

Minding the Baby – erfaringer fra Danmark

Af Bjarke Nielsen, Jeppe Budde og Anne Corlin
Metodecentret & Reflektivt Forum, februar 2023

Minding the Baby (MTB) er et tværfagligt og hjemmebaseret familiebehandlingsprogram til udsatte gravide. I indsatsen arbejder en familiebehandler og en sundhedsplejerske sammen med forældre om at fremme en stabil og tryk tilknytning til deres barn. I denne artikel beskriver vi indsatsen i MTB og dens mentaliserende tilgang. Samtidig undersøger vi gennem interviews med fagpersoner, hvilke elementer i indsatsen, der opleves som særligt virksomme. Her fremhæver fagpersonerne det som effektivt, 1) at MTB-tilgangen begynder i graviditeten, 2) at tillid og tryk er centrale elementer, 3) at MTB er tværfagligt konstitueret og praktiseret, 4) at MTB-indsatsens tidsperspektiv giver gode muligheder for at arbejde med varig forandring hos forældrene og 5) at teamet også agerer som casemanager ved at hjælpe forældrene med at navigere i hjælpesystemer. Artiklen viser, hvordan MTB i praksis udfolder en mentaliserings-baseret tilgang i arbejdet med sårbare gravide og deres partnere med en behandlingsstruktur, der formår at tilgodese denne gruppes særlige vanskeligheder.

Indledning

Det lille barns evne til selv at regulere behov, følelser og adfærd, er grundlæggende forudsætninger for, at barnet senere kan indgå i fællesskaber og opnå gode relationer til andre børn og voksne. Barnets forældre spiller en central rolle i opbygningen af denne kompetence, da det er igennem forældrenes evne til at opfatte og forstå barnets signaler og behov sensitivt og relevant, at barnet udvikler en tryk tilknytning, der kan styrke evnen til selvregulering (Rayce, Hansen & Mikkelsen et al. 2021).

Flere undersøgelser peger på, at tidlige indsatser med fokus på at skabe stabile og tryk relationer mellem forældre og små børn kan have gavnlige virkninger for barnets fysiske og psykiske udvikling (Danielsdóttir & Ingudóttir et al. 2022, SFI 2017, Sundhedsstyrelsen 2017 & 2022). En sådan indsats er Minding the Baby (MTB).

MTB er en i dansk sammenhæng ny indsats til udsatte forældre. Vi vil derfor i det følgende demonstrere, hvordan indsatsen virker, igennem en undersøgelse af de involverede fagpersoners beskrivelser af det særlige ved indsatsen, sammenholdt med deres øvrige erfaringer fra arbejdet med tidlig indsats i sårbare familier.

Tværfaglig tilgang

MTB er et tværfagligt og hjemmebaseret familiebehandlingsprogram for udsatte gravide, hvor der arbejdes med at fremme en god og tryk tilknytning mellem de vordende forældre og deres kommende barn. Der er tale om en forskningsbaseret og vel-dokumenteret tilgang, der er udviklet på Yale University med psykolog og professor Arietta Slade og sygeplejerske og professor Lois Sadler som de centrale figurer (Sadler, Slade & Mayers 2011, Slade & Sadler 2013, Slade, Sadler et al. 2018, Slade 2005). En bærende idé for MTB er, at fysisk og psykisk trivsel og velbefindende er tæt

sammenvævede, hvorfor en tværfaglig tilgang på tværs af sundheds- og socialfaglige paradigmer er integreret i metoden. I modsætning til mange andre tiltag på området er MTB en langvarig indsats med en relativt beskeden intensitet. Et forløb strækker sig således over 27 måneder (fra tredje trimester i graviditeten til barnet fylder to år), med ugentlige besøg til barnet fylder 1 år og besøg hver anden uge til barnet fylder 2 år. Indsatsen varetages af et MTB-team, der er udgøres af henholdsvis en erfaren sundhedsplejerske og en erfaren familiebehandler.

MTB har siden 2018 været under afprøvning i Danmark i 9 kommuner. Som del af afprøvningen er der givet grundige uddannelsesforløb, sideløbende med at der indsamlet data til et forskningsstudie, som kan undersøge metodens virkning (resultater udgives af VIVE i 2024 og 2025). Fagprofessionelle (MTB-team, kommunale supervisorere, ledelse samt myndighedsrådgivere) i kommunerne har modtaget en fire-dages uddannelse, ligesom MTB-team og supervisorere har modtaget løbende implementeringssupervision fra Yale University igennem de første 3 år.

Igennem den langvarende, tværfaglige indsats fokuserer MTB på:

- At stimulere og sikre fostrets/barnets fysiske og psykiske helbred og udvikling
- At understøtte forældrenes fysiske og psykiske trivsel
- At opbygge forældrenes kompetencer til at mentalisere – både i relation til barnet og sig selv som forælder.
- At fremme oplevelsen af mestring og ansvarlighed i rollen som forældre.

Mentaliseringsbaseret program

Målgruppen for programmet er forældre, der vurderes som sårbare i deres kommende forældrerolle, og som befinder sig i en socialt udsat position. Den socialt udsatte position vil ofte være relateret til flere af følgende faktorer: Forældre der har oplevet omsorgssvigt, enlige forældre, forældre der er socialt isoleret, forældre med lavt uddannelsesniveau og/eller forældre med psykiske problemer som fx depression, angst eller posttraumatisk stress. Der er tale om forældre, som vurderes som værende i risiko for at have vanskeligheder med at skabe en tryk tilknytning til barnet.¹

At skabe bedre betingelser for en god og tryk tilknytning mellem forældre og børn i disse familier kan næppe sættes på formel (Slade et. al 2018). Selvom MTB er et manualbaseret program, er der indenfor programmets overordnede ramme, således givet en høj grad af frihed til de involverede fagpersoner til at tilpasse de konkrete interventioner, baseret på deres faglige skøn og refleksioner. Fremfor en detaljeret manualisering af interventionerne, arbejder MTB således ud fra en mentaliseringsbaseret forståelse, hvor det er fagpersonernes evne til at etablere en tillidsbaseret og reelt samarbejdende relation til de vordende forældre, der anses som forudsætning for, at interventionerne kan bære frugt.

