

CENTER FOR TIDLIG INDSATS
OG FAMILIEFORSKNING
INSTITUT FOR PSYKOLOGI
KØBENHAVNS UNIVERSITET



Et forældreperspektiv på ADBB-observationen: Implikationer for praksis

Ida Egmosse Pedersen, Johanne Smith-Nielsen, Pernille Steinmejer, Rie Krondorf von Wowern-Davies & Mette Skovgaard Væver

Et forældreperspektiv på ADBB-observationen: Implikationer for praksis - En kvalitativ analyse af hvordan 11 mødre har oplevet sundhedsplejerskers brug af Alarm Distress Baby Scale (ADBB) til at observere deres spædbørns sociale kontakt under hjemmebesøg.

© Center for Tidlig Indsats og Familieforskning og forfatterne, 2022.
ISBN: 978-87-94336-19-2.

Ekstern reviewer: Nina Thorup Dalgaard, ph.d.
Fotograf: Jonas Frausing og Niclas Facius, Norf Studio.
Finansiering: TrygFonden.

Center for Tidlig Indsats og Familieforskning

Institut for Psykologi, Københavns Universitet
Øster Farimagsgade 5A, 1353 København K
www.psy.ku.dk/cif

Publikationen kan frit citeres med kildeangivelse.

Et forældreperspektiv på ADBB-observationen: Implikationer for praksis

En kvalitativ analyse af hvordan 11 mødre har oplevet sundhedsplejerskers brug af Alarm Distress Baby Scale (ADBB) til at observere deres spædbørns sociale kontakt under hjemmebesøg.



TrygFonden

Ida Egmosse Pedersen, Johanne Smith-Nielsen, Pernille Steinmejer, Rie Krondorf von Wowern-Davies &
Mette Skovgaard Væver

Center for Tidlig Indsats og Familieforskning, Institut for Psykologi, Københavns Universitet

Indholdsfortegnelse

Indledning	5
Implementering af ADBB i dansk sundhedsplejepraksis	5
Formålet med analysen	5
Opsummering af analysens implikationer for praksis	7
Metode	9
Deltagere	9
Procedure	11
Analyse af interviews	11
Identificerede temaer	13
Tema 1: ADBB-observationen som en kontekst for forældrevejledning .	13
Beskrivelse af barnets ressourcer og eventuelle vanskeligheder ..	13
Tal er ikke meningsfulde for forældrene i forbindelse	
med formidlingen af ADBB-observationen	15
Vejledning ift. barnets sociale og følelsesmæssige udvikling	15
Øget opmærksomhed på barnets sociale kontakt	16
Implikationer for praksis 1	16
Tema 2: Rammesætning af ADBB-observationen	17
Tydelighed	17
Tvivl og forvirring	18
Tidspunktet for ADBB-observationen	19
Implikationer for praksis 2	20
Tema 3: Bekymringer og usikkerhed hos mødrene efter ADBB-	
observationen	20
Bekymringer og usikkerhed på egne kompetencer	20
Hurtig opfølgning fra sundhedsplejersken	22
Implikationer for praksis 3	22
Tema 4: Mødrenes holdning til ADBB-metoden	23
Mødrene opfatter ADBB-observationen som noget positivt	23
Mødrene har det ambivalent med ADBB-observationen	23
Implikationer for praksis 4	24
Diskussion og konklusion	25
Referencer	28
Bilag 1: Interviewguide til interview med forældre om oplevelsen	
af ADBB under sundhedsplejerskebesøg	29

Indledning

Implementering af ADBB i dansk sundhedsplejepraksis

I 2015 blev Alarm Distress Baby Scale (ADBB; Guedeney & Fermanian, 2001) implementeret i sundhedsplejens praksis i Københavns Kommune som en del af Copenhagen Infant Mental Health Project (CIMHP; Væver et al., 2016). CIMHP er et forskningsprojekt baseret på et samarbejde mellem Center for Tidlig Indsats og Familieforskning (CIF) ved Københavns Universitet, Københavns Kommunes Børne- og Ungdomsforvaltning og sundhedsplejerskerne i Københavns Kommune. Projektet startede i 2015 og blev afsluttet i midten af 2020. Ét af målene med CIMHP var at styrke sundhedsplejerskernes arbejde ved at implementere den forskningsbaserede ADBB-observationsmetode som et værktøj til tidlig opsporing af tegn på psykisk mistrivsel specifikt målt som social tilbagesvækning hos spædbørn samt at validere metoden i en dansk praksiskontekst. I foråret 2015 startede de første hold af sundhedsplejersker på ADBB-uddannelsen og i vinteren 2016/2017 var næsten alle ca. 220 sundhedsplejersker fra Københavns Kommune uddannet i at bruge metoden. Efterfølgende er ADBB også blevet implementeret i en række andre danske kommuner. Aktuelt er ADBB implementeret i 79 danske kommuner.

I et tidligere forskningsstudie har vi undersøgt sundhedsplejerskernes oplevelse af at anvende ADBB-metoden som en del af deres praksis. Resultaterne fra dette studie viste, at sundhedsplejerskerne generelt oplever, at ADBB kvalificerer dem i deres faglige vurdering af spædbarnet, fremmer kommunikation med forældrene, og at metoden giver et mere præcist sprog for det lille barns sociale kontakt samt barnets sociale og følelsesmæssige udvikling. Resultaterne viste imidlertid også, at sundhedsplejerskerne bl.a. var bekymrede for, om ADBB-observationen ville påvirke kommunikationen og skabe unødige bekymringer hos forældrene (Smith-Nielsen et al., 2018). Det er derfor relevant at følge dette studie op med en undersøgelse af, hvordan forældrene faktisk oplever, at sundhedsplejerskerne foretager en ADBB-observation, når de er på hjemmebesøg.

Formålet med analysen

Formålet med nærværende analyse er at bidrage med et forældreperspektiv i evalueringen af ADBB, dvs. undersøge, hvordan forældre (som i denne rapport udelukkende er mødre) oplever, at ADBB indgår som en del af sundhedsplejerskens generelle observation af barnets sundhed og trivsel. Analysen er baseret på semi-strukturerede interviews med elleve mødre, der alle har fået deres barn observeret med ADBB under et hjemmebesøg af deres sundhedsplejerske. Interviewene havde fokus på mødrenes oplevelse af ADBB-observationen samt sundhedsplejerskens formidling af denne.

Analysen har særligt fokus på, hvordan ADBB-observationen opleves af mødre, når sundhedsplejersken observerer tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt. Tidligere studier har nemlig vist, at det særligt er de udfordringer, der er forbundet med at italesætte bekymringer for barnet overfor forældrene, der kan afholde praktikere fra at anvende tidlige opsporingsredskaber (Gellasch, 2019). For at styrke praksis er det

derfor vigtigt med et indblik i, hvad forældre oplever som hhv. udfordrende og støttende, når sundhedsplejersken identificerer vanskeligheder i barnets kontakt. Derfor indgår der i undersøgelsen interviews med ni mødre, hvor sundhedsplejersken med ADBB har observeret tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt. Der indgår også tre mødre, hvor der ikke blev observeret vanskeligheder i kontakten, for at få et andet perspektiv på oplevelsen af ADBB-observationen.

Analysen bidrager med konkrete opmærksomhedspunkter, som kan guide fagprofessionelle i deres formidling og brug af ADBB-metoden i praksis. Analysen henvender sig til sundhedsprofessionelle og beslutningstagere, der overvejer at implementere, eller allerede har implementeret, ADBB som en del af den tidlige opsporingsindsats i danske kommuner.

Da det er mødrenes erindringer og oplevelser, analysen bygger på, er det vigtigt at understrege, at deres genfortælling af samtaler med sundhedsplejersken ikke nødvendigvis er en præcis gengivelse af, hvad sundhedsplejersken konkret har sagt. Endvidere skal mødrenes fortællinger ses i lyset af, at det for langt de fleste forældre kan føles sårbart, at fagprofessionelle vurderer deres børn, og at dette også kan have farvet deres oplevelse og beskrivelse af sundhedsplejerskens tilbagemelding på hendes ADBB-undersøgelse af barnet. Gennem mødrenes beskrivelser, kan man som fagprofessionel således få et indblik i, hvad det kan være særligt vigtigt at have for øje, når man bruger ADBB i sin praksis.

Alarm Distress Baby Scale (ADBB) er en videnskabeligt valideret observation-smetode, der anvendes til tidlig, systematisk opsporing af vanskeligheder i den sociale kontakt hos spæd- og småbørn i alderen 2-24 måneder. Den kan anvendes til bl.a. at opdage tegn på eventuelle medfødte vanskeligheder hos barnet og/eller helt tidlige tegn på relationelt betingede vanskeligheder.

Med ADBB observeres barnets sociale kontakt på hvert af følgende otte adfærsområder:

1. Ansigtstudtryk
2. Øjenkontakt
3. Generelt aktivitetsniveau
4. Selvstimulerende adfærd
5. Vokalisering
6. Reaktionstid ift. stimulation
7. Relation
8. Opmærksomhedsinitiering og -fastholdelse

Hvis barnet scorer over cut-off, skal undersøgelsen gentages 1-2 uger efter for at be- eller afkræfte første undersøgelse. I praksis er det typisk samme person, som laver første undersøgelse, der foretager anden undersøgelse, for at af- eller bekræfte en ADBB-score over cut-off. I CIMHP blev anden undersøgelse foretaget af en psykolog fra projektet.

Opsummering af analysens implikationer for praksis

Analysen identificerer en række punkter, som kan være særligt vigtige at være opmærksom på, når man anvender ADBB i praksis. Disse opsummeres nedenfor:

- **ADBB-observationen formidles bedst gennem nuancerede og konkrete beskrivelser af barnets sociale kontakt og udvikling**

Det anbefales, at sundhedsplejersken beskriver barnets ressourcer og evt. vanskeligheder med nuancerede og konkrete beskrivelser af barnets adfærd på tværs af de otte adfærdsområder. I de tilfælde, hvor sundhedsplejersken italesætter, at hun observerer tegn på vanskeligheder i kontakten, er det væsentligt, at hun også tydeligt italesætter og giver eksempler på barnets ressourcer. Det vil også kunne bidrage til forældrenes forståelse, hvis bekymringen kan konkretiseres med henvisning til andre adfærdsområder end barnets øjenkontakt. Endelig anbefales det, at sundhedsplejersker ikke henviser til en konkret score i forbindelse med formidlingen af ADBB-observationen, idet et tal i sig selv ikke er meningsfuldt for ikke-fagpersoner og kan give u hensigtsmæssige associationer til karaktersystemer.

- **ADBB-observationen kan anvendes til at vejlede forældrene i, hvordan de støtter deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling**

Mødrenes udtalelser viser også, hvordan ADBB-observationen har givet anledning til vejledning ift. hvordan de støtter deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling. Deres udtalelser viser også, hvordan vejledningen kan tage udgangspunkt i den konkrete adfærd, som sundhedsplejersken har observeret i forbindelse med ADBB. Flere af mødrene er efter denne vejledning blevet mere opmærksomme på deres barns sociale signaler og/eller har ændret deres adfærd ift. samspillet med deres barn. Enkelte mødre oplevede dog, at de kom til at fokusere lidt for ensidigt på øjenkontakt med barnet, hvilket peger på, at mødrenes samspil kan styrkes ved at give dem en bredere forståelse af den tidlige sociale kontakt.

- **ADBB-observationen bør rammesættes tydeligt**

Nogle mødre har oplevet, at ADBB-observationen har været rammesat tydeligt, mens andre har oplevet forvirring og frustration over manglende svar på hvad ADBB er, hvad den indebærer, og hvornår observationen blev foretaget. Dette peger på vigtigheden af, at sundhedsplejersken tydeligt rammesætter ADBB-observationen, herunder forbereder forældrene på, hvad ADBB-observationen indebærer samt hvornår og hvorfor ADBB-observationen foretages.

- **ADBB-observationen bør kun laves, når barnet er mæt og udhvilet**

Flere mødre har oplevet, at ADBB-observationen blev foretaget på et tidspunkt, hvor barnet var træt, sultent eller lignende. Disse mødre har ikke kunne genkende deres barn i sundhedsplejerskens beskrivelse efterfølgende. Dette understreger vigtigheden af, at undersøge barnet, når han eller hun er mæt og udhvilet.

- **Der kan opstå tvivl og usikkerhed efter ADBB-observationen**

Når sundhedsplejersken på baggrund af en ADBB-observation har observeret og italesat tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt, så kan det igangsætte

bekymringer og tvivl på egne kompetencer hos mødre. Nogle mødre er først er klar til at stille spørgsmål til tilbagemeldingen efter, at de har haft mulighed for at tænke tilbagemeldingen igennem. En måde at imødekomme dette på, kan være at sundhedsplejersken dagen efter en undersøgelse, hvor hun har observeret tegn på vanskeligheder i barnets kontakt, følger op på tilbagemeldingen via telefon. Opkaldet kan være med til at berolige forældrene og til at besvare nogle af alle de spørgsmål, der måske først opstår, når sundhedsplejersken er gået.

- **Mødre ser generelt positivt på ADBB som en del af sundhedsplejens tilbud**
Størstedelen af mødre vil gerne vide, så tidligt som muligt, hvis deres barn viser tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt, og hvad de i så fald kan gøre for at støtte deres barns udvikling. Nogle af mødre har dog også mere ambivalente holdninger ift. ADBB-observationen, idet de på den ene side synes det er provokerende, at deres barns sociale udvikling skal observeres og "passe ind i en kasse", mens de på den anden side også er glade for, at der sættes eksplicit fokus på deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling på hjemmebesøgene.

Metode

Deltagere

Elleve mødre deltog i semi-strukturerede interviews om oplevelsen af deres sundhedsplejerskes ADBB-observation samt formidlingen af denne. Oplysninger om mødrenes baggrund kan ses i Tabel 1. Mødrene var alle af vestlig oprindelse. De var generelt veluddannede; 10 af mødrene havde gennemført en mellemlangvideregående uddannelse, mens den sidste mor var studerende på en mellemlangvideregående uddannelse. Herudover boede alle mødrene sammen med faren til det barn, der blev undersøgt og evt. andre fælles børn. Ni af mødrene var førstegangsmødre, to havde flere børn, og hvoraf én (Karen) havde født tvillinger i sin anden graviditet og det var det ene af disse børn, der blev fokuseret på i interviewundersøgelsen. Tabel 1 giver et overblik over de mødre, der deltog i undersøgelsen.

Tabel 1

Baggrundsoplysninger om mødrene.

Navn	Barnets køn	Alder	Oprindelsesland	Erhvervsstatus	Højest fuldførte uddannelse	Paritet
Mette	Dreng	35	Sverige	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Primi
Karen	Dreng	38	Storbritannien	Jobsøgende	LVU	Multi
Liv	Dreng	31	Danmark	Lønmodtager	LVU	Primi
Anne	Dreng	24	Danmark	Studerende	KVU	Primi
Julie	Dreng	32	Danmark	Lønmodtager	MVU	Primi
Helene	Dreng	33	Danmark	Lønmodtager	MVU	Primi
Maj	Dreng	25	Danmark	Studerende	MVU	Multi
Rikke	Dreng	32	Danmark	Lønmodtager	LVU	Primi
Laura	Dreng	28	Danmark	Lønmodtager	MVU	Primi
Louise	Dreng	32	Danmark	Lønmodtager	LVU	Primi
Mie	Pige	31	Danmark	Lønmodtager	LVU	Primi

Note. Mødrenes navne er anonymiserede. KVU = Kort videregående uddannelse, MVU = Mellemlangvideregående uddannelse, LVU = Lang videregående uddannelse.

Oplysninger om ADBB-undersøgelsen og interviewene kan ses i Tabel 2. Mødrenes børn var mellem 7 uger og 8,5 måneder på tidspunktet for ADBB-observationen med en medianalder på 2 måneder.

Mødrene kan inddeles i tre grupper på baggrund af sundhedsplejerskens indledende ADBB-observation: 1) Sundhedsplejersken havde identificeret vanskeligheder i den sociale kontakt på enkelte områder (ADBB-score: 3-4; n = 3), 2) Sundhedsplejersken havde identificeret vanskeligheder i den sociale kontakt på flere områder (ADBB-score: ≥ 5 ; n = 5), eller 3) Barnet viste ingen vanskeligheder i kontakten (ADBB-score: 0-2; n = 3). Blandt de børn, der havde en ADBB-score over cut-off (≥ 5), dvs. hvor sundhedsplejersken havde identificeret vanskeligheder i den sociale kontakt på flere områder, blev den efterfølgende ADBB-observation foretaget af en psykolog fra CIMHP, hvor ADBB-scoren i alle tilfælde var under cut-off.

Tabel 2

Information om ADBB-undersøgelse og interviews.

Navn	Alder på barn ved ADBB-observationen	ADBB-score efter sundhedsplejerskens ADBB-observation	Dage mellem ADBB-observation og interview	Varighed af interview (minutter)
Mette	2 mdr.	≥ 5	76	19,2
Karen	7 uger	≥ 5	36	14,4
Liv	2 mdr.	≥ 5	86	20,5
Anne	2 mdr.	≥ 5	126	22,1
Julie	2 mdr.	≥ 5	153	16,5
Helene	2,5 mdr.	3-4	90	15,5
Maj	2 mdr.	3-4	81	25,2
Rikke	7 uger	3-4	73	14,3
Laura	4 mdr.	0-2	40	13,6
Louise	8,5 mdr.	0-2	17	27,7
Mie	2 mdr.	0-2	14	14,1

Note. Mødrenes navne er anonymiserede.

Procedure

Rekrutteringen til denne undersøgelse fandt sted som en kriterie-baseret formåls-sampling. Eftersom vi på forhånd havde en formodning om, at ADBB-observationen ville opleves forskelligt alt efter dens udfald, var vi i rekrutteringen optagede af at rekruttere familier, hvor sundhedsplejersken havde observeret tegn på vanskeligheder i barnets kontakt på enkelte eller flere områder, og familier hvor barnet ikke viste vanskeligheder i kontakten. Familierne blev rekrutteret på to forskellige måder:

De familier, der i perioden 1. januar 2019 til 31. april 2019 var blevet henvist til CIMHP på baggrund af en ADBB-observation, dvs. hvor barnet viste tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt på enkelte eller flere områder, og som ønskede at få et opfølgende besøg af en psykolog fra projektet, blev registreret som potentielle deltagere til interviewundersøgelsen. Inden en familie blev kontaktet med henblik på deltagelse i interviewundersøgelsen, blev deres sundhedsplejerske kontaktet for at sikre, at familien ikke ville opleve det som for stressende at deltage i denne ekstra undersøgelse. Sundhedsplejersken anbefalede ikke at kontakte fire familier med den begrundelse, at familien ville opleve interviewundersøgelsen som en belastning. Ni familier blev kontaktet med henblik på deltagelse i interviewundersøgelsen og otte af familierne ønskede at deltage.

De familier, hvor sundhedsplejersken ikke havde observeret vanskeligheder i barnets sociale kontakt, blev rekrutteret af tre sundhedsplejersker fra tre områder i Københavns Kommune. Disse tre sundhedsplejersker blev bedt om at invitere hver en familie, hvor de for nylig havde lavet en ADBB-observation, hvor de ikke havde observeret vanskeligheder i barnets kontakt.

Interviewene blev udført i perioden maj-juli 2019. Både fædre og mødre blev inviteret til at deltage, men kun mødre valgte at deltage i interviewene. Mødrenes navne er anonymiserede i analysen. Tiden fra ADBB-observationen var blevet udført til, at interviewet blev udført varierede fra 14 til 153 dage. Inden interviewene blev udført, blev der indhentet informeret samtykke fra mødrene. Interviewene var semistrukturerede og havde fokus på forældrenes oplevelse af sundhedsplejerskens ADBB-observation samt deres tanker og følelser ift. sundhedsplejerskens tilbagemelding (se interviewguiden i bilag 1). Interviewene foregik i moderens eget hjem og varede i gennemsnit 18.5 minutter (range: 13.6 til 27.7 minutter). Intervieweren var ansat i CIF, etnolog og uddannet i at foretage kvalitative interviews, men var ikke uddannet i ADBB-metoden.

Analyse af interviews

Alle interviews blev ordret udskrevet og derefter analyseret med udgangspunkt i tematisk analyse som beskrevet i Braun & Clarke (2006). Tematisk analyse er en kvalitativ analysemetode, hvor man arbejder med at identificere kategorier, temaer og undertemaer i datamaterialet. Kategorier repræsenterer meningsenheder identificeret i data, der fremstår relevante ift. analysens fokus. Ift. nærværende analyse kunne et eksempel på en kategori være: "Sundhedsplejersken nævner øjenkontakt som en ressource". Temaer og undertemaer er bredere end kategorier og består af en række forskellige

kategorier. Der kan ikke sættes nogle faste retningslinjer op ift. hvornår noget identificeres som hhv. en kategori og et tema. Det gælder dog, at temaer ideelt set skal være repræsenteret på tværs af datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Da vi var interesserede i at undersøge alle de perspektiver og oplevelser, som mødrene måtte have efter at deres barn var blevet observeret med ADBB, og da vi ikke på forhånd havde teorier eller hypoteser om, hvordan mødrene ville opleve det, anvendte vi en induktiv tilgang i vores analyse. I det følgende beskrives fremgangsmåden for den tematiske analyse i denne undersøgelse.

Analysen blev foretaget i NVivo (QSR International Pty Ltd., 2019), som er et program til kvalitative analyser. Analysen blev foretaget med udgangspunkt i fremgangsmåden beskrevet i Braun & Clarke (2006): (1) Familiarisering med datamaterialet: Interviewene blev gennemlæst og indledende ideer til kategorier og temaer blev nedskrevet. Selvom interviewene havde fokus på ADBB-observationen, var der flere mødre, der fortalte mere overordnet om deres oplevelse af sundhedsplejerskens besøg. Derfor markerede vi de tekststykker, der relaterede sig specifikt til ADBB-observationen og tilbagemeldingen. (2) Generering af indledende kategorier: Et sæt indledende kategorier blev besluttet og datamaterialet blev kodet på en systematisk måde med afsæt i disse kategorier. (3) Generering af temaer: Kategorierne blev organiseret i temaer og undertemaer. (4) Gennemgang af temaer: Alle temaer og undertemaer blev gennemlæst med fokus på om der var konsistens i tekstuddragene inden for hvert tema og undertema. (5) Endelig navngivning af temaer og undertemaer. Det skal bemærkes, at selvom disse trin beskriver processen, så er kvalitative analyser ikke en lineær proces, hvor man kan gå fra et trin til det næste, men nærmere en rekursiv proces, der involverer at man bevæger sig frem og tilbage mellem de forskellige trin. Analysen er foretaget af førsteforfatter i samarbejde med tredjeforfatter til denne rapport. Alle uenigheder er blevet løst via konsensus.

Identificerede temaer

I dette afsnit gennemgår vi resultaterne fra den tematiske analyse af de indsamlede interviewdata. Temaerne er grupperet under fire overskrifter, der vedrører forskellige aspekter af ADBB-observationen:

1. *ADBB-observationen som en kontekst for forældrevejledning,*
2. *Rammesætning af ADBB-observationen,*
3. *Mødrenes bekymringer i forbindelse med ADBB-observationen, og*
4. *Mødrenes holdning til ADBB-observationen.*

Gennemgangen af hvert tema afsluttes med et afsnit kaldet "Implikationer for praksis", hvor vi kort fremhæver, hvordan resultaterne kan informere og guide praksis.

Tema 1: ADBB-observationen som en kontekst for forældrevejledning

Det første tema omhandler mødrenes oplevelse af sundhedsplejerskens vejledning i forbindelse med ADBB-observationen. Dette indbefatter både vejledning ift. hvad sundhedsplejersken konkret har observeret i forbindelse med ADBB-observationen og vejledning ift. hvordan forældrene bedst kan støtte barnets sociale og følelsesmæssige udvikling. I dette tema indgår også mødrenes beskrivelser af, hvordan vejledningen har ført til ændringer i deres adfærd eller opmærksomhed på barnets sociale signaler.

Beskrivelse af barnets ressourcer og eventuelle vanskeligheder

Alle mødre beskriver, at sundhedsplejersken har beskrevet enten barnets ressourcer eller vanskeligheder ift. social kontakt. Tre af mødre (Rikke, Liv, Karen) har oplevet, at sundhedsplejersken udelukkende har italesat tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt, f.eks.:

"Interviewer: Hvad havde hun da sagt om [barnets] sociale kontakt?
Mor: Jamen egentlig ikke så meget. Ikke andet end at hun syntes, at han var svær at få øjenkontakt med." (Julie)

Fem af mødre (Laura, Louise, Mie, Helene, Maj) har oplevet, at sundhedsplejersken kun italesatte barnets ressourcer ift. social kontakt, f.eks.:

"Men ja, hun levede op til de her ting med, sådan med den måde, hun søgte øjenkontakt på og pludrede og egentlig bare også det der med, da vi var i rummet, var hun også sådan opmærksom på os." (Mie)

"Han smiler og er glad og responderer med hele kroppen..." (Rikke)

Mens tre mødre (Julie, Anne, Mette) giver eksempler på, at sundhedsplejersken har beskrevet både ressourcer og vanskeligheder hos barnet, f.eks.:

”Det var øjenkontakten [der var vanskeligheder med], men hun sagde også, at han lå og pludrede, og han, hun følte, at han var med altså, når hun var sammen med ham. Han kiggede bare ikke på hende.” (Julie)

Tabel 3 (se nedenfor) giver et overblik over, hvilke af adfærdsområderne fra ADBB'en mødrene refererer til, når de skal gengive, hvad sundhedsplejersken har sagt om barnets ressourcer og vanskeligheder. Det fremgår, at mødrene har et mere nuanceret sprog for barnets ressourcer, mens beskrivelsen af tegn på vanskeligheder i kontakten, ifølge mødrene, stort set kun er baseret på beskrivelser af manglende øjenkontakt. Det er dog vigtigt at medtage, at to mødre (Julie og Liv) nævner, at de hovedsagligt husker sundhedsplejerskens beskrivelse af vanskeligheder med øjenkontakten, f.eks.:

”Jamen altså jeg tror bare, jeg bed mærke i at hun syntes, han var svær at få øjenkontakt med. Så var det det eneste, jeg hørte. Hvor [fars navn, red.], faren til [barns navn, red.], blev ved med at sige: 'Jamen det var jo ikke det, hun sagde'. Så jeg hæftede mig ved, at hun syntes, han var svær at få øjenkontakt med og hørte ikke rigtig resten.” (Julie)

Tabel 3

Oversigt over hvilke adfærdsområder forældrene refererer, at sundhedsplejersken har italesat. Fordelt på om sundhedsplejersken har italesat ressourcer eller vanskeligheder.

Adfærdsområde	Hvor mange mødre nævner, at det har været italesat som en ressource?	Hvor mange mødre nævner, at det har været italesat som en vanskelighed?
Ansigtstudtryk	5	1
Øjenkontakt	6	6
Generelt aktivitetsniveau	2	0
Vokalisering	4	0
Relation og opmærksomhedsinitiering	6	1

Note. Adfærdsområderne 'Selvstimulerende adfærd' og 'Reaktionstid ift. stimulation' er ikke medtaget i tabellen, da ingen mødre nævnte dem i interviewene. Det skal bemærkes, at vanskeligheder på disse områder meget sjældent forekommer i normalpopulationen. Adfærdsområderne 'Relation' og 'Opmærksomhedsinitiering og -fastholdelse' er slået sammen, da begge dækker over mere generelle beskrivelser af barnets samspil med sundhedsplejersken.

Tal er ikke meningsfulde for forældrene i forbindelse med formidlingen af ADBB-observationen

Fire af mødrene (Mie, Rikke, Liv og Mette) fortæller, at sundhedsplejersken i sin tilbagemelding på ADBB-observationen nævnte barnets ADBB-score. Mødrenes udsagn viser, at et tal i sig selv ikke er meningsfuldt, og at det kan være vanskeligt for ikke-fagpersoner at forstå meningen og betydningen af et tal. Dette fremgår bl.a. af Livs beskrivelse:

"(...) så sagde hun måske 6 eller et eller andet tal, hvor jeg var sådan: 'Og hvad betyder det?'. Jeg var hele tiden sådan: 'Hvad betyder det?'. Altså jeg forstår ikke, hvad seks det er i den her sammenhæng, på nogen måde. Er det ud af 100, eller er det ud af 10, eller?" (Liv)

To af mødrene sammenligner anvendelsen af tal med det at give barnet en karakter. Den ene af disse mødre fortæller, at hendes barn "havde fået karakterer", mens den anden mor beskriver, at hun efterfølgende tænkte: "det var ikke et 12-tal". Disse udtalelser viser, at det er vigtigt at være opmærksom på de forestillinger, som et tal kan vække hos forældrene.

Samtidig er det vigtigt at lægge mærke til, at disse to mødre har meget forskellige holdninger til, om de synes, at det er en god idé at bruge tal i formidlingen af ADBB-observationen. Mie mener, at det kan bidrage til at gøre det mere konkret, mens Rikke ikke mener, at det hensigtsmæssigt:

"Jeg synes, det er rart at se det med tal, sådan helt fysisk, sådan 'Nå, men du har fået de her og de her', fordi det gør det håndgribeligt." (Mie)

"Det er jo fint, de har det [en ADBB-score]. Men jeg tror faktisk ikke, jeg havde behov for at få det tal. Jeg vil meget hellere vide 'Nå, han er god til det og det. Måske kan I gøre sådan og sådan ved det og det', fremfor at det er sådan en 'status!' det her tal." (Rikke)

Vejledning ift. barnets sociale og følelsesmæssige udvikling

Ni af mødrene (Laura, Louise, Mie, Julie, Rikke, Liv, Helene, Mette, Karen) fortæller, at sundhedsplejersken, udover at have beskrevet, hvad hun har observeret ift. deres barns sociale kontakt under ADBB, også har vejledt dem i, hvordan de bedst støtter barnets sociale og følelsesmæssige udvikling. F.eks.:

"Jo at man skulle huske at spejle hans følelser. Altså når han så ked af det ud, skulle jeg også lave et ansigt, der mindede lidt om det og sådan nogle ting." (Laura)

To af mødrene (Louise og Liv) giver eksempler på, hvordan sundhedsplejersken har anvendt ADBB-observationen af barnets adfærd til at tilpasse og målrette sin vejledning, så den passer til det konkrete barn. I følgende to citater fremgår det, hvordan

den ene mor er blevet vejledt i at være opmærksom på at give barnet pauser fra øjenkontakten, mens den anden mor er blevet vejledt i at være opmærksom på at give barnet nok kontakt:

"Jamen han er et barn, der kigger meget, altså, han har rigtig meget øjenkontakt, og det er jo fantastisk, men netop også, at vi som forældre så har en ekstra rolle i at, at når han tager alt ind, så skal vi jo selvfølgelig hjælpe med at finde en balancegang, så det ikke bliver for meget, ikke?" (Louise)

"(...) det var egentlig mest det der med, at 'når han så er vågen, så er det vigtigt at I er på og snakker med ham og laver ansigter' sagde hun faktisk. Og jo, så sagde hun også noget med at synge, og rim og remser, sagde hun faktisk allerede på det tidspunkt, at det var fint, for at stimulere og også noget kontakt, ja. Det sagde hun." (Liv)

Endelig er der også eksempler på, at sundhedsplejersken har vejledt og støttet forældrene i, at de skal fortsætte med at gøre, som de gør:

"(...) jeg synes egentlig vi bare fortsætter med de ting, vi allerede gør. (...) Snakker meget til hende om alt hvad vi laver, og det er også de der ting, som [sundhedsplejerskens navn, red.] har anbefalet." (Mie)

Øget opmærksomhed på barnets sociale kontakt

Otte af mødrene (Laura, Julie, Rikke, Anne, Liv, Helene, Mette, Karen) beskriver, at de har ændret deres adfærd og/eller opmærksomhed ift. barnets sociale signaler på baggrund af sundhedsplejerskens vejledning efter ADBB-observationen.

Seks af mødrene (Mette, Karen, Anne, Liv, Julie og Rikke) beskriver, at de har været opmærksomme på at have mere øjenkontakt med deres barn efter sundhedsplejerskens besøg. Der er dog to af mødrene, der oplevede, at de også fik en tendens til at fokusere for meget på barnets øjenkontakt. Liv fortæller f.eks.: "*det havde været rart at vide, at vi måske ikke skulle have fokuseret så ensidigt på den der øjenkontakt, for de andre ting [lyde og bevægelser] var også kontakt*".

Endvidere fortæller Mette og Helene, at de efterfølgende har haft mere fokus på at vokalisere i samspillet med deres børn i form af at synge for og læse højt for deres børn. Endelig udtrykker Laura, at hun efter sundhedsplejerskens besøg forsøger at "*huske at spejle hans følelser*" med sine ansigtsudtryk.

Implikationer for praksis 1

- **ADBB-observationen formidles bedst gennem nuancerede og konkrete beskrivelser af barnets sociale kontakt og udvikling**

Det anbefales, at sundhedsplejersken beskriver barnets ressourcer og evt. vanskeligheder med nuancerede og konkrete beskrivelser af barnets adfærd på tværs

af de otte adfærdsområder. I de tilfælde, hvor sundhedsplejersken italesætter, at hun observerer tegn på vanskeligheder i kontakten, er det væsentligt, at hun også tydeligt italesætter og giver eksempler på barnets ressourcer. Det vil også kunne bidrage til forældrenes forståelse, hvis bekymringen kan konkretiseres med henvisning til andre adfærdsområder end barnets øjenkontakt. Endelig anbefales det, at sundhedsplejersker ikke henviser til en konkret score i forbindelse med formidlingen af ADBB-observationen, idet et tal i sig selv ikke er meningsfuldt for ikke-fagpersoner og kan vække uhensigtsmæssige associationer til karaktersystemer.

- **ADBB-observationen kan anvendes til at vejlede forældrene i, hvordan de støtter deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling**

Mødrenes udtalelser viser også, hvordan ADBB-observationen har givet anledning til vejledning ift. hvordan de støtter deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling. Deres udtalelser viser også, hvordan vejledningen kan tage udgangspunkt i den konkrete adfærd, som sundhedsplejersken har observeret i forbindelse med ADBB. Flere af mødrene er efter denne vejledning blevet mere opmærksomme på deres barns sociale signaler og/eller har ændret deres adfærd ift. samspillet med deres barn. Enkelte mødre oplevede dog, at de kom til at fokusere lidt for ensidigt på øjenkontakt med barnet, hvilket peger på, at mødrenes samspil kan styrkes ved at give dem en bredere forståelse af den tidlige sociale kontakt.

Tema 2: Rammesætning af ADBB-observationen

Det andet tema har fokus på rammerne omkring ADBB-observationen. Det omhandler mødrenes oplevelse af sundhedsplejerskens meta-kommunikation om ADBB-observationen, herunder sundhedsplejerskens beskrivelse af hvad ADBB indebærer, samt hvornår hun udfører ADBB. Derudover omhandler det også tidspunktet for ADBB-observationen ift. barnets rytme.

Tydelighed

Tre af mødrene (Laura, Louise og Mie) beskriver, at det var tydeligt for dem, hvornår sundhedsplejersken udførte ADBB-observationen og hvad hun kiggede efter.

Tydeligheden kom frem på tre forskellige måder: En af mødrene beskriver, at hun selv optog sundhedsplejerskens og barnets samspil med sundhedsplejerskens iPad, hvilket illustrerer, at det var tydeligt for denne mor, at sundhedsplejersken nu lavede observationen af hendes barn. En anden mor fortæller, at sundhedsplejersken har været god til at fortælle "hvad temaet for dagen har været", og at hun i det pågældende besøg skulle undersøge barnets "kontakt, og om han "interesserede sig for andre". Den sidste mor beskriver, at sundhedsplejersken har gennemgået de forskellige adfærdsområder med hende vha. scoringsarket, og at hun havde forberedt dem på ADBB-observationen inden besøget:

"Altså hun sad sådan med et fysisk papir, hvor der var sådan en masse forskellige ting og sådan. Så var det sådan noget med at øjenkontakt var en ting og så var det sådan noget med, hvordan hun pludrede var en af de andre ting, og hvorvidt

at hun sådan holdt øje med hende bare, når hun sådan ligesom sad og snakkede bare og hvis hun gik væk fra hende, fulgte hun så stadig med. (...) Jamen jeg synes faktisk, at Maria (sundhedsplejersken, anonymiseret) er rigtig god til sådan slavisk at gennemgå tingene, så man ved, hvad det er, der foregår. Og hun havde også forberedt os på denne her test, og hvad den hed inden. Altså sidste gang hun var ude. Og det synes jeg egentlig også er rigtig rart." (Mie)

Mie sætter altså stor pris på sundhedsplejerskens måde at kommunikere på, og det har særlig betydning for hende, at der tages udgangspunkt i et papir som et fælles udgangspunkt for samtalen:

"Jamen jeg synes bare, at det giver så meget, hvis man kan se det, i stedet for at det er nogen, der bare sidder og snakker." (Mie)

Fire af mødrene (Anne, Liv, Helene og Maj) udtrykker, at de ønsker mere tydelighed ift. hvornår der tales om barnets sociale kontakt og udvikling og betydningen af resultatet af ADBB-observationen:

"Altså ligesom at det er sådan helt tydeligt, når sundhedsplejersken er der og sådan: 'Godt, nu skal vi have målt ham', så kunne der også gerne være et punkt på besøget, der hedder: 'Godt', altså hvor man kigger [forældrene] i øjnene og siger: 'Kære mor og far, nu snakker vi lige social kontakt, hvordan synes I det går?', eller et eller andet, for så tror jeg, at jeg ville bide mere mærke i det også." (Helene)

I forlængelse af dette beskriver Liv følgende:

"Og at enten så tror jeg, at man skal være meget klar, og sige sådan "nu gør vi det og det, det er noget, der er blevet implementeret (...) og virkelig tage den helt store snak om det, eller også skal man ikke sige noget." (Liv)

Hun peger således på, at den frustrerende oplevelse opstår, når man får utilstrækkelig information fra sundhedsplejersken. Som den eneste mor udtrykker Louise det modsatte – at hun ikke ønsker at få gennemgået undersøgelsen:

"Jeg tror, jeg kan lide, at det foregår så diskret, så der ikke er en eller anden liste, man bliver tjekket igennem." (Louise).

Tvivl og forvirring

Tre af mødrene, Liv, Helene og Maj, fortæller, at de har været i tvivl om, hvornår ADBB-observationen blev foretaget og/eller hvad sundhedsplejersken har kigget på under ADBB-observationen:

"Jeg ved ikke helt, om vi bare ikke lige fattede det, eller om det var noget i hendes kommunikation, men jeg forstod i hvert fald ikke lige, at det var dét

[ADBB-observationen], der lige var blevet lavet." (Liv)

Fire af mødrene (Anne, Julie, Liv og Mette), hvor sundhedsplejersken identificerede tegn på vanskeligheder i barnets kontakt på flere områder, beskriver, at de oplevede, at sundhedsplejersken var uklar i sin tilbagemelding, hvilket skabte tvivl og bekymringer hos dem. I forlængelse af dette beskriver Anne og Liv, at de har spurgt deres sundhedsplejerske direkte til betydningen af observationen, men uden at de oplevede at få svar på deres spørgsmål:

"Men jeg blev sådan ved med at fiske efter, om det var fordi, der var noget galt, fordi det vil man som forældre gerne vide, helt grundlæggende. Så jeg blev ved med at være sådan, jamen hvad betyder det der, og det fik jeg bare aldrig helt svar på." (Liv)

Begge mødre beskriver det som frustrerende at opleve, at de ikke kunne få klar besked fra deres sundhedsplejerske.

Tidspunktet for ADDB-observationen

En forudsætning for at lave pålidelige vurderinger af spædbørn med ADDB-metoden, er at barnet ikke er træt, sultent eller syg. I praksis kan dette imidlertid ofte være vanskeligt at imødekomme, særligt når det gælder undersøgelser af de helt små spædbørn på 2-3 måneder, da det kan være svært at tilpasse sundhedsplejerskens besøg til et tidspunkt, hvor barnet er udhvilet og mæt:

"Det er også bare uretfærdige odds, at sundhedsplejersken har. Fordi [barns navn, red.] havde ikke spist, og han havde ikke sovet, og hun havde sådan den halve time her, hvor hun skulle nå det hele." (Julie)

Anne, Julie, Karen og Mette oplevede, at deres barn var træt, sultent og/eller muligvis havde smerter, da ADDB-observationen blev foretaget. De fortæller også, at deres sundhedsplejerske lagde vægt på, at barnets fysiologiske tilstand kunne påvirke undersøgelsens resultat. Anne, Julie og Karen fortæller ydermere, at de ikke kunne genkende sundhedsplejerskens vurdering af deres barn, og at deres barn under andre omstændigheder ville have vist en anden adfærd, f.eks.:

"Jeg var ked af det, og samtidig med så havde jeg det sådan lidt, der er ikke noget galt, fordi at han var træt, og han var sulten." (Julie)

"Jeg ville ønske, hun havde været der en halv time efter sit besøg, hvor han havde sovet og spist, fordi der så jeg en anden dreng end ham, hun havde i hænderne." (Anne)

Implikationer for praksis 2

- **ADBB-observationen bør rammesættes tydeligt**
Nogle mødre har oplevet, at ADBB-observationen har været rammesat tydeligt, mens andre har oplevet forvirring og frustration over manglende svar på hvad ADBB er, hvad den indebærer, og hvornår observationen blev foretaget. Dette peger på vigtigheden af, at sundhedsplejersken tydeligt rammesætter ADBB-observationen, herunder forbereder forældrene på, hvad ADBB-observationen indebærer samt hvornår og hvorfor ADBB-observationen foretages.
- **ADBB-observationen bør kun laves, når barnet er mæt og udhvilet**
Flere mødre har oplevet, at ADBB-observationen blev foretaget på et tidspunkt, hvor barnet ved træt, sultent eller lignende. Disse mødre har ikke kunne genkende deres barn i sundhedsplejerskens beskrivelse efterfølgende. Dette understreger vigtigheden af, at undersøge barnet, når han eller hun er mæt og udhvilet.

Tema 3: Bekymringer og usikkerhed hos mødrene efter ADBB-observationen

Det tredje tema omhandler de bekymringer og den usikkerhed, der opstod hos nogle af mødrene efter at deres sundhedsplejerske havde udført ADBB-observationen og beskrevet, at deres barn viste tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt. Der var ingen af de tre mødre, hvis børn ikke udviste vanskeligheder i kontakten, der oplevede bekymringer eller usikkerhed efter ADBB-observationen. Dette tema er således særligt relevant for de situationer, hvor man som fagprofessionel har observeret tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt og skal give en tilbagemelding ift. dette.

Bekymringer og usikkerhed på egne kompetencer

Seks af mødrene (Julie, Rikke, Anne, Liv, Karen og Mette) beskriver, at de følte sig bekymrede efter sundhedsplejerskens tilbagemelding. Mødrene var bekymrede for, om der var noget galt med deres barn, hvordan de skulle håndtere det, hvis noget var galt og i forlængelse af dette barnets fremtid. Særligt tanker om, at barnet skulle være i risiko for at blive diagnosticeret med autisme fyldte hos mødrene, f.eks.:

"Men jeg kan huske sådan bagefter, at det satte nogle tanker i gang hos mig: 'Åh, jamen hvad hvis han er autist, eller hvad hvis der faktisk er noget galt? Hvordan håndterer jeg det?'" (Mette)

"Og det kan jeg huske, det bekymrede mig selvfølgelig 'Åh nej, er han autist!?'
Ej, jeg var ikke helt derude, men man tænker 'Hvad nu?'" (Rikke)

Tre af mødrene (Rikke, Anne og Liv) nævner også, at de oplevede følelser af selvbebrejelse, dårlig samvittighed og tvivl på deres egne evner som forældre efter sundhedsplejerskens tilbagemelding, f.eks.:

"Så det gjorde mig bare sindssygt ked af det og sindssygt usikker. Også fordi man tænker 'Det er jo hende, der er den professionelle. Så når hun siger det, så har hun jo ret.' Og så var jeg sådan 'Jeg kan jo bare overhovedet ikke finde ud af det her' og fik bare endnu mere dårlig samvittighed og var bare så ked af det."
(Anne)

Herudover nævner tre af mødrene (Julie, Karen og Anne), at de har en tendens til at bekymre sig, og at deres bekymring ikke nødvendigvis alene afspejler sundhedsplejerskens formidling af ADBB-observationen, f.eks.:

"Så det var jo mig selv, der ligesom skabte et eller andet i mit hoved" (Julie)

"Jeg synes det er helt okay, den måde hun [sundhedsplejersken] forklarer ting. Det er svært at sige, fordi jeg har nogle tendenser til at være angst og neurotisk, så den eneste grund til, at jeg har været bekymret er fordi jeg har autisme i familien." (Karen)

De samme tre mødre beskriver, at deres sundhedsplejerske har forsøgt at berolige dem i forbindelse med sin formidling af ADBB-observationen, men at dette ikke har været tilstrækkeligt til at afhjælpe deres bekymringer:

"Da jeg hørte 'dårlig øjenkontakt', så tænkte jeg en masse ting, og det var det eneste, jeg hørte. Alt det andet, som hun sagde med sund og rask dreng det fløjter [som 'det røg hen over hovedet', red.]" (Julie)

Mette, Anne og Liv fortæller, at de ville ønske, at deres sundhedsplejerske havde brugt mere tid på at forklare og berolige dem i forbindelse med sin tilbagemelding på ADBB-observationen. Anne efterlyser også, at sundhedsplejersken først havde fremhævet barnets ressourcer og derefter talt om de vanskeligheder, hun observerede i den konkrete situation:

"Og så skulle hun sige først: 'Ja, og Mads han er jo en fin dreng, og det ser ud som om, han trives, og han er rigtig glad for jer, og han har også taget på, og han vil godt lege med sit legetøj, og han snakker jo, han virker helt normal. Men lige nu så ser det ikke ud som om, at han søger øjenkontakten så meget. I hvert fald til mig.'" (Anne)

Mette fortæller, at hun ville ønske at sundhedsplejersken i højere grad havde italesat, hvordan barnets fysiologiske tilstand kan påvirke ADBB-observationen og at sundhedsplejersken havde været mere konkret ift. hvad hun kiggede efter:

"Fordi jeg tænker, at hvis nu sundhedsplejersken kommer, når barnet er træt eller et eller andet, så gider han eller hun jo ikke, ligesom og måske også berolige forældrene på den måde med at sige 'Jamen på et andet tidspunkt af døgnet, der kan du kigge på de her ting, og så se hvordan det er'. Sådan tænker jeg." (Mette)

Hurtig opfølgning fra sundhedsplejersken

Fire af mødrene, hvor sundhedsplejersken havde observeret tegn på vanskeligheder i barnets kontakt på flere områder, fortæller, hvordan de efter tilbagemeldingen enten søgte støtte i deres eget netværk eller blev støttet af sundhedsplejersken. Julie fortæller, at hun blev ringet op af sundhedsplejersken efter tilbagemeldingen:

”Og så ringede hun faktisk også efter besøget (...) Hvor vi fik en god snak om det også. Så det var egentlig rart at få snakket om bagefter at, ja ja altså slå nu lige koldt vand i blodet også.” (Julie)

Tre af mødrene har søgt støtte i deres eget netværk, og to af dem beskriver, at de gerne ville have haft, at deres sundhedsplejerske havde taget kontakt til dem efter tilbagemeldingen, f.eks.:

”Jeg tror, at jeg havde haft brug for en samtale sådan der, så at jeg kunne have stille hende nogle af de spørgsmål, som jeg så havde stillet til min mor.” (Mette)

Den ene af disse mødre beskriver, hvordan der først opstod en masse spørgsmål efter sundhedsplejersken var gået:

”Og det var egentlig, da hun var der, så var det, synes jeg, ligesom det mest naturlige i hele verden. Og det var først da hun gik, at jeg sådan tænkte ”hov, hvad er det lige hun har sagt til mig, egentlig?” (Mette)

Ovenstående peger på, at kan være en hjælp for forældre at modtage et opkald fra deres sundhedsplejerske efter besøget i de tilfælde, hvor sundhedsplejersken har observeret tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt på flere områder. Opkaldet kan være med til at berolige forældrene og til at besvare nogle af alle de spørgsmål, der måske først opstår, når sundhedsplejersken er gået.

Implikationer for praksis 3

• Der kan opstå tvivl og usikkerhed efter ADBB-observationen

Når sundhedsplejersken på baggrund af en ADBB-observation har observeret og italesat tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt, så kan det igangsætte bekymringer og tvivl på egne kompetencer hos mødrene. Nogle mødre er først er klar til at stille spørgsmål til tilbagemeldingen efter, at de har haft mulighed for at tænke tilbagemeldingen igennem. En måde at imødekomme dette på, kan være at sundhedsplejersken dagen efter en undersøgelse, hvor hun har observeret tegn på vanskeligheder i barnets kontakt, følger op på tilbagemeldingen via telefon. Opkaldet kan være med til at berolige forældrene og til at besvare nogle af alle de spørgsmål, der måske først opstår, når sundhedsplejersken er gået.

Tema 4: Mødrenes holdning til ADBB-metoden

Det sidste tema omhandler mødrenes holdning til ADBB-observationen. Mødrene blev ikke specifikt spurgt ind til deres holdning, men i løbet af interviewene giver seks af mødrene (Mie, Anne, Julie, Maj, Liv og Mette) udtryk for deres holdning til at sundhedsplejersken laver en ADBB-observation.

Mødrene opfatter ADBB-observationen som noget positivt

Fire af mødrene (Mie, Julie, Anne, Maj) udtrykker udelukkende en positiv indstilling til ADBB-observationen, mens to af mødrene (Liv og Mette) udtrykker, at de både opfatter ADBB positivt og negativt. Mødrene nævner, at de gerne vil vide tidligst muligt, hvis der er noget de kan gøre for at fremme deres barns udvikling, og også hvis der er noget, som der måske skal være en særlig opmærksomhed på, f.eks.:

"Altså så jeg vil hellere tage det nu end at vente et år og så tænke 'Hov, der var måske et eller andet dengang, som man kunne have gjort noget ved'." (Julie)

"Men jeg synes, at det var rigtig godt, og vi fik gennemgået det. Og jeg synes også, det er rart, at man får lidt viden om, hvad man kan ændre. Hvis der er et eller andet, der er helt galt, vil man gerne kunne nå at rette op på det, ik'?" (Mie)

Herudover nævner Mie, Mette og Maj, at de er glade for, at sundhedsplejersken med sit kendskab til spædbørn samtidig kan fortælle, hvad der er typisk for et barn i en given alder samt dele sin viden om det med moren:

"Man har jo ikke rigtigt noget at sammenligne med. Så på den måde er det også godt, at der kommer nogen udefra og siger, at det er normalen på det her tidspunkt." (Mette)

Mødrene har det ambivalent med ADBB-observationen

Liv og Mette udtrykker en ambivalens ift. ADBB-undersøgelsen. Som beskrevet ovenfor ser de positivt på nogle elementer af ADBB-observationen, men de udtrykker, at de har det ambivalent med det, som de betegner som "et tidligt fokus på test", og at man forsøger at få børnene til at passe ind i en bestemt ramme for udvikling:

"Altså jeg synes også, bare helt grundlæggende, det der med, at man laver en test på et barn, der er to måneder, er lidt weird. Det er sådan lidt: 'Ej, så kan du faile, allerede som to måneder gammel' og jeg ved godt, at sådan behøver man ikke at betragte det, men sådan kom jeg lidt til at se det..." (Liv)

"Jamen det her med at ens, ens baby ikke passer ind i en ramme. Ehm, at det ligesom, så skal det ligesom betyde, at der er noget galt med ham, ikke? Det synes jeg var lidt provokerende på en måde, men samtidig er jeg også glad for, at vi fik det tjekket." (Mette)

Implikationer for praksis 4

- **Mødrene ser generelt positivt på ADBB som en del af sundhedsplejens tilbud**
Størstedelen af mødre vil gerne vide, så tidligt som muligt, hvis deres barn viser tegn på vanskeligheder i den sociale kontakt, og hvad de i så fald kan gøre for at støtte deres barns udvikling.
- **Nogle mødre har det ambivalent med ADBB-observationen**
To af mødre har mere ambivalente holdninger til ADBB-observationen, idet de på den ene side beskriver det som provokerende, at deres barns sociale udvikling skal observeres og "passe ind i en kasse", mens de på den anden side også er glade for, at der sættes eksplicit fokus på deres barns sociale og følelsesmæssige udvikling på hjemmebesøgene. Deres udtalelser peger på vigtigheden af at den fagprofessionelle nøje overvejer, hvordan ADBB præsenteres for forældre samt at der er en risiko for at forældre kan opleve undersøgelsessituationen som en form for test, som barnet kan "bestå eller dumpe".

Diskussion og konklusion

Formålet med denne kvalitative analyse var at undersøge, hvordan forældre oplever, at sundhedsplejersken foretager en ADBB-observation af deres barn i første leveår. På baggrund af semi-strukturerede interviews med 11 mødre blev der ved hjælp af tematisk analyse identificeret fire temaer og en række undertemaer. De fire overordnede temaer var: (1) ADBB-observationen som en kontekst for forældrevejledning, (2) Rammesætning af ADBB-observationen, (3) Mødrenes bekymringer i forbindelse med ADBB-observationen, og (4) Mødrenes holdning til ADBB-observationen. På baggrund af analysen har vi udledt en række implikationer, der kan informere praksis ift. hvad man som fagprofessionel skal være opmærksom på i forbindelse med udførelse og tilbagemelding på en ADBB-observation. Disse implikationer er beskrevet efter hvert afsnit og opsummeret i indledningen.

Afslutningsvis vil vi gøre os nogle overvejelser om analysens generaliserbarhed. Målet med kvalitative undersøgelser er at afdække menneskers liv og oplevelser med en høj grad af detaljerigdom, hvorfor man ofte rekrutterer et relativt lille antal deltagere. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at resultaterne ikke kan generaliseres, men det er væsentligt at være opmærksom på, i hvilket omfang resultaterne kan og ikke kan anvendes mere bredt (Smith, 2018).

Selvom forældre på tværs af kommuner og sundhedsplejersker vil have varierende oplevelser med sundhedsplejerskens ADBB-observation, er det målet med denne analyse, at de implikationer, som er fremhævet til praksis efter hvert afsnit og opsummeret i indledningen, kan anvendes af praktikere på tværs af kommuner. I det følgende vil vi diskutere styrker og begrænsningerne ift. analysen og implikationernes anvendelighed.

Først er det væsentligt at understrege, at der ikke indgår nogle forældre, der har oplevet, at ADBB-metoden førte til identifikation af egentlige vedvarende vanskeligheder hos deres barn, dvs. hvor barnet også udviste vanskeligheder i den sociale kontakt ved den opfølgende ADBB-observation. Herudover havde interviewene og analysen fokus på mødrenes oplevelse af sundhedsplejerskens første ADBB-observation. Efter den første ADBB-observation vil hverken sundhedsplejerske eller forældre om barnets vanskeligheder vil blive bekræftet i den anden ADBB-observation. Anbefalingerne, som er fremkommet på baggrund af denne analyse, kan således anvendes til at støtte kommunikation med forældrene i forbindelse med den første ADBB-observation, uagtet om barnet udviser tegn på vanskeligheder, og om barnets vanskeligheder bekræftes i den efterfølgende ADBB-observation. Det er dog muligt, at forældre til børn, der udviser vedvarende vanskeligheder, vil lægge vægt på nogle andre ting, når de fortæller om deres oplevelse af sundhedsplejerskens ADBB-observation efterfølgende. Det er således vigtigt, at fremtidige undersøgelser kortlægger, hvordan ADBB-observationen opleves blandt denne gruppe.

De mødre, der indgår i analysen, er alle af vestlig oprindelse og hovedsagligt fra Danmark. Studier har vist, at ADBB-observationen kan anvendes på tværs af kulturer, og at der ikke er kulturelle forskelle i forekomsten af social tilbagetrækning, når man

kontrollerer for risikofaktorer (Guedeney et al., 2013). Der kan dog være kulturelle forskelle i, hvordan forældre opfatter sundhedsplejerskens kommunikation om barnets sociale kontakt og udvikling. Herudover skal det bemærkes, at selvom social tilbagetrækning er en risikoindikator uagtet forældrenes kulturelle baggrund, er det væsentligt, at man som fagprofessionel er kulturelt sensitiv ift. forskelle i samspilsmønstre mellem forældre og børn på tværs af kulturer.

Alle mødrene i interviewundersøgelsen er relativt ressourcestærke; de har alle gennemført eller er i gang med at gennemføre en mellemlang videregående uddannelse, og de bor alle sammen med faren til deres barn/børn. I og med at denne gruppe af ressourcestærke mødre oplever usikkerhed og bekymringer i de tilfælde, hvor sundhedsplejersken har observeret og italesat tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt, kan man argumentere for, at anbefalingerne identificeret i denne analyse også bør gælde mindre ressourcestærke familier, i og med at de potentielt set kan opleve en sådan tilbagemelding som en større belastning.

Størstedelen af mødrene var også førstegangsmødre. Et tidligere studie har vist, at førstegangsmødres oplevelse af egen kompetence i forælderrollen er lavere end flergangsmødre (Troutman et al., 2012), mens andre studier ikke har vist en effekt af paritet på oplevelsen af egen kompetence (Yuan et al., 2021). Der er således en mulighed, at førstegangsmødre er mere sårbare ift. at få observeret deres barns sociale kontakt og at få italesat eventuelle vanskeligheder i kontakten. Den ene af flergangsmødrene nævnte dog også, at hun oplevede bekymringer og usikkerhed efter sundhedsplejerskens tilbagemelding (jf. Tema 3: Bekymringer og usikkerhed hos mødrene efter ADBB-observationen), hvorfor paritet ikke nødvendigvis altid er ensbetydende med større sårbarhed.

Endelig skal det nævnes, at der ikke indgår nogle fædre i analysen. Der mangler således perspektiver på, hvordan fædre oplever sundhedsplejerskens ADBB-observation, og hvordan de bedst støttes i tilfælde af, at sundhedsplejersken identificerer tegn på vanskeligheder i barnets kontakt. Det kan dog betragtes som en væsentlig styrke ved analysen, at der indgår fem mødre, der alle har oplevet, at den første ADBB-observationen førte til identifikation af tegn på vanskeligheder i barnets sociale kontakt på flere områder (ADBB-score ≥ 5), hvilket ikke blev bekræftet ved den efterfølgende ADBB-observation. I screeninglitteraturen betegner man sådanne tilfælde "falsk positive" fund. Oplevelsen af at få foretaget en ADBB-observation er særlig vigtig hos denne gruppe, da det er blandt disse forældre, der er størst risiko for, at observationen medfører unødige bekymringer og stress, hvilket også var én af de udfordringer som sundhedsplejerskerne italesatte i vores undersøgelse af implementeringen af ADBB i sundhedsplejen (Smith-Nielsen et al., 2018). Analysen bidrager således med perspektiver på, hvordan man som fagprofessionel kan forsøge at minimere bekymringer og stress hos mødre, når man efter den første ADBB-observation identificerer tegn på vanskeligheder i barnets kontakt, i det tilfælde at barnet ikke udviser lignende vanskeligheder ved den opfølgende undersøgelse.

Eftersom vi har vægtet rekruttering af mødre, hvis børn udviste tegn på vanskelig-

heder i den sociale kontakt i forbindelse med ADBB-observationen, fylder deres perspektiver også mere i analysen. Som sundhedsplejerske står man dog langt oftere i en situation, hvor ADBB-observationen viser, at barnet ikke har nogle vanskeligheder i kontakten. Når man som fagprofessionel læser denne analyse, kan det derfor være vigtigt at holde sig for øje, hvilke afsnit og implikationer, der er relateret til situationer, hvor sundhedsplejersken har identificeret tegn på vanskeligheder i barnets kontakt, og situationer, hvor barnet ikke udviste vanskeligheder. Særligt kan det bemærkes, at de mødre, hvis børn ikke udviste vanskeligheder i kontakten, ikke oplevede bekymringer i forbindelse med ADBB-observationen.

Herudover er der en række øvrige metodiske begrænsninger, som man skal tage højde for, når man anvender resultaterne fra analysen. Som beskrevet i indledningen af ADBB-observationen først valid, når barnet er fyldt 2 måneder. Der var dog to mødre i denne interviewundersøgelse, hvis børn blev observeret med ADBB, da barnet var 7 uger. Der kan således være nogle aspekter af disse mødres oplevelser, som ikke gør sig gældende, når ADBB-observationen anvendes inden for den aldersgrænse, hvor den er valid. Derudover er der i gennemsnit gået 73 dage mellem ADBB-observationen er blevet udført og interviewet er blevet gennemført. Dette kan have påvirket, hvor tydeligt mødrene husker selve ADBB-observationen. Endelig er det også vigtigt at være opmærksom på, at den tematiske analyse kan påvirkes af confirmation bias, dvs. at respondenternes svar er fortolket i tråd med forfatterens egne holdninger til og oplevelser af ADBB-metoden. Dette er forsøgt minimeret ved, at to var involveret i analyseprocessen.

Etisk godkendelse og samtykke til deltagelse

Undersøgelsen er godkendt af den etiske komité ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet (#2015-10). Informeret samtykke til deltagelse blev indhentet fra deltagerne inden interviewene blev udført. I forbindelse med analyse og præsentation af resultater er alle personoplysninger anonymiseret.

Datasikkerhed

Alle interviewdata er behandlet fortroligt og i overensstemmelse med gældende regler for god databehandlingsetik (jf. Københavns Universitets regler om persondataskyttelse som kan findes på <https://informationssikkerhed.ku.dk/persondataskyttelse/privatlivspolitik/>).

Taksigelser

Vi ønsker at sige tak til de mødre, der har deltaget i interviewundersøgelsen og de sundhedsplejersker, der har bidraget til rekrutteringen. Herudover ønsker vi at takke sundhedsplejerskerne samt Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune for et godt samarbejde i CIMHP. Projektet var finansieret af TrygFonden (bevilling nr. 107616).

Referencer

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Gellasch, P. (2019). The Developmental Screening Behaviors, Skills, Facilitators, and Constraints of Family Nurse Practitioners in Primary Care: A Qualitative Descriptive Study. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(4), 466–477. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.01.004>
- Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559–575.
- Guedeney, A., Matthey, S., & Puura, K. (2013). Social withdrawal behavior in infancy: a history of the concept and a review of published studies using the Alarm Distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 34(6), 516-531
- Ltd., Q. I. P. (2019). *NVivo qualitative data analysis Software*.
- Smith-Nielsen, J., Lønfeldt, N., Guedeney, A., & Væver, M. S. (2018). Implementation of the Alarm Distress Baby Scale as a universal screening instrument in primary care: feasibility, acceptability, and predictors of professionals' adherence to guidelines. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 104–113. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.005>
- Smith, B. (2018). Generalizability in qualitative research: misunderstandings, opportunities and recommendations for the sport and exercise sciences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 10(1), 137–149. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1393221>
- Væver, M. S., Smith-Nielsen, J., & Lange, T. (2016). Copenhagen infant mental health project: Study protocol for a randomized controlled trial comparing circle of security -parenting and care as usual as interventions targeting infant mental health risks. *BMC Psychology*, 4(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0166-8>

Bilag 1: Interviewguide til interview med forældre om oplevelsen af ADBB under sundhedsplejerskebesøg

Intro

Siden 2015 har vi jo kørt et projekt med sundhedsplejen i Københavns Kommune, som handler om at afprøve en ny videnskabelig metode til at vurdere spædbørns trivsel og sociale kontakt. Vi har især fokuseret på at skærpe sundhedsplejerskens vurdering af barnets kontakt og trivsel for tidligst muligt at sikre familien den bedste støtte. Det er første gang, at denne metode bliver implementeret i så stor skala og som en metode, der bliver brugt af sundhedsplejersker på hjemmebesøg i familier. Derfor er vi meget interesserede i at lære så meget som muligt af jeres erfaringer med, at sundhedsplejersken har brugt denne metode i forbindelse med et hjemmebesøg – både negative og positive – for at vi kan blive klogere på, hvordan man skal gøre dette i fremtiden. Det, vi gerne vil med det her interview, er derfor at undersøge, hvordan du som forælder har oplevet dette.

Indledende spørgsmål

1. Prøv helt kort at fortælle mig om dit forløb med jeres sundhedsplejerske?
2. Hvad skete der på hendes sidste besøg?
 - Hvad talte I om?
 - Hvad lavede hun af undersøgelser/hvad gjorde hun helt konkret med dit barn?

Spørgsmål vedrørende ADBB

3. Hvad sagde sundhedsplejersken om [barns] sociale kontakt?
 - Ansigtstudtryk
 - Lyde
 - Øjenkontakt
 - Aktivitetsniveau/måden barnet bevæger sig på
4. Hvordan oplevede du det?
5. Hvad tænkte du?
6. Hvordan oplevede du sundhedsplejerskens kommunikation om det?
7. (Hvis forælderen fortæller om, at barnet har fået en score): Hvad tænkte du om det?
8. Sagde din sundhedsplejerske noget andet om dit [barns] kommunikation eller sociale kontakt?
9. Hvad sagde hun, som du ikke vidste på forhånd?
10. Hvad, hvis noget, kunne du tænke dig skulle have været anderledes?
11. Hvad, hvis noget, har I gjort noget anderledes, når I er sammen med [barn], efter at hun var her?

Afsluttende spørgsmål

12. Hvis du skulle komme med et godt råd til beslutningstagere og sundhedsplejersker i forhold til, hvordan de skal tale med forældrene om de her ting, hvad skulle det så være?
13. Her til sidst: har du noget, du gerne vil tilføje?