie. Leverer intensive hjemmebesøgsindsatser, uddanne forældre og rådgive alle projektdeltagere (spædbørn, mødre og familiemedlemmer).
4. Indhente klinisk samtykke og tilladelse fra programmets deltagere til at indsamle evalueringsdata til forskningsformål og interviewe deltagere. Interview er både centrale i forhold til det kliniske arbejde og i forhold til RCT-evalueringen.
5. Deltage i kliniske samarbejder efter behov. Deltage i undervisningssessioner hvor fokus er på den integrerede hjemmebesøgsmodel. Deltage i hyppige supervisionssessioner med familiebehandleren og supervisorer.
6. Indsamle data i overensstemmelse med program-og finansieringskrav.

**Uddannelse og erfaring:** Autoriseret sundhedsplejerske med mindst ét års pædiatrisk erfaring eller familieerfaring eller en tilsvarende kombination af erfaring og uddannelse.

### **Færdigheder og kompetencer:**

1. Stærke kliniske færdigheder og sagsadministrationskompetencer. Desuden er viden om prænatal pleje, modersundhed og reproduktiv sundhed og pleje samt moderlivets typiske problemstillinger vigtige forudsætninger. Vejlede i forhold til problemstillinger i relation til primær pædiatrisk pleje, herunder særligt amning, spædbarnsernæring, sikkerhed, almindelige sundhedsproblemer, udvikling og forebyggelse
2. Organisatoriske færdigheder til koordinering af projektets hjemmebesøgskomponent.
3. Gode skrivefærdigheder til udarbejdelse af sagsnoter og rapporter til Yales udviklere af modellen efter behov.
4. Kendskab til diagnosesystemer for spædbørn og voksne.
5. Gerne erfaring fra tidligere hjemmebesøg, viden om tilknytningsprocesser mellem mor og spædbarn, tidlige mor-spædbarn relationer, reflekseiv funktion, familiesystemer og -dynamikker, familiestykker, stress og stresshåndtering, kendskab til ressourcer i nærområdet.



## **Eksempel på jobbeskrivelse for supervisor for familiebehandlere**

**Jobbeskrivelse:** Samarbejde med supervisoren for sundhedsplejeansvar og fungere som supervisor for familiebehandlere i det kliniske *Minding the Baby*®-team (MTB).

### **Pligter og ansvar:**

1. Varetage løbende reflektiv supervision af MTB-teamet
2. Hjælpe MTB-klinikere med at udarbejde guidelines vedrørende denne praksis
3. Deltage i teammøder og telefonsamtaler med medarbejdere fra Yales internationale center for MTB.

**Uddannelse og erfaring:** en professionsbachelor inden for socialt arbejde (socialrådgiver/socialpædagog) med relevant efteruddannelse, evt. med masteroverbygning, eller en kandidat- eller mastergrad i psykologi. Erfaring med klinisk supervision, uddannelse i og baggrund inden for reflektiv supervision, dynamisk teori og praksis, spædbarn-forælder psykoterapi, forælder og barnets tidlige udvikling, traumer, tilknytning, reflektiv funktion og gerne tidligere erfaring med hjemmebesøg.

### **Generelle færdigheder og kompetencer:**

MTB-supervisorer skal være i stand til at:

- Kommunikere effektivt med stærke mundtlige og skriftlige sprogfærdigheder
- Opretholde tavshedspligt
- Genkende tegn på omsorgstræthed og tilbyde relevante indsatser
- Skelne mellem administrativ, klinisk problemløsning og reflektive supervisionsrammer
- Fremhæve og integrere sundhedsmæssige problemer (graviditet, mor, barn) med forældreomsorg og andre familiemæssige, mentale, sociale eller situationsbestemte problemer
- Afveje teoretiske principper i forhold til klinikernes daglige praktiske udfordringer
- Understøtte og fremme drøftelser af mental trivsel ud fra sundhedsmæssige og/eller udviklingsmæssige perspektiver
- Skabe et roligt trygt miljø, hvor de der føres supervision med, tør tage chancer, stille spørgsmål og udforske, hvad de synes om arbejdet
- Registrere klinikerens bekymringer, frygt og følelser og være i stand til at bearbejde og udforske sammenhængen mellem disse følelser og arbejdet (integration).

## **Eksempel på jobbeskrivelse for supervisor for sundhedspleje**

**Jobbeskrivelse:** Samarbejde med supervisoren for mental trivsel og fungere som supervisor for sundhedspleje i det kliniske *Minding the Baby*®-team (MTB).

### **Pligter og ansvar:**

1. Varetage løbende reflektiv supervision af MTB-teamet
2. Udarbejde sundhedsrelaterede drøftelser og kliniske formuleringer baseret på evidensbaserede tilgange og praktiske retningslinjer
3. Deltage i teammøder og telefonsamtaler med medarbejdere fra Yales internationale center for MTB.

**Uddannelse og erfaring:** Som minimum en professionsbachelor i sygepleje med omfattende klinisk erfaring. Kandidater med en kandidatgrad eller højere i sygepleje, folkesundhed eller et relateret område foretrækkes. 2-4 års erfaring med klinisk supervision, pædiatrisk pleje, familiesundhed eller som jordemoder, uddannelse i reflektiv supervision, kendskab til aktuelle rapporteringskrav. Kandidater med erfaring fra tidligere hjemmebesøg foretrækkes.

### **Generelle færdigheder og kompetencer:**

MTB-supervisorer skal være i stand til at:

- Kommunikere effektivt med stærke mundtlige og skriftlige sprogfærdigheder
- Opretholde tavshedspligt
- Genkende tegn på omsorgstræthed og tilbyde relevante indsatser
- Skelne mellem administrativ og klinisk problemløsning og reflektive supervisionsrammer
- Afsætte tid til refleksion
- Fremhæve og integrere sundhedsmæssige problemer (graviditet, mor, barn) med forældreomsorg og andre familiemæssige, mentale, sociale eller situationsbestemte problemer
- Afveje teoretiske principper i forhold til klinikernes daglige praktiske udfordringer
- Understøtte og fremme drøftelser af mental trivsel ud fra sundhedsmæssige og/eller udviklingsmæssige perspektiver
- Holde sig opdateret om grundlæggende sundhedspleje:
  - Prænatal pleje, prævention, seksuelt overførte sygdomme og nuværende praksis
  - Primær pædiatrisk pleje (neonatal, spædbørn, små børn), primær pleje for unge og kvindesundhed
  - Viden om tegn og symptomer på børnemishandling, klinisk vurdering/beslutningstagning, og juridiske spørgsmål/aktuelle rapporteringskrav.

## **Retningslinjer for klinisk personale**

Succesfuld MTB-implementering involverer mange vigtige faktorer. Et af de første skridt er at ansætte klinikere og udpege supervisorer, som matcher MTB-modellen. Det er vigtigt at vurdere, om en potentiel kliniker er et godt match i forhold til MTB. Det er blevet stadig mere tydeligt for hver implementering af MTB. MTB-behandlingen er mest effektiv, når klinikere og supervisorer fuldt ud forstår og understøtter modellens tværfaglige, reflektive tilgang, som også er tilknytnings-, mangfoldigheds- og traumeorienteret.

Nogle klinikere er bedre egnede til MTB end andre, uafhængigt af deres erfaring eller færdigheder inden for et bestemt område. Formålet med dette dokument er at beskrive nogle af de egenskaber, som kendetegner effektive MTB-praktikere og -supervisorer. Disse egenskaber rækker videre end monofaglige kliniske kompetencer (dvs. en sundhedsplejerske der har erfaring med at arbejde med gravide kvinder eller en familiebehandler, der har erfaring med spædbarn-forælder psykoterapi). Det er vigtigt, at MTB-klinikere kan håndtere og være åbne over for komplekse processer. MTB er en relationsbaseret indsats, og det er derfor vigtigt at interviewe, ansætte og uddanne klinikere, der forstår at drage fuld fordel af relationer uden at blive alt for involverede i familiers stress og stridigheder. Succesfulde MTB klinikere er hjælpsomme og ikke-fordømmende, når de gennemarbejder forskellige kriser med familier.

### **Generelle overvejelser**

Selvom MTB er evidensbaseret, og implementering af modellen kræver omfattende uddannelse, følger indsatsen ikke en stram plan. Den enkelte kliniker bestemmer selv med udgangspunkt i MTB-behandlingsmanualen, hvad der skal ske i forbindelse med en konkret session. Indholdet i sessionerne baserer sig på erfaringer med familien, vurdering af presserende spørgsmål og behov, evt. diagnoser og interventioner herpå. Alt dette sker i tæt rådføring med den kliniske partner i MTB-teamet. Det er vigtigt at huske, at uanset hvilke planer en kliniker har for en individuel session, kan tingene ændre sig ved ankomsten til hjemmet.

Der er tre niveauer af "egnethed", som er centrale for hjemmebesøgende, der arbejder inden for MTB-modellen. Det ene er i forhold til formel uddannelse/uddannelsesniveau (som beskrevet under jobbeskrivelser og kompetencer) og personlige egenskaber. Det andet er evnen til at arbejde tæt sammen med en kliniker fra et andet område. Det tredje er implementeringsmyndighedens evne til at understøtte dette arbejde på et følelsesmæssigt, proceduremæssigt og kulturelt plan.

*Personlige egenskaber:* At arbejde som MTB-kliniker eller -supervisor kræver fleksibilitet og åbenhed over for usikkerhed. Det kan være vanskeligt selv for erfarne klinikere, som muligvis er vant til mere traditionelle arbejdsmetoder. De kan finde det udfordrende at acceptere modellens fleksibilitet. MTB klinikere bør have erfaring med at arbejde med højrisikogrupper og have forståelse for de centrale elementer i en reflektiv, tilknytningsbaseret tilgang. En god klinisk indsats kræver tålmodighed, tolerance, selvforståelse, evne til at lytte og til at knytte varme relationer samt evne til at interessere sig for andre. Det kræver også gode mentaliseringsfærdigheder, dvs. en konsekvent nysgerrighed efter at forstå, hvad der gør mennesker unikke, vilje til ikke at være fordømmende og evne til at undres og være åben. Måske vigtigst af alt kræver det også selvindsigt. Specifikt omfatter det bevidstheden om, at selv de bedste klinikere kan have svært ved dette, især når de er stressede. Alle kan ind imellem være fordømmende eller stive, men det er vigtigt at være opmærksom på dette og at kunne anvende teamwork, supervision og egenomsorg som et middel til at opnå fleksibilitet og åbenhed.

*Samarbejde:* Effektivt teamsamarbejde forudsætter åbenhed over for samarbejde. Det omfatter respekt for hinanden og for hinandens arbejde. Det kræver også en evne til at være åben og kommunikere klart, at være på bølgelængde og hele tiden have øje for det andet teammedlem. Godt teamsamarbejde kræver også, at der er et godt "match" mellem de forskellige klinikere. Pardannelser spiller en vigtig rolle for en vellykket implementering. I forbindelse med dannelsen af de kliniske teams kan det være nyttigt for supervisorer og ledere (som måske kender

klinikerne i forvejen) at være opmærksomme på at matche partnernes stile og evne til at samarbejde som et team. Dette er særlig vigtigt i betragtning af teamets tværfaglige natur.

Det er vigtigt, at de to teammedlemmer har tillid til hinanden, lytter til og taler med hinanden, er åbne over for hinanden, støtter hinanden og deler både succesoplevelser og kriser. Det er vigtigt at holde sig dette for øje, når klinikerne skal matches, og det samme gælder deres evne til at respektere, forstå og interessere sig for deres kliniske partners synspunkter og ekspertise. Det indebærer vilje til at acceptere og forstå menings- og reaktionsforskelle og til at løse konflikter.

*Et bredere faciliteringsmiljø:* Endelig er det vigtigt at tænke på klinikernes arbejdsmiljø. Klinikere er mest succesfulde, hvis de oplever støtte fra deres supervisor, teamet og implementeringsmyndigheden. Selvom det kan tage tid for supervisor og myndigheder at føle sig trygge ved MTB-tilgangen, er åbenhed over for modellen og dens unikke tilgang afgørende. Det kan være en god idé for supervisor at rådføre sig med kolleger fra andre områder for at yde en god tværfaglig støtte.

## Opsummering

Som en del af ansættelsesprocessen er det vigtigt at vurdere personernes formelle uddannelse, kliniske erfaring, personlige egenskaber og interesse for at arbejde med udfordrende komplekse familier. Processen bør også omfatte en vurdering af den enkeltes åbenhed over for teamsamarbejde og muligheden for at sammensætte to klinikere som et par – er de et godt match? Er det sandsynligt, at netop disse to klinikere vil være i stand til at samarbejde? Nedenfor er vist nogle anbefalede interviewspørgsmål, som kan hjælpe med at afdække dette.

### Anbefalede interviewspørgsmål til potentielle MTB-klinikere

- Har du erfaring med at besøge familier i deres hjem? Fortæl os om et besøg, som du husker særligt tydeligt.
- Der findes mange forskellige typer familier med forskellige interne dynamikker osv. Prøv at tænke tilbage på de familier, du har arbejdet med, og fortæl os om en, som du har haft særligt nemt ved at arbejde med. Hvad gjorde det nemt for dig at arbejde med dem?
- Prøv derefter at tænke tilbage på en familie, som har været vanskelig at arbejde med. Hvad gjorde denne familie vanskelig for dig? Hvordan håndterede du disse udfordringer?
- Vi arbejder alle sammen i teams fra tid til anden. Fortæl os om teams, du har været en del af. Hvad fik tingene til at gå godt? Hvad gjorde det vanskeligt at samarbejde i et andet team?
- Hvad betyder det for dig fagligt at være en del af et tværfagligt team?
- Et af de mest interessante aspekter ved MTB-arbejde er, at klinikerne skal have en både aktiv og refleksiv tilgang. Familierne kan have smertefulde oplevelser, der skal bearbejdes, men de kan også have brug for hjælp til grundlæggende behov. Har du haft erfaringer med dette? Fortæl os om en af dem. Hvis du ikke har, så fortæl os, hvordan du tror, du ville have oplevet det, hvis det var dig.
- Hvilke aldersgrupper (børn, unge og voksne) har du arbejdet med? Fortæl os om dine erfaringer.
- Hvilke aspekter af arbejdet forventer du vil være nye eller udfordrende for dig?
- Hvilke unikke personlige egenskaber eller styrker bidrager du med til rollen?

## **Implementering af MTB: Tjekliste for opstart**

*Tjeklisten nedenfor er til internt brug i kommunerne, når det er besluttet, at MTB skal implementeres.*

Opstartsfasen (måned 3-6 af implementeringsprocessen efter den indledende planlægning, ansættelse og undervisning)

- Gennemgå og drøft de krav, generelle procedurer, protokoller og formularer med medarbejdere fra det internationale center for MTB.
- Færdiggør procedurer og retningslinjer for indskrivning, behandling, sporing, fastholdelse, afslutning, caseload og supervision.
- Bekræft supervisionsplanen og aftal tidspunkter for møder og samtaler.
- Bestil udstyr, materialer og gaver til familierne efter behov.
- Udarbejd en proces for udarbejdelse og indsendelse af papirarbejde, herunder samtykkeformularer og forskningsrelateret dokumentation, som følger regulativer for beskyttelse og sikker opbevaring af sundhedsoplysninger og forskningsdata.
- Beslut om graviditetsinterviewet skal optages, og vedtag i givet fald en proces for udlevering og returnering af optagelsesudstyr samt en protokol for sikker overførsel og opbevaring af den digitale lydfil (som indeholder beskyttede sundhedsoplysninger).
- Organiser og udskriv/kopier kliniske formularer og forskningsformularer (se manualen – individuelle PDF-filer stilles til rådighed via e-mail) og fastlæg, hvordan klinikere skal anvende formularer og returnere/gemme udfyldte formularer. Udfyldte formularer skal opbevares på et sikkert sted efter hvert besøg.
- Udarbejd mapper med orienteringsmateriale til familierne og udarbejd/kopier godkendte samtykkeformularer.
- Håndter logistiske, administrative og tekniske behov i forbindelse med indsamling af evalueringsdata, indtastning af data og indsendelse af data til VIVE og til det internationale center for MTB.
- .

Indskrivning og indledende undervisningsfase (de efterfølgende 6-9 måneder af

implementeringsprocessen)

- Start med at afholde regelmæssige teammøder og brug reflektiv supervision fra starten for at skabe et godt fundament for løbende supervision.
- Planlæg og opstart kalenderførte supervisions- og vejledningssamtaler med medarbejdere fra det internationale center for MTB (via videokonference).
- Påbegynd langsomt indskrivningen af klienter og husk at tage højde for timingen af besøgene i løbet af barnets andet leveår, idet arbejdsbyrden kan være lille i starten.
- Begynd at indsamle fidelitetsdata efter behov og udarbejd en plan for regelmæssig indsendelse af fidelitet til det internationale center for MTB (helst to gange om året).
- Planlæg/afhold et todages besøg i kommunen med deltagelse af medarbejdere fra det internationale center for MTB (typisk 6-8 måneder efter indskrivningen af de første familier).
- Udfør løbende fidelitetskontroller, og indsend kvartalsvise fidelitetsmålinger til det internationale center for MTB som beskrevet i manualen for MTB.
- Udfyld den første årlige selvevaluering, og send den til det internationale center for MTB via Qualtrics med henblik på gennemgang og feedback.

- Forbered en mor-spædbarn videointeraktion, når barnet er 12 måneder, og fastlæg en proces for udlån og returnering af optagelsesudstyr efter behov samt en protokol for sikker overførsel og opbevaring af den digitale videofil (som kan indeholde beskyttede sundhedsoplysninger). VIVE står for denne opgave i samarbejde med kommuner.
- 

Løbende service og vejledning (indtil afslutningen af servicecyklussen på 27 måneder):

- Fortsæt med at afholde regelmæssige møder, supervisions-/vejledningssamtaler og fjernundervisningssessioner som beskrevet ovenfor.
- Fortsæt med at indsamle data og indsende data regelmæssigt som aftalt.
- Udfør jævnlige fidelitetskontroller.
- Udfyld yderligere årlige selvevalueringer og send dem til det internationale center for MTB via Qualtrics med henblik på gennemgang og feedback.
-

## BILAG II: EKSEMPEL PÅ DISKUSSIONS-OG SAMTALEFORMATER

### Eksempel på MTB-teamets diskussionsformat for sager

1. Indledning og sagsresumé (10 minutter)
  - a. Hvad er kort fortalt det presserende problem i denne sag? Har du spørgsmål, overvejelser eller bekymringer? Hvad har du brug for fra teamet i forbindelse med denne sag?
  - b. Beskriv konteksten og medtag korte demografiske oplysninger og oplysninger om eventuelle relevante sundhedsmæssige eller mentale problemer.
    - Medtag morens navn, alder, køn, civile status, etniske baggrund, beskæftigelse, hvor længe hun har været i beskæftigelse, alder og køn for eventuelle børn og en kort beskrivelse af familiens sundhedsmæssige/mentale historie/bekymringer. Medtag beskyttende faktorer og tegn på resiliensfaktorer.
    - Beskriv morens primære relationer og kvaliteten af relationerne. Hvordan påvirker de hendes følelser om sig selv og hendes forhold til barnet? Overvej, om der kan ligge andre ting bag.
2. Centrale relationer (20 minutter)
  - a. Begge praktikere besvarer følgende spørgsmål:
    - Hvordan føler du, moren imødekommer barnets søgen efter nærhed og omsorg?
    - Hvordan støtter hun barnets udforskning?
    - Genkender hun barnets frygt, og kan hun regulere den?
  - b. Reflekter over det tidligere identificerede presserende problem, og hvordan det påvirker morens eller barnets relation til dig, f.eks.:
    - Hvad er det ved denne sag, som rører dig?
    - Hvad er efter din mening parallellen mellem din relation til moren og morens relation til barnet og andre betydningsfulde mennesker i hendes liv?
    - Hvordan har du det, når du er sammen med moren?
    - Hvilken rolle føler du, hun ønsker, du skal spille i hendes liv?
    - Hvordan har du det, når du observerer moren og barnet? Hvad får du lyst til at gøre i disse øjeblikke?
3. Afklarende spørgsmål og svar (25 minutter)
  - a. Teammedlemmer har mulighed for at stille spørgsmål og dele deres svar.
  - b. Gruppen deltager i en generel uddybende refleksiv diskussion.
4. Afsluttende kommentarer (5 minutter)

## Eksempler på IDS-samtaleformater

### **Implementering af MTB: Dagsorden for tværfaglig (IDS) vejledningssamtale**

#### **SKABELON 1**

- I. Introduktion til den konkrete sag og sagshistorikken (medtag data fra indskrivningen, psykosociale forhold, graviditetsinterview og observationer i hjemmet) (5 minutter)
- Fysisk velvære og mental trivselsamt social baggrund (beskæftigelse, skole, social støtte, boligforhold osv.)
  - Graviditetsrelaterede sundhedsmæssige og/eller mentale problemer
- II. Klinikerteamets og supervisors indtryk af: (10 minutter)
- Familiens styrker
  - De bekymringer familien giver udtryk for (bemærk at der her er tale om en struktureret håndtering af familiens og ikke klinikernes bekymringer – klinikerne skal gemme deres bekymringer til senere i diskussionen).
  - Familiens håb og drømme
  - Hvad ved du om familiens historik indtil nu? (Overvej hvordan den aktuelle situation hænger sammen med dit kendskab til morens/familiens historik).
  - Hold et minuts pause efter introduktionen for at give tilhørerne tid til at bearbejde sagen.
- III. Klinikerens oplevelse (20 minutter): Vælg et eller to spørgsmål, som skal drøftes med hele gruppen.
- Hvordan føles det fysisk at være sammen med denne familie? (indre følelser, fysiske ændringer)
  - Hvilke følelser udløser det? Klinikerens frygt eller bekymringer
  - Hvad har du bemærket om relationen mellem: dig og moren, moren og faren, moren og barnet, dig og barnet osv.? Er der nogen paralleller?
  - Har du bemærket noget om hjemmets fysiske rammer, som synes vigtigt?
  - Hvad er det mest udfordrende ved at arbejde med denne familie? Hvad er det mest lovende/givende?
  - Har du oplevet nogen positiv udvikling eller et grundlag for positiv udvikling i dit arbejde med familien? Inddrag familiens udvikling eller din egen udvikling.
  - Hvor oplever du, at du og din partner er enige/uenige om aspekter i forhold til at arbejde med familien?
  - Oplever du, at din opfattelse eller dine tanker om familien ændrer sig, når du har talt med din partner?
  - Hvad har du lært indtil nu af at arbejde med denne familie?
- IV. Svar fra de lyttende personer i gruppen: Umiddelbare tanker og reaktioner
- V. Klinikerens svar (5 minutter)
- Umiddelbare tanker og reaktioner
  - Har din opfattelse af sagen ændret sig?
  - Har du gjort dig nogen idéer eller tanker om de næste skridt/retningen?
- VI. Opsummering (familien og klinikerteamet): Afsluttende tanker



# Indsatsstrategier

## *Skab en god relation:*

1. Vær støttende, empatisk og beroligende.
2. Fremhæv og ros kompetencer (inden for RF og andre områder), fremhæv morens og barnets bånd.

## *Oprethold en refleksiv holdning:*

3. Valider morens oplevelse før du tilbyder alternativer.
4. Forsøg altid at bevare fokus på barnet – vær på udkig efter muligheder for at henlede fokus/samtalen på barnet.
5. Forsøg at opmuntre til nysgerrighed og forundring i forhold til egne og andres (ukendte) følelser eller tanker.
6. Brug "hvad nu hvis?"-eksempler for at tilskynde familien til at lege med nye idéer.
7. Generer flere perspektiver – hvad kan der ellers være tale om?
8. Anvend reframing: Brug humor med omhu, og anlæg en munter tone, når det føles rigtigt.
9. Bed moren om at afklare og uddybe og anvend en udfordrende tilgang, når det synes passende.
10. Bliv i nuet – stop, lyt, se, stop, spol tilbage, udforsk.
11. Kast morens følelser tilbage på hende selv og forsøg at identificere og sætte ord på skjulte følelsesmæssige tilstande.
12. Tal på barnets vegne – sæt ord på barnets perspektiv, tal til barnet, beskriv barnets verden og oplevelse af samspillet.
13. Tal på morens vegne – mødre har ind imellem et begrænset følelsesordforråd eller kun begrænset erfaring med at sætte ord på deres egne følelser.
14. Knyt følelserne sammen med morens og barnets adfærd.

## *Udnyt dine egne erfaringer:*

15. Bliv bevidst om dig selv, dine reaktioner og dine følelser.
16. Udnyt din baggrund som kliniker, dine egne følelser og dine erfaringer.
17. Del dine følelser når det er terapeutisk relevant.
18. Anerkend at du som kliniker til tider ikke ved, hvad du skal sige eller gøre.
19. Anerkend fejltagelser når de opstår og vær opmærksom på brud i relationen.

20. Hvis du bliver overvældet af følelser eller indhold, skal du forsøge at komme dig ved at sætte ord på dine følelser og tanker.

**Implementering af MTB:**  
**Dagsorden for tværfaglig (IDS) vejledningssamtale/consultation calls med Yale**  
**SKABELON 2**

1. Præsentation af sagen (15 minutter)
  - a. Hvad er det presserende problem/dilemma/dødvande, der bekymrer dig ved denne familie i øjeblikket?
  - b. Hvordan har du det, når du er sammen med moren eller andre familiemedlemmer?
  - c. Hvilken rolle føler du, forældrene ønsker at spille i barnets liv?
  - d. Hvordan har du det, når du observerer den ene forælder eller begge forældre og barnet?
  - e. Hvad er familiens styrker?
  - f. Hvordan føler du, forælderen/forældrene imødekommer barnets søgen efter nærhed og omsorg? Udforskning? Genkender hun barnets frygt, og kan hun regulere den?
2. Opdatering fra supervisoren (10 minutter)
3. Spørgsmål til Yale-teamet (5 minutter)
4. Refleksiv diskussion med Yale-teamet (15 minutter)
5. Drøftelse med praktiker: Uddybende udforskning (15 minutter)

## BILAG III: BEHANDLINGSFIDELITET – RAMME OG MÅLINGER

### Fidelitetsramme for MTB

*Minding the Baby*® (MTB) er en evidensbaseret hjemmebesøgsmodel, og overholdelse af (fidelitet over for) modellen er den mest effektive tilgang til at opnå positive resultater. I relation til det oprindelige program, som administreres via det internationale center for MTB i New Haven, vurderes og monitoreres fidelitet løbende gennem analyse af procesdata, som indsamles efter hvert hjemmebesøg, samt gennem kvartalsvise statusmøder og mere uformelt gennem regelmæssige supervisions- og teammøder. Som for alle programmer gælder det, at positive resultater forudsætter kvalitet i implementeringen og stor opmærksomhed på modellens elementer.

### MTB – tjekliste for behandlingsfidelitet

Denne tjekliste dækker generelle målepunkter for behandlingsfidelitet samt nødvendige fremgangsmåder og procedurer til at forbedre fidelitet i forhold til MTB-modellen, herunder processer der skal være på plads før implementeringen. Kommuner bør gennemgå tjeklisten med jævne mellemrum optimalt set i forbindelse med de kvartalsvise møder med det internationale center for MTB for forbedre behandlingsfidelitet efter den indledende undervisnings- og opstartsfasen. Dette er en tjekliste til internt brug i kommuner:

#### *Før implementeringens opstart:*

- Gennemførelse af en behovsvurdering og planlægning af samarbejde forud for implementeringen
- Vejledning om opstartsplanlægning, herunder ansættelser, gennem det internationale center for MTB
- Introduktionskursus for alle medarbejdere
- Omhyggelig gennemgang af MTB-behandlingsmanualen

#### *Under alle faser af implementeringen:*

- Omhyggelig løbende gennemgang af kompetencer for klinikere og supervisorer
- Udfyldelse af HVPV-formular for hjemmebesøgsprocessen efter hvert besøg
- Deltagelse i refleksiv supervision og teammøder med drøftelse af sager
- Deltagelse i løbende undervisning og vejledning for fuldskalaimplementering af MTB
- Løbende gennemgang af MTB-behandlingsmanualen.
- Deltagelse i kvartalsvise evalueringsmøder med det internationale center for MTB
- Årlig indsendelse af klinikeres og supervisorers selvevalueringer af behandlingsfidelitet for MTB til det internationale center for MTB
- Deltagelse i systematisk løbende monitorering gennem indsamling/indsendelse af data
- Indsamling af evalueringsdata fra hjemmebesøg fra deltagerne ved programmets afslutning

**Behandlingsfidelitet for MTB:**  
**Indsatstjekliste for MTB-sundhedsplejerske**

**Implementeringssted:** \_\_\_\_\_

**Dato:** \_\_\_\_\_

*Denne formular er beregnet til at skulle bruges sammen med "Monitorering af behandlingsfidelitet for MTB: Selvevaluering af indsats" i behandlingsmanualen. MTB-klinikere bliver bedt om at gennemgå selvevalueringen regelmæssigt, ca. hver tredje måned, for udvalgte familier og udfylde formularen og indsende den til det internationale center for MTB (online via Qualtrics) **en gang om året**, startende tre måneder efter indskrivningen af de første familier i programmet.*

**Retningslinjer:** Udvalg en familie, som er repræsentativ for din nuværende arbejdsbyrde, og bedøm hvert punkt på en skala fra 1-3, hvor 1 = jeg gør det regelmæssigt, 2 = jeg gør det ind imellem og 3 = jeg gør det ikke endnu.

**A. Indsatsprocedurer**

1. Følger protokoller for informeret samtykke, indskrivning, indhentning af sygdomshistorie og dokumentation af hjemmebesøg (herunder HVPV-formularen)	1	2	3
2. Afholder ugentlige møder med den kliniske partner for at drøfte familier	1	2	3

**B. Familieengagement**

3. Skaber en terapeutisk alliance ved at bidrage med en varm støttende tilstedeværelse	1	2	3
4. Skaber et "sikkert sted" i hjemmet til at mødes og snakke	1	2	3
5. Respekterer kulturelle og familiemæssige overbevisninger	1	2	3
6. Demonstrerer evne til at bruge konkrete servicebehov som "indgangsvinkel"	1	2	3

**C. Observation og evaluering**

7. Vurderer sikkerhedsrisici	1	2	3
8. Vurderer om barnet udvikler sig normalt	1	2	3
9. Afdækker sociale støttepersoner og konkrete ressourcer	1	2	3
10. Observerer tilknytningssystemet mellem mor og barn	1	2	3
11. Observerer andre omsorgsrelationer, som barnet har til rådighed, og afdækker dem som optimale, potentielle risici eller beskyttende faktorer	1	2	3

**D. Plejerolle**

12. Koordinerer morens og barnets sundhedsydelse efter behov	1	2	3
13. Anvender samspilskonceptet i relation til MTB-pleje	1	2	3
14. Indhenter morens sundhedshistorie og -status	1	2	3
15. Tilpasser og prioriterer indhold til den enkelte familie	1	2	3
16. Vurderer hindringer for implementering af familiens plejeplan	1	2	3
17. Bruger plejetilgange som beskrevet i kapitel i MTB-behandlingsmanualen	1	2	3
18. Dokumenterer sundhedsuddannelse, sundhedsproblemer og tilgange	1	2	3

**F. Tværfagligt teamwork**

19. Kommunikerer og mødes regelmæssigt med partner(e) inden for andre områder	1	2	3
20. Skaber et tillidsforhold ved at værdsætte partnerens perspektiver/erfaringer	1	2	3
21. Forstår roller og omfanget af partnerens grundlæggende viden/praktiske erfaring	1	2	3
22. Anerkender og koordinerer arbejde med partneren inden for overlappende områder	1	2	3
23. Koordinerer og samarbejder med den kliniske partner og familiens læge om yderligere sundhedsmæssige behov	1	2	3
<b>G. Kliniske tilgange</b>			
24. Opretholder en reflektiv interesseret holdning	1	2	3
25. Fastholder perspektiv for både forælder og barn	1	2	3
26. Taler for barnet for at fremme forælders forståelse af barnet	1	2	3
27. Taler for forælderen for at fremme forståelsen af egne følelser og adfærd	1	2	3
28. Hjælper forælderen med at forstå barnets adfærd som kommunikation	1	2	3
<b>H. Brug af klinisk og reflektiv supervision</b>			
29. Prioriterer afsætning af tid til regelmæssig planlagt supervision	1	2	3
30. Er til stede, åben og nysgerrig og er klar til at dele og udforske tanker og følelser	1	2	3
31. Udarbejder en klinisk formulering, <sup>1</sup> som udvikler sig over tid	1	2	3

<sup>1</sup> Ved afslutningen af en evalueringsperiode inddrager klinikerens det, hun har lært om moderen (og eventuelt spædbarnet og familien) og formulerer en forståelse af den kliniske situation. Hun kommer muligvis også frem til en eller flere relevante diagnoser. Hendes formuleringer er baseret på teorier, der hjælper med at tegne det kliniske billede. Disse formuleringer danner udgangspunkt for planlægning af behandlingen baseret på bedste praksis eller evidensbaserede retningslinjer og udarbejdelse af den indledende plejeplan for en patient eller familie. Formuleringen og behandlingsplanen kan tilpasses efter behov, hvis nye oplysninger fører til en ny forståelse eller behandlingstilgang.

**Behandlingsfidelitet for MTB:**  
**Indsatstjekliste for MTB- familiebehandlere**

Implementeringssted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

*Denne formular er beregnet til brug sammen med "Monitorering af behandlingsfidelitet for MTB: Selvevaluering af indsats" i MTB-behandlingsmanualen. MTB-klinikere bliver bedt om at gennemgå selvevalueringen regelmæssigt, ca. hver tredje måned, for udvalgte familier og udfylde formularen og indsende den til det internationale center for MTB (online via Qualtrics) en gang om året, startende tre måneder efter indskrivningen af de første familier i programmet.*

**Retningslinjer:** Udvalg en familie som er repræsentativ for din nuværende arbejdsbyrde, og bedøm hvert punkt på en skala fra 1-3, hvor 1 = jeg gør det regelmæssigt, 2 = jeg gør det ind imellem og 3 = jeg gør det ikke endnu.

**A. Indsatsprocedurer**

1. Følger protokoller for informeret samtykke, indskrivning, indhentning af psykosocial historie og dokumentation af hjemmebesøg (herunder HVPV-formularen)	1	2	3
2. Afholder ugentlige møder med den kliniske partner for at drøfte familier	1	2	3

**B. Familieengagement**

3. Skaber en terapeutisk alliance ved at bidrage med en varm støttende tilstedeværelse	1	2	3
4. Skaber et "sikkert sted" i hjemmet til at mødes og snakke	1	2	3
5. Respekterer kulturelle og familiemæssige overbevisninger	1	2	3
6. Demonstrerer evne til at bruge konkrete servicebehov som "indgangsvinkel"	1	2	3

**C. Observation og evaluering**

7. Afdækker sikkerhedsrisici	1	2	3
8. Afdækker, om barnet udvikler sig normalt	1	2	3
9. Afdækker sociale støttepersoner og konkrete ressourcer	1	2	3
10. Observerer tilknytningssystemet mellem mor og barn	1	2	3
11. Observerer andre omsorgsrelationer, som barnet har til rådighed, og afdækker dem som optimale, potentielle risici eller beskyttende faktorer	1	2	3

**E. Rolle i forhold til mental trivsel/socialrådgivning**

12. Indhenter morens mentale trivselshistorie og -status	1	2	3
13. Tilpasser og prioriterer indhold til den enkelte familie	1	2	3
14. Er parat til at anvende forskellige indsatsstrategier til at håndtere traumer, angst, vold i hjemmet osv.	1	2	3
15. Vurderer hindringer for implementering af behandlingsplanen for familien	1	2	3
16. Anvender kliniske tilgange som beskrevet i kapitel 9 i MTB-behandlingsmanualen	1	2	3
17. Dokumenterer mental trivselshistorie, problemer og tilgange	1	2	3





<b>F. Tværfagligt teamwork</b>			
18. Kommunikerer og mødes regelmæssigt med partner(e) inden for andre områder	1	2	3
19. Skaber et tillidsforhold ved at værdsætte partnerens perspektiver/erfaringer	1	2	3
20. Forstår roller og omfanget af partnerens grundlæggende viden/praktiske erfaring	1	2	3
21. Anerkender og koordinerer arbejde med partneren inden for overlappende områder	1	2	3
22. Koordinerer og samarbejder med den kliniske partner og familiens læge om yderligere sundhedsmæssige behov for moren eller barnet	1	2	3
<b>G. Kliniske tilgange</b>			
23. Opretholder en refleksiv interesseret holdning	1	2	3
24. Fastholder perspektiv for både forælder og barn	1	2	3
25. Taler for barnet for at fremme forælderen forståelse af barnet	1	2	3
26. Taler for forælderen for at fremme forståelsen af egne følelser og adfærd	1	2	3
27. Hjælper forælderen med at forstå barnets adfærd som kommunikation	1	2	3
<b>H. Brug af klinisk og refleksiv supervision</b>			
28. Prioriterer afsætning af tid til regelmæssig planlagt supervision	1	2	3
29. Er til stede, åben og nysgerrig og er klar til at dele og udforske tanker og følelser	1	2	3
30. Udarbejder en klinisk formulering ud fra et dynamisk perspektiv	1	2	3
31. Overvej om der er brug for yderligere udredning/diagnose, når det er relevant	1	2	3

**Behandlingsfidelitet for MTB:**  
**Selvevalueringsformular for supervisorer**

Implementeringssted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Responderende supervisors ansvarsområde:  Pleje  Mental trivsel

*Denne formular er beregnet til brug sammen med "Monitorering af behandlingsfidelitet for MTB: Selvevaluering af indsats" i MTB-behandlingsmanualen. MTB-supervisorer bliver bedt om at gennemgå den fulde ramme regelmæssigt med de klinikere, der er genstand for supervisionen, for udvalgte familier og udfylde formularen og indsende den til det internationale center for MTB (online via Qualtrics) en gang om året, startende tre måneder efter indskrivningen af de første familier i programmet.*

**Retningslinjer: Bedøm hvert punkt på en skala fra 1-3, hvor 1 = jeg gør det regelmæssigt, 2 = jeg gør det ind imellem og 3 = jeg gør det ikke endnu.**

<b>A. Tværfagligt teamsamarbejde</b>			
1. Kommunikerer og mødes regelmæssigt med supervisor(er) inden for andre områder	1	2	3
2. Skaber et tillidsforhold ved at værdsætte partnerens perspektiver/erfaringer	1	2	3
3. Forstår roller og omfanget af de andre supervisors grundlæggende viden/praktiske erfaring	1	2	3
<b>B. Klinisk supervision</b>			
4. Opretholder en reflektiv interesseret holdning	1	2	3
5. Fastholder perspektiv for både forælder og barn	1	2	3
6. Tilskynder kliniker(e) til at tale for barnet for at fremme forælders forståelse af barnet	1	2	3
7. Tilskynder kliniker(e) til at tale for forælderen for at fremme forståelsen af egne følelser og adfærd	1	2	3
8. Tilskynder kliniker(e) til at hjælpe forælderen med at forstå barnets adfærd som kommunikation	1	2	3
<b>C. Refleksiv supervision</b>			
9. Prioriterer afsætning af tid til regelmæssig planlagt supervision	1	2	3
10. Er til stede, åben og nysgerrig og er klar til at dele og udforske tanker og følelser	1	2	3
11. Skaber et stille privat rum	1	2	3
12. Skaber et miljø med følelsesmæssig sikkerhed, som fremmer autenticitet	1	2	3
13. Er til stede, åben, nysgerrig og rolig	1	2	3
14. Har en ikke-fordømmende holdning	1	2	3

## MTB selvevaluering

Nedenstående punkter er indeholdt i en onlineformular, der er beregnet til brug sammen med kapitlet om behandlingsfidelitet for MTB i behandlingsmanualen. MTB-administratorer udfylder formularen (online via Qualtrics) **årligt** og sender den til det internationale center for MTB, startende ca. et år efter indskrivningen af de første familier i programmet. Punkterne er medtaget nedenfor, så det er muligt at gennemgå dem, inden onlineformularen udfyldes.

**Retningslinjer: Angiv følgende oplysninger om MTB-implementeringsstedet via det onlinelink, som stilles til rådighed af det internationale center for MTB. Besvarelsen tager omkring 15-20 minutter. Når du har angivet et numerisk svar i det enkelte afsnit, får du mulighed for at komme med yderligere uddybende oplysninger efter behov. Tak for din deltagelse!**

### A. Administrativ implementering og vigtige elementer (procesfidelitet)

Angiv det aktuelle samlede antal for hvert af følgende MTB-programelementer.

SAMLET antal MTB-klinikkere

- 1a. uddannet i forbindelse med/før opstart
- 1b. uddannet siden/efter opstart
2. betjener MTB-familier i øjeblikket
3. er klinikere på kandidatniveau
4. har forladt programmet midlertidigt
5. har forladt programmet permanent
6. aktuelle ledige stillinger

Antal lokale MTB-supervisorer...

7. uddannet i forbindelse med opstart
8. har forladt programmet midlertidigt
9. har forladt programmet permanent
10. aktuelle ledige stillinger

11. Antal aktive hjemmebesøgsteams (sundhedsplejerske + familiebehandler)

SAMLET antal familier...

12. der skal have indsatsen årligt (måltal)
13. der har fået indsatsen siden starten af implementeringen (alle grupper)
14. der er indskrevet i øjeblikket
15. der har gennemført programmet (på tværs af alle grupper)
16. der har trukket sig fra programmet (på tværs af alle grupper)
17. som indgår i det aktuelle gennemsnitlige caseload pr. kliniker
18. der har den største arbejdsbyrde, et team har håndteret (på tværs af alle grupper)
19. Angiv eventuelle kommentarer eller uddybende oplysninger til ovenstående punkter.

Angiv, om ingen, nogle, de fleste eller alle de familier, der er blevet betjent,...

20. har deltaget frivilligt
21. har haft det samme hjemmebesøgsteam under hele indsatsen
22. er blevet indskrevet før barnets fødsel
23. har modtaget mindst to hjemmebesøg inden barnets fødsel
24. har involveret førstegangsmødre
25. Angiv eventuelle kommentarer eller uddybende oplysninger til ovenstående punkter.

### B. Organisatorisk klima og implementeringsproces (behandlingsfidelitet)

Bedøm følgende punkter på en skala fra 1-5, hvor 1 = meget ringe, 2 = ringe, 3 = gennemsnitlig/neutral, 4 = god, og 5 = meget god.

26. Kvaliteten af implementeringsmyndighedens relation til lokalsamfundet, andre nonprofitorganisationer og klinikker
27. Effektiviteten af implementeringsmyndighedens organisationsstruktur i forhold til at fremme et effektivt og velorganiseret program
28. Supervisorernes evne til at håndtere en god balance mellem administrativ, klinisk og reflektiv supervision
29. Effektiviteten af implementeringsmyndighedens organisatoriske klima i forhold til at fremme et støttende og sikkert miljø for alle medarbejdere
30. Niveau for overholdelse af MTB-modellens krav, herunder omhyggelige løbende gennemgange af implementerings- og behandlingshåndbøger
31. Overholdelsesgrad for fidelitetsprocesser og -målinger, herunder regelmæssige gennemgange af MTB-håndbøger samt udfyldelse af tjeklisten for behandlingsfidelitet og relaterede dokumenter/formularer
32. Niveau for overholdelse af kliniske protokoller og procedurer for MTB, herunder brug af obligatoriske kliniske formularer og/eller forskningsformularer (f.eks. HVPV)
33. Angiv eventuelle kommentarer eller uddybende oplysninger til ovenstående punkter.

### **C. Overholdelse af behandlingsmodellen (indholds-fidelitet)**

*Angiv hyppigheden for følgende punkter. Vælg mellem aldrig, nogle gange, det meste af tiden og altid.*

34. Alle klinikere har de nødvendige kliniske kompetencer for MTB som beskrevet i implementeringsmanualen
35. Alle supervisorer har de nødvendige MTB-supervisorkompetencer som beskrevet i implementeringsmanualen
36. Der afholdes regelmæssige teammøder på stedet med drøftelse af sager hver uge (eller hver anden uge hvis dette er aftalt)
37. Alle teammedlemmer (herunder både klinikere og supervisorer) deltager aktivt i hovedparten af de regelmæssige teammøder på stedet
38. Alle klinikere modtager regelmæssige (helst ugentlige) reflektive supervisionssessioner med lokale eller regionale uddannede MTB-supervisorer
39. Alle teammedlemmer deltager regelmæssigt i påkrævet undervisning og vejledning med det internationale center for MTB
40. Sagspræsentation af høj kvalitet og dybdegående drøftelser af sager indgår som en del af teammøder og supervisions- og vejledningssessioner med det internationale center for MTB
41. Alle teammedlemmer gennemgår MTB-behandlingshåndbøgerne regelmæssigt
42. Alle klinikere gennemgår og bruger oversigtsvejledningen for klinikere til hurtigt at genopfriske tilgange på området
43. Angiv eventuelle kommentarer eller uddybende oplysninger til ovenstående punkter.

### **D. Status for indsamling og indsendelse af evalueringsdata**

*Angiv hyppigheden for følgende punkter. Vælg mellem aldrig, nogle gange, det meste af tiden og altid.*

44. HVPV-formularen for hjemmebesøgsprocessen udfyldes efter hvert hjemmebesøg
45. Der indsamles konsekvent fidelitetsdata for alle familier som aftalt og til tiden (enten via det internationale center for MTB eller via en selvstændig RCT-undersøgelse)
46. Der er blevet indsendt data til det internationale center for MTB regelmæssigt eller som aftalt, ELLER der er blevet indsamlet data via en selvstændig RCT-undersøgelse som aftalt
47. Angiv eventuelle kommentarer eller uddybende oplysninger til ovenstående punkter.

### **E. Feedback til det internationale center for MTB**

48. Hvor nyttigt er det skriftlige undervisningsmateriale (implementerings-/behandlingshåndbøger og oversigtsvejledningen), og på hvilke måder er det nyttigt?
49. Hvordan kunne undervisningsmaterialet være mere relevant/nyttigt?
50. Hvilken støtte, undervisning eller teknisk assistance fra Yales internationale center for MTB har været mest nyttig indtil nu (f.eks. månedlige IDS- eller DS-vejledningssamtaler, supervisionsundervisning eller fjernundervisning)?
51. Hvilke uddannelsesmæssige mål har dit sted eller dit team (i relation til MTB) for det kommende år?

52. Hvilken form for yderligere støtte, uddannelse eller vejledning ville det være nyttigt at modtage fra det internationale center for MTB?
53. Kom gerne med anden feedback eller kommentarer, du ønsker at dele med det internationale center for MTB, herunder eventuelle særlige områder, hvor dit sted har haft særlig stor succes med at afprøve MTB, eller hvor der er plads til forbedring.

## REFERENCER

- Achenbach, T., & Rescorla, L. *Child Behavior Checklist/1.5-5*: [www.aseba.org](http://www.aseba.org).
- Bernstein, D., & Fink, L. (1997). *Childhood Trauma Questionnaire*. San Antonio, TX: Pearson Education.
- Gross, D., Fogg, L., Young, M., Ridge, A., Cowell, J. M., Richardson, R., & Sivan, A. (2006). The Equivalence of the Child Behavior Checklist/1 1/2-5 across Parent Race/Ethnicity, Income Level, and Language. *Psychological Assessment, 18*(3), 313-323.
- Luyten P, Mayes LC, Nijssens L, Fonagy P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*. 2017;12(5):e0176218. [doi: 10.1371/journal.pone.0176218](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218) (open access)
- McGuire DB, DeLoney VG, Yeager K, et al.(2000) Maintaining study validity in a changing clinical environment. *Nursing Research; 49*:231–235.
- Sadler, L.S., Slade, A., Close, N., Webb, D.L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L.C. (2013). Minding the Baby: Improving early health and relationship outcomes in vulnerable young families in an interdisciplinary reflective parenting home visiting program. *Infant Mental Health Journal, 34*(5), 391-405.
- Sidani S.(1998) Measuring the intervention in effectiveness research. *Western Journal of Nursing Research; 20*:621–635.
- Slade A, Grunebaum L, Haganir L, Reeves M.(1987) The pregnancy interview. New York: The City University of New York.
- Slade A, Bernbach E, Grienberger J, Levy D, Locker A.(2005) *Manual for Scoring Reflective Functioning on the Parent Development Interview*. New York: The City University of New York.
- Slade A, Sadler LS, de Dios-Kenn C, Webb D, Ezechick J, Mayes LC. (2005)Minding the Baby: A reflective parenting program. *Psychoanalytic Study of the Child; 60*:74–100.
- Slade A, Grienberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A.(2005) Maternal reflective functioning and attachment: Considering the transmission gap. *Attachment and Human Development*.
- Squires, J., Twombly, E., Bricker, D., & Potter, L. (2009). *The ASQ-3™ User's Guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.