Da MTB hører til familien af mentaliseringsbaserede programmer, ligger der i tilgangen en forståelse af, at læring og udvikling i forældreskabet *ikke* primært sker gennem vejledning og rådgivning. Som den amerikanske psykolog Carla Sharp formulerer det, så er udfordringen for mentaliseringsbaserede behandlingsprogrammer at finde veje

¹ I de fleste danske kommuner er MTB implementeret som en del af en indsats i henhold til Serviceloven, mens der i nogle få kommuner er mulighed for at

modtage et MTB-forløb udelukkende som en del af kommunens sundhedsforebyggende tilbud.

til at lære forældre at mentalisere uden eksplicit at forklare det, men gennem en proces hvor de lærer det ved at 'mentalisere in-defra og ud' (Sharp et al. 2020). Med andre ord skal forældre i deres *handling* reagere eller lære at reagere sensitivt på barnets signaler.

Denne artikel viser, at et resultat af at møde forældrene mentaliserende stimulerer en højere grad af det som af Luyten et al. (2020) kaldes *epistemisk tillid*, et begreb som henviser til den specifikke form for tillid, der muliggør social læring. Mange af de gravide som tilbydes deltagelse i programmet, er selv opvokset med omsorgssvigt og traumer, hvilket naturligt har affødt en epistemisk mistillid, der vil stå i vejen for at tage imod omsorg og læring fra fagpersoner (Fonagy et al. 2017). Det indledende fokus i MTB er således på at opbygge en relation, der åbner for de vordende forældres epistemiske tillid og dermed en mulighed for læring, både i forhold til det spirende forældreskab, men på sigt også i forhold til andre livsarenaer, herunder særligt deres deltagelse i uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet.

Det centrale fokus gennem hele MTB-forløbet er at stimulere forældrenes evne til at mentalisere deres barn. Forældrene hjælpes til at udvikle et alderssvarende syn på barnet og støttes i at fortolke og forstå meningen med barnets signaler og adfærd, samtidig med, at de støttes i at registrere og reflektere over deres egne følelser og tanker. Målet er en udvikling hvor sundhedsplejersken og familiebehandleren i starten er aktive i processen med at skabe et åbent, nysgerrigt reflekterende rum for forældrene, med det formål at forældrene over tid selv

begynder at forholde sig nysgerrigt, reflekterende til deres barn uden teamets hjælp.

I de amerikanske RCT-studier har Minding the Baby haft følgende væsentlige effekter:

- Signifikant bedre tilknytning i interventionsgruppen ved 12 måneder.
- Signifikant færre børn med desorganiseret tilknytning i interventionsgruppen ved 12 måneder (Sadler et al. 2013).
- Signifikant forbedring af refleksiv funktion hos mødre med lav refleksiv funktion ved 12 måneder (Sadler et al. 2013), genfundet to og otte år efter interventionen (Tobon, Condon et al. 2020).
- Signifikant bedre vaccinationsrate af børnene i interventionsgruppen.
- Signifikant mindre eksternaliserende adfærd blandt børn i interventionsgruppen, målt to til otte år efter interventionen (Ordway, Sadler et al. 2014, Tobon, Condon et al. 2020).

Undersøgelsens metode og design

Vi har foretaget en kvalitativ undersøgelse for at identificere, hvordan fagprofessionelle praktiserer og oplever MTB, og hvilken forskel MTB gør fra deres perspektiv i forhold til deres gængse praksis i udsatte familier.² Sigtet har dermed samtidig været at identificere de centrale faglige begrundelser for praksis i MTB, og hvad der fagligt giver mening. Det vil sige at identificere centrale principper i MTB, som de oversættes og praktiseres i en dansk kontekst.

Indsamling af empiri

Undersøgelsen gør brug af semi-strukturerede interview og konkrete sagsfremstillinger (se bl.a. Flyvbjerg 2006, Järvinen & Mik-

² Se bilag for en uddybende metodebeskrivelse af undersøgelsen.

Meyer 2005, Warren 2002). I fem kommuner er der lavet interview med MTB-teams for at komme i dybden. Fokus har her været a) sags gennemgang af to familier og b) supplerende semistrukturerede interviewspørgsmål på baggrund af konkrete fortællinger. At gennemgå sager i fællesskab med fagprofessionelle har givet et konkret indblik i, hvad de fagprofessionelle faktisk gjorde og hvilke samarbejder de inddrog. Man kan også undersøge, hvorfor de gjorde som de gjorde, hvad der virkede ifølge dem, hvordan de oplevede forandringer i familierne og hvorfor, samt hvordan MTB adskiller sig fra deres normale praksis (se også Kapferer 2005).

Desuden er myndighedsrådgivere på familieområdet blevet interviewet i selvsamme fem kommuner for at belyse a) sags gennemgang af to familier (så vidt muligt samme familier som MTB-teams ovenfor) og b) supplerende semistrukturerede interviewspørgsmål. Det giver konkret indblik i, hvad sagsbehandlerne tænker om en langsigtet intervention. Desuden er der spurgt til, hvilke foranstaltninger, der ville være truffet i forhold til tilgængelige viden om MTB-familier, hvis der ikke havde været MTB.

Dataanalyse

Alle interview er blevet transskriberet. Herefter er materialet læst grundigt igennem – først med en åben tilgang i forhold til at forstå, hvad der er på spil i materialet. Hovedtemaer er noteret, hvilket har dannet grundlag for en initial åben kodning (Boissen 2010). Herefter har kodningen i Nvivo anvendt tematiske begreber, som ser på tværs af materialet i forhold til, hvad fagprofessionelle selv tillægger størst betydning i forhold til Minding the Baby som tilgang, og hvordan det gør en forskel (Tanggaard & Brinkmann 2010). Endvidere har såkaldt aksekodning været anvendt i forhold til de

cases, som fagprofessionelle har fremlagt, idet formålet har været at følge udviklingen i en case, hvor man ser denne udvikling ud fra de fagprofessionelles forståelse af casen. Dvs. at alle casefremstillinger er samlet separat i Nvivo, hvor det samtidig har været undersøgt, hvad der går på tværs af disse cases (tematisk begrebskodning i Nvivo) ud fra følgende hovedkoder/hovedbegreber: Tværfagligt samarbejde, nøgleelementer i MTB, effekter af MTB, helhedsorientering og casemanagement.

Centrale temaer i fagprofessionelle perspektiver

Igennem analyserne er der identificeret fem centrale temaer, der kan forstås som nøgleprincipper i Minding the Baby, særligt i forhold til, hvordan det adskiller sig fra deres gængse praksis. Det drejer sig om 1) at MTB-tilgangen begynder i graviditeten, 2) at tillid og tryghed er centrale elementer i en mentaliserende tilgang, 3) at MTB er tværfagligt konstitueret og praktiseret igennem et makkerskab mellem en sundhedsplejersker og en familiebehandler, 4) at MTB-indsatsens tidsperspektiv giver gode muligheder for at arbejde med varig forandring hos forældrene og 5) at teamet også agerer som casemanager ved at hjælpe forældrene med at navigere i hjælpesystemer.

Tema 1: At etablere kontakten i graviditeten
Arbejdet med familier i MTB begynder, når mor er i slutningen af andet trimester eller i begyndelsen af tredje trimester i graviditeten. Når de fagprofessionelle i MTB taler om, hvilken betydning det har for deres arbejde med familien, fremhæver de i særlig grad, at det giver et godt grundlag for at skabe en relation og for, at de kan lære familien at kende. Som en familiebehandler fortæller, så er det at komme ind så god tid før fødslen en fordel fordi "det giver en anden ro til



at have barnet endnu mere på sinde. Det giver nogle andre muligheder – også efter fødslen. Fordi [nogle mødre] var fandme ikke kønne på papiret vel, og alle alarmer kunne have ringet. Men her får vi muligheden for at arbejde med dem.”

Citatet illustrerer to pointer, der går på tværs af fagpersonernes fortællinger: For det første, at de indledende møder under graviditeten danner grundlaget for at skabe en tillidsfuld og tryk relation mellem familier og fagprofessionelle. Det at lære familien at kende på det tidspunkt gør, at der er tid og ro til, at de fagprofessionelle kan få en nuanceret og realistisk fornemmelse af de vordende forældre, så den forhistorie som mange MTB-familier bærer med sig, bl.a. gennem deres sagsakter, ikke skaber samme akuthed og uro, som det kan gøre, når indsatser starter op i forbindelse med fødslen. I mange danske kommuner starter foranstaltninger først op, når barnet kommer til verden. Ulemperne herved vil være, at mor og far ofte er udmattede efter en fødsel, familiemyndigheden har fuld opmærksomhed, fordi de har ansvaret for at barnets sikkerhed ikke svigtes, og forældrenes ofte lidt blakkede forhistorie fylder. At begynde en intervention umiddelbart i forlængelse af fødslen, er med til at øge stressniveauet hele vejen rundt, fortæller flere af de interviewede familierådgivere, familiebehandlere og sundhedsplejersker, hvilket er blevet særligt tydeligt for dem, efter at de med MTB har fået mulighed for struktureret at arbejde på at etablere relationen til de udsatte familier allerede i graviditeten.

For det andet forklarer flere fagprofessionelle, at etableringen af en samarbejdsalliance i graviditeten er med til at understøtte et mentaliserende perspektiv: Forældrene forventes ikke at demonstrere allerede eksisterende færdigheder i forhold til barnet. Både det at indsatsen starter tidligt op, og

igennem det langstrakte tidsperspektiv, understøtter at forældre skal være i stand til at lære det mentaliserende forældreskab over tid. Og det understøtter MTB. De fagprofessionelle beskriver dette som en væsentlig forskel i forhold til gængs praksis, hvor vurderingerne og beskrivelserne af forældrenes omsorgsevner fylder meget, grundet bekymringer for barnets trivsel.

Det er vigtigt at understrege, at der også i MTB løbende foretages vurderinger af omsorgens kvalitet, særligt i forhold til graden af sikkerhed for barnet. Men fordi de fagprofessionelle er tidligt inde i familien og har tid til at etablere en god samarbejdsrelation, øges muligheden for at få et mere nuanceret billede af forældrenes ressourcer og sårbarheder. Med dette udgangspunkt er både myndighed og udfører bedre klædt på til at forstå, hvad der skal være fokus på i arbejdet med familien, og hvordan indsatsen kan tilrettelægges, så der arbejdes med forældrenes nærmeste udviklingszone, samtidigt med at barnets trivsel og udvikling sikres.

Tema 2: At skabe tillid og tryghed mellem teamet og familien gennem en mentaliserende tilgang.

”Nogle gange kommer vi ud til forældre, som er meget frustrerede, og vi skal rumme dem, for du kan ikke arbejde med forældre, der er frustrerede. Når de er ok, kan vi komme videre” (citat fra familiebehandler).

Citatet beskriver en grundforståelse i MTB; at man som fagperson er nødt til at støtte forældrene i deres følelsesregulering, som forudsætningen for at styrke mentalisering og skabe udvikling. Og at det er et arbejde, der ikke kun pågår i begyndelsen af indsatsen, men som gennem hele forløbet gentages og integreres. En sundhedsplejerske fortæller:

”Det at vi ikke skal fikse ting, hver gang vi er på besøg. Det er tillid, relation, reparation,



timing, tid, tålmodighed. Det at lytte og være empatisk. At se fra barnets perspektiv. At have omsorg for forældrene. Det med at finde nye veje til at få dem til at få øje på deres barn (...) Det er jo helt vildt som det kan rykke nogle gange.

Fagpersonernes mentaliserende indstilling understøtter arbejdet med at etablere en relation præget af tillid og tryghed, som flere fagpersoner ser som afgørende, hvis forældrene skal lære at se og forstå barnets kropslige og kommunikative signaler, i *relation til deres* egne måder at tænke om og reagere på barnet. En bærende ide i MTB er, at forældrene selv bliver mentaliseret af MTB-teamet (hvem er du? Hvad er der sket i dit liv? Hvordan kan vi hjælpe dig?) for at kunne udvikle sin evne til at se og forstå barnet. Det at forældrene bliver mødt med en mentaliserende og nysgerrig holdning, fremmer muligheden for at forældrene selv over tid blive i stand til kan gøre det overfor deres barn. Hvis forældre er bange eller føler sig truet, vil det blokere for tilliden til fagprofessionelle og for læring.

De fagprofessionelle beskriver også, hvordan de over tid og igennem supervision fra eksperter i MTB-metoden, arbejder med deres egen kapacitet til at undre sig og bevare nysgerrigheden og mentaliseringen af forældrene. Det er centralt for tillid og tryghed og udvikling på forældresiden. En familiebehandler beskriver det således:

"[Mor] kunne sige mange ting, hvor man godt kunne blive bekymret for det hun sagde. Men det hang ikke sammen med det vi så. Hun kunne godt være voldsom og vred og sur, men når hun så vente sig mod barnet, så formåede hun at lægge det til side. Når det var barnet det handlede om, så var hun så sød. Så kiggede hun på hende og så var hun glad, og tog sig af hende. Og når hun [mor] så falder til ro

igen, så kan man godt snakke med hende om det, der er sket. Så kan vi vende tilbage. Jeg kan tage en sms frem og sige: "Du skriver 'jeg magter ikke børn mere'". Og så får vi en snak om det. Og i de situationer synes jeg hun er vildt god til at reflektere. Det kan vi tage med videre og arbejde på og udvikle på."

Som citatet illustrerer, kan det kræve tålmodighed og 'is i maven' fra de fagprofessionelle at bevare nysgerrigheden og åbenheden, så de over tid og gennem deres kendskab til familien formår at favne den kompleksitet, det levede familieliv i de udsatte familier indebærer.

I forlængelsen af det er det væsentligt at understrege, at MTB-teamet først og fremmest altid har barnets sikkerhed på sinde. Det er med dette udgangspunkt, at MTB-teamet har fokus på at skabe og vedligeholde et tillidsfuldt samarbejde med forældrene. Det er deres professionelle ansvar at rumme forældrene og at bevare en åbenhed og nysgerrighed overfor dem, fordi barnets langsigtede fysiske og psykiske udvikling sikres gennem forældrenes samspil med barnet, men aldrig på bekostning af barnets sikkerhed nu og her. Konkret gøres dette ved, at de professionelle ved bekymring for barnets trivsel og udvikling inddrager myndigheds-rådgiveren i et tættere samarbejde og sætter besøgsfrekvensen op i en periode således, at de har en tættere kontakt med familien og kan følge barnet og se og samspillet med forældrene hyppigere. I en sådan periode kan intensiteten af MTB ligne andre indsatser, hvor fokus er på, at barnets udvikling styrkes gennem støtte til forældrene, hvilket samtidig fungerer som en sikkerhedsventil, hvis udviklingen ikke stabiliseres.



Tema 3: Makkerskabet i MTB – det tværfaglige samarbejde

"Det er jo meget anderledes end det jeg er vant til. Når jeg har været på et (MTB) besøg, kan jeg tænke: 'Hvad skete der lige der? Gav det mening, gav det ikke mening?' Jeg skriver noter til mig selv, men også for at orientere min (MTB) makker og min (MTB) gruppe. Hver uge får vi talt familierne igennem: 'Hvad har jeg lige oplevet? Hvad kan være svært at arbejde med? Er der noget vi skal have mere fokus på?' Og min makker spørger nysgerrigt ind til det, jeg fortæller" (citater fra familiebehandler).

Ovenstående citat illustrerer, at MTB er en tværfaglig indsats, hvor man arbejder tæt sammen i et team med en makker, som har en anden grundfaglighed. Det betyder, at besøg i familier kan forberedes og bearbejdes i et samarbejde, og at teamet sammen kan reflektere over, hvad der er på spil lige nu for familien, men også sammen stille spørgsmål ved deres egne fagprofessionelle tilgange. En sundhedsplejerske forklarer det således:

"Det giver en faglig styrke. Jeg bliver mere faglig kompetent, når jeg har en familiebehandler ved min side. Hun har andre kompetencer end mig, og det hjælper i forhold til det jeg ikke ved. Hun har andre redskaber, fx i forhold til parforhold, det sociale system. Vi supplerer hinanden, og vi har ugentlig sparring med hinanden. Vi ser ikke altid det samme, men vi ser på samme familie. Det gør også, at vi forbliver nysgerrige og refleksive: 'Hvorfor gør familien det? Hvordan kan vi hjælpe dem'?"

Ved siden af det fælles fokus på kontakten og samspillet mellem forældrene og barnet, har sundhedsplejersken et fagligt fokus på forældrene og barnets helbred, og hvorvidt plejen af barnet er tilpasset barns alder (fx ift. ernæring, amning, søvn, rytme, udvikling,

hormonelle ændringer og samspil), mens familiebehandleren kan have mere opmærksomhed på forældrenes baggrund, deres personlige og følelsesmæssige udfordringer, og deres samlede situation og parforhold i relation til forældreskabet. Flere af de fagprofessionelle taler om betydningen af, at man i et MTB-team 'spiller hinanden gode' overfor forældre.

Alle de fagprofessionelle, som vi har interviewet, betragter det tværfaglige makkerskab som en styrke. Samtidigt beskrives det af flere som krævende at arbejde sig ind i en tværfaglig tilgang, hvor man både deler og giver slip. At de ikke 'altid ser det samme' (fx ressourcer eller barrierer), men 'på samme familie' giver ifølge deres fortællinger et stærkt fundament for at bevare nysgerrigheden og åbenheden. Men det fordrer også, at de fagprofessionelle stiller sig åbne for at dele deres tvivl med hinanden, fx 'har vi forstået den her familie rigtigt?' eller 'hvorfor ser vi forskelligt på det her?'. Og de skal som fagprofessionelle kunne være i, at de har en fælles tilgang, men at de sammen arbejder med hver deres ekspertiseområde ind i familierne.

Et andet forhold som fremhæves af de fagprofessionelle i forhold til det tværfaglige teamsamarbejde, er at det gør adgangen til familierne mindre konfliktfyldt. Mange af MTB-familierne har som udgangspunkt en lav grad af epistemisk tillid og negative erfaringer med og forventninger til det sociale hjælpesystem, hvor frygten for indgribende foranstaltninger og misforståelser kan forstyrre relationen til familiebehandlere og myndighedsrådgivere. Ofte vil familier dog gerne modtage hjælp fra sundhedsplejersken, som forstås som en 'almindelig' støtte i velfærdsstaten, både under graviditeten og i forbindelse med hjælp til spædbarnet, og ikke som en særlig foranstaltning. Fagpersonerne beskriver i deres interviews, at

sundhedsplejersken oftest ikke opleves som en trussel af familierne, hvorfor sundhedsplejersken kan 'bryde isen' til familier og hjælpe dem til at have tillid til, at MTB-indsatsen er 'på deres side'.

Tema 4: Tidsperspektivet – arbejdet med mestringsstrategier og mentalisering af barnet

"Noget af det væsentlige her er jo tiden. Det er også det MTB giver os. Tiden til at gå mere i dybden, være mere nysgerrige på forældreskabet og forældreperspektivet – deres egen historie og opvækst og fortællinger. Det er på en helt anden måde end når vi arbejder normalt. Normalt er fokus hele tiden på, at barnet kommer i trivsel og udvikling, og der har vi ikke tiden til at komme i dybden. Her får vi en anden følsomhed overfor forældrene, som vi følger dem ud i verden med" (citater fra sundhedsplejerske).

Naturligvis er fokus også i MTB på, at barnet kommer i trivsel og udvikling. MTB-teamet har i alle deres besøg barnets trivsel og udvikling for øje, og har i de familier som er indskrevet under Serviceloven en tæt dialog med myndighedsrådgiveren, i forhold til progression og fortsatte arbejds punkter i familier. Men en bærende idé i MTB er, at udviklingen af et bæredygtigt og mentaliserende forældreskab i en sårbar og udsat familie er en proces, som kræver tid og tålmodighed. Som en familiebehandler formulerer det: *"På seks måneder [underforstået standardindsats] kan du ikke arbejde med forældrenes mestringsstrategier"*.

De fagprofessionelle tillægger det lange tidsperspektiv stor betydning, netop fordi de ønsker at arbejde med forældrenes grundlæggende mestringsstrategier og deres evne til på egen hånd at mentalisere deres barn. Flere fagpersoner hæfter sig ved, at udsatte forældre ofte er mestre i at aflæse, hvad der ønskes i en situation, og

beskriver en oplevelse af, at forældrene i de kortere indsatser godt kan 'tage sig sammen' og præstere, mens man er der. På denne måde oplever fagpersonerne ikke at familierne får hjælp til, hvordan de reelt kan håndtere *"bump på vejen, og der er mange bump på vejen"*, hvorfor de ofte bliver genindskrevet, når der på et senere tidspunkt opstår udfordringer.

I MTB oplever de fagprofessionelle at have tiden til at arbejde med, at forældre udvikler deres reelle mestringsstrategier og en genuin evne til at mentalisere barnet, til selv at finde løsninger på 'hvordan kan jeg klare det her?' eller med hjælp af MTB-teamet få talt om, 'hvad virkede sidste gang?'. At de får lejlighed til at øve sig på de bump, der er på livets vej, og de udfordringer livet som børnefamilie byder, imens der er hjælp i familien. Oplevelsen af at forældrene igennem MTB-indsatsen får mulighed for at opbygge mestringsstrategier og tillid til deres evner til at møde udfordring, fremgår bl.a. når en familierådgiver taler om, at tidsperspektivet og de øvebaner det muliggør, bidrager til, at *"forældre faktisk (har) strategier næste gang de møder bumpet. De ved enten, hvad de selv skal gøre, eller hvem de kan gribe fat i, fordi det er trygt nok at bede om hjælp"*.

Tema 5: Casemanagement – at hjælpe forældrene i systemerne (så de kan selv)

Teamet har også en rolle som 'koordinatører' i en helhedsorienteret indsats, hvor forældrene støttes i at håndtere de udfordringer, der fylder for dem (fx relationer til netværk, sundhed, psykiatri, borgerservice, jobcenter). Ved at gøre det, oplever de fagprofessionelle, at de nybagte forældre har bedre vilkår for at holde fokus på relationen til barnet. Som en familiebehandler fortæller om en mor:



"Hun er aldrig lykkedes i noget job. (...) Hun har perioder, hvor hun har meget lyst, men så bliver det hurtigt et pres for hende, og så får hun stress og angst. Og hun bliver ude af stand til at handle. Hun har i perioder, når hun har haft det rigtigt svært, ikke formået at betale sine regninger, hun får ikke handlet ind, og alt det praktiske man skal. Hun har også i kortere perioder haft misbrug med alkohol og stoffer. Og det sidder i hende som en angst i dag [at det skal ske igen]. Og det var hun rigtigt bange for nu, hvor hun er blevet mor. Så hun var bange omkring 1-årsalderen – hvor vi begynder at kigge fremad. Det var svært for hende. Og havde vi ikke haft MTB, tror jeg nemt, hun kunne have endt i samme situation igen."

Den tillid, som MTB-teamet over tid etablerer og genetablerer i deres mange møder med familierne, bliver et fundament for øvbane og etablering af bæredygtige mestingsstrategier som beskrevet tidligere. Samtidig er det en tillid, der kan distribueres til øvrige aktører, så forældrene kan få tilpasset støtte fra de øvrige aktører. I citatet ovenfor vedrører det samarbejdet med jobcentret. Her hjælper familiebehandleren mor med at sætte ord på hendes ønsker, hendes ressourcer og de hensyn, der er vigtige at have in mente. Det giver sagsbehandleren på jobcentret bedre forudsætninger for at matche mor til et forberedende eller opkvalificerende tilbud, uddannelse eller job, og til at tage hensyn til hende, fx i forhold til, hvor mange timer det er realistisk at fremmøde.

I MTB er samarbejdet med jobcentre funderet på følgende principper: For det første: Hvis forælderen ønsker familiebehandlers hjælp pga. oplevelser af angst, afmagt eller barrierer i forhold til at udtrykke ønsker og begrænsninger, kan man støtte forældre her. For det andet: Som familiebehandler er man af princip ikke modstander af

jobsagsbehandler, men forsøger at hjælpe forælderen med at viderebringe relevant og nuanceret viden om denne, så sagsbehandleren får et bedre vidensgrundlag at vurdere ud fra. På denne vis aktiveres en tro på og tillid til, at også jobcentret ønsker at hjælpe mor. Og fordi mor i eksemplet ovenfor støttes, kan hun håndtere og mestre sit hverdagsliv på en måde, der både er hensigtsmæssig for hende selv og i forældreskabet.

Flere af de interviewede fagpersoner kan berette om, at det forhold, at relationen mellem familier og MTB-team etableres og genetableres over lang tid, muliggør at mange af de udsatte forældre får en ny tro på, at 'systemet' er der for at hjælpe dem, og at det ikke er farligt at række ud. Det kan fx være i forhold til hjælp til aflastning som nødvendige pauser for at være en god nok forælder. Og at familierne oplever teamets støtte til at håndtere disse udfordringer som væsentligt.

Anden gang er lykkens gang – en casebeskrivelse

For at illustrere de ovenfor anførte temaer i kontekst, vil vi i det følgende beskrive en udvalgt case som et eksempel på, hvordan MTB-indsatsen konkret udmøntes i Danmark.

Om baggrunden for, at denne familie tilbydes MTB fortæller myndigheden: *"Mor har haft en svær fødselsdepression ved første barn (hvorfor de aldrig fik en sund tilknytning, og barnet blev frivilligt anbragt i en plejefamilie i en midlertidig periode). Vi får en henvendelse fra familieambulatoriet, da vurderingen er, at der er udtalt støttebehov, dels på grund af historien fra første barn, og fordi mor har ADHD og depressioner. Far har også depressioner. Begge har også et udtalt behov for ro og for søvn"*



De kommende forældre tilbydes en indledende samtale med MTB-teamet. Her er faren tydelig på, at de skal have hjælp denne gang, da han ikke kan gå det samme igennem én gang til, og familien takker ja til tilbuddet om en MTB-indsats. Mor er ved interventions-start gravid i uge 29, begge de vordende forældre er sidst i 20'erne.

MTB-teamet har i begyndelsen nogle fælles besøg, hvor de bl.a. kortlægger familiens historie, og laver et graviditetsinterview for at få indblik i henholdsvis familiens egen baggrund og familiens måder at relatere til det ufødte barn.

Igennem de første måneder lærer de familien at kende: Udover at få flere ord på fødselsdepressionen og den efterfølgende anbringelse af første barn, erfarer MTB-teamet, at forældrene har et meget spinkelt netværk, at mor ikke er i arbejde ved opstart³ samt at far er under uddannelse. Videre kommer det frem, at mor har en opvækst præget af omsorgssvigt og traumer, hvor hun selv har været anbragt i en periode. Far fortæller, at han ved første barn oplevede, at han havde svært ved at trøste barnet, og at det skubbede til hans temperament. Mor kan fortælle, at hun er meget angst for at mislykkes med sit kommende barn: "Kan jeg slet ikke det her? Og får jeg en fødselsdepression igen?". Samtidigt ser MTB-teamet nogle gode ressourcer hos forældrene, herunder virker de kognitivt velfungerende og relativt gode til at fortælle om og reflektere over deres udfordringer.

Op til fødslen laver sundhedsplejersken i MTB-teamet i samspil med mor en plan for

fødslen, og går med hende til jordemoder. Som hun forklarer: "*Det var vældig godt, at de fik en fornemmelse af mere kontrol, at de vidste mere om hvad de gik ind til, og hvad man skal bagefter. Vi talte også om den første tid [efter fødslen], og hvordan vi kunne hjælpe dem med kontaktdelen [mellem forældre og barn]. Så vi snakker med dem, arbejder med deres frygt, og fortæller også om, hvad er det normale – hvad kan man forvente, når man får et barn. At kærlighed og tilknytning kan komme lidt efterhånden. Og vi rådgiver, sådan at de selv får lavet en arbejdsdeling i forhold til at få sovet begge to, at de kan skiftes til at være vågne.*"

Ligesom det er gjort rede for i forrige afsnit, er det også i denne familie helt centralt for MTB-teamets arbejde, at de får etableret et tillidsfuldt og trygt samarbejde allerede under graviditeten.

Da barnet er kommet til verden, besøger MTB-teamet familien et par gange om ugen for at hjælpe dem i gang. Sundhedsplejersken, der særligt er på i begyndelsen, fortæller at de kunne se at "*mor kunne faktisk godt tingene. Vi var der jo i samspillet og kunne sætte ord på, hvad vi så, og de ord, de spejler jo, at hun kan, og det styrker hendes tro på det – hendes tillid til sig selv er så lille. Men at fortælle højt, at hun klarer det fint, at hun hører det, og at far også hører det og kan se det. Vi forstærkede det, vi kunne se var godt. Og mor fortæller os, at hun mærker en stor forskel i forhold til det første barn. Og vi understøttede også far, så han kan tage over, når han skal, og også at han ikke skal*

³ Kvantitative data fra VIVE viser at 74% af alle mødre er ved indskrivningstidspunktet uden fast tilknytning til arbejdsmarkedet.



tage over bare sådan, fordi hun kan godt."

I den efterfølgende tid ser MTB-teamet et barn, der er i trivsel, og som udvikler sig som han skal. Drengen når sine motoriske milepæle og har en god kontakt til begge forældre, og teamet ser forældrene samarbejde godt om at tage vare på sønnen.

Teamet fortæller, at far kommer igennem nogle depressive perioder i løbet af de første 15 måneder MTB-teamet er der. I den sammenhæng får de i samarbejde med psykiatrien hjulpet ham til den relevante medicinske behandling, samt det mere lavpraktiske i forhold til, 'hvad kan han klare, hvordan kan mor klare det, og hvor meget skal far sove.' På denne vis understøtter teamet familien i at få indarbejdet nogle mestringsstrategier, så forældrene sammen lærer at håndtere faderens depressive perioder hensigtsmæssigt.

Sundhedsplejersken og familiebehandleren arbejder igennem hele forløbet bevidst med en mentaliserende og reflekterende tilgang, hvor de fx er undersøgende i forhold til, hvordan forælderen tænker om barnets forskellige typer af gråd, barnets søgen efter mor, og forælders respons herpå. Ved at forstå og reflektere over forælders måder at handle og tænke på, kan de med forældrene stille sig et undrende sted, hvor de sammen med familien får reflekteret over baggrunde for deres valg og hvilke effekter disse har for barnets trivsel. Igennem barnets første to leveår oplever forældrene en tiltagende sikkerhed og fornemmelse af at mestre familielivet.

Hvordan forklarer fagprofessionelle noget af den positive udvikling, de ser i den her case? Som nævnt i forrige afsnit er et væsentligt element tidshorizonten

for indsatsen. MTB-teamet forklarer, at det gør, at *"vi bedre kan følge familiens udfordringer over tid og i forhold til forskellige aldre [på barnet]. Familien får mere tillid til egne kræfter – der er en bedre mulighed for det, fordi der er flere omgange af læring. Det bliver muligt at støtte den her erfaring af at: 'Ja vi kan godt, det var lidt ligesom dengang, men måske på en lidt anden måde'"*.

Teamet fortæller, at de f.eks. har fokus på at understøtte forældrenes samarbejde med barnets daginstitution, da de indledningsvist har svært ved at kommunikere med personalet i institutionen. Under sønnens opstart i vuggestuen, da han er omkring 8 måneder gammel, blev drengen nogle gange 'ringet hjem', hvis der var sygdom blandt personalet. Perspektivet fra institutionens side var, at disse forældre jo alligevel gik hjemme. Her var det vigtigt for teamet at hjælpe forældrene til at få kommunikeret til institutionen, at de *"har brug for et pusterum for at være gode forældre, og det fik vi sagt i fællesskab med forældrene"*, som familiebehandleren formulerer det. Sundhedsplejersken fortæller supplerende, at hun var spændt på perioden omkring barnets 1-års alder, hvor han ville blive mere selvstændig; *"Hvad sker der her? Mor er jo lidt firkantet og far ligeså. Men vi har set, at de godt kan. Jeg havde tænkt: 'Kan de overføre det de har lært?' Og det kan de godt. Altså blive bedre til at se barnet og at være undersøgende og støttende i forhold til barnets signaler."*

En tilbagevendende udfordring for familien har ifølge teamet været et *"meget dysfunktionelt forhold til mors mor. Mormor vil gerne bestemme, hvad og hvordan de skal gøre. Hun nedgør dem*



og diskvalificerer dem som forældre. Hun laver en underretning på dem. Det arbejder vi meget med, hvordan mor kan skærme sig fra mormor? Hvordan kan hun finde sig selv og sætte sunde grænser? Det blev bedre i takt med, at hun fik mere tillid til sig selv som mor, og hun kunne bedre sige fra og finde grænser."

MTB-teamet fortæller, at de undervejs har undret sig over, at mor ikke bryder kontakten helt til sin mor, fordi de oplever at kontakten til moderen er nedbrydende for hendes funktionsevne og tillid til sig selv – også som mor. Men igen – fokusset på at fastholde deres mentalisering af forældrene, hjulpet af kontinuerlig sparring om sagen med hinanden, har de været i stand til at tage *"noget af frustrationen og irritationen væk, når man støder på adfærd [der synes uproductiv]: Vi kunne ikke se, hvorfor hun skulle gå tilbage til mormor, når vi så hvilken skade hun gjorde. Og vi opdager, at det mor kan se, det er jo at [mors første barn, som i mellemtiden er kommet hjem samtidig med aflastning i plejefamilien] får meget ud af at være sammen med mormor. Så mor er faktisk blevet i stand til at tage barnets perspektiv."*

I perioden efter institutionsstart har MTB-teamet bl.a. arbejdet med at støtte mor i forhold til hendes kontakt til jobcentret. Familiebehandleren fortæller: *"jeg synes virkelig, at jeg har haft en god oplevelse af et samarbejde med dem. Jeg synes, de er meget lydhøre, og meget interesserede i at lave realistiske planer – finde ud af, hvad kan de her forældre?"* MTB-teamet for talte med mor om, at det er vigtigt for sagsbehandleren på jobcentret, at vi får fortalt, hvad du har brug for, hvis

sagsbehandleren skal hjælpe. Den her mor har tidligere (som mange andre i MTB) haft angst for jobcentret. Men nu er det en plan, at hun skal begynde meget stille og roligt i noget, der tilgodeser hendes vanskeligheder (bl.a. lavt selvværd kombineret med ADHD). Sagsbehandleren lærer på den her måde, hvor skoen trykker for mor: *"Nu er der et godt samspil, og mor siger ikke ja til ting, hun slet ikke kan overskue, som hun gjorde tidligere."* Desuden er planen for mor, at der skal være overskud til at være en god mor fortsat, at hun skal tilbage på medicin for ADHD, finde sin dosis, og hvordan hun kan fungere. Og det er jobcentret med på; *"én ting ad gangen. Det er et stort pres for mor at skulle tænke på nye ting og nærvær og koncentration er en udfordring."*

Sammenfatning og diskussion

Artiklen har undersøgt, hvordan fagprofessionelle praktiserer og oplever MTB, og hvilken forskel MTB gør fra deres perspektiv i forhold til deres gængse praksis i udsatte familier. I den tematiske analyse er der fremkommet fem temaer, som afspejler de fagprofessionelle oplevelse af nøgleprincipperne for MTB, herunder hvordan det at arbejde med programmet adskiller sig fra deres gængse praksis. Disse fem temaer, som fremhæver det særlige ved MTB er:

- At indsatsen begynder i graviditeten
- At tillid og tryghed i samarbejdet styrkes gennem en mentaliserende tilgang
- At MTB er tværfagligt konstitueret og praktiseret igennem et makkerskab mellem en sundhedsplejersker og en familiebehandler

- At MTB-indsatsens tidsperspektiv giver gode muligheder for at arbejde med mestringsstrategier og mentalisering hos forældrene
- At teamet også agerer som casemanager ved at hjælpe forældrene med at navigere i hjælpesystemer.

Med udgangspunkt i disse fem temaer, kan det konkluderes, at MTB-indsatsen ifølge de involverede fagpersoners beskrivelse på afgørende punkter adskiller sig fra gængs praksis. Selvom der eksplicit er spurgt ind til kritiske forhold ved metoden, har informanterne helt overvejende udtrykt begejstring for de muligheder MTB-metoden giver dem for at arbejde tæt sammen i tværfagligt team, i en indsats som har et langvarigt tidsperspektiv. Både de involverede sundhedsplejersker og familiebehandlere, såvel som de myndighedsrådgivere der har henvist til og samarbejdet med teamene omkring de indskrevne familier, beskriver hvordan dette giver dem mulighed for at arbejde med en relationel tilgang, hvor det at etablere et tillidsfuldt samarbejde med familierne muliggøres i en anden udstrækning end de er vant til. Samtidigt giver formatet mulighed for, at der arbejdes med familiernes grundlæggende mestringsstrategier, igennem

gentagelser over tid, og fagpersonerne oplever mulighed for at slå følgeskab med familien gennem de udfordringer, som de oplever i deres familiedannelsesproces.

Når ønsket er at fremme tryk tilknytning hos børn af forældre, der ikke selv har fået dette med fra deres opvækst og som oftest er præget af epistemisk mistillid, illustrerer undersøgelsen, at behandlingen bør være langvarig og gerne leveres af et gennemgående tværfaglige team. Kommunernes tilrettelæggelse af indsatser kan derfor med fordel indtænke, at læring og forandring hos denne målgruppe sker igennem det relationelle arbejde med et velkendt team af behandlere, som vedvarende formår at møde forældrene mentaliserende - i krisetider som i mere rolige perioder.

Artiklen viser, hvordan MTB i praksis udfolder en mentaliseringsbaseret tilgang i arbejdet med sårbare gravide og deres partnere og angiver en behandlingsstruktur, der formår at tilgodese denne gruppes særlige vanskeligheder ved at tage imod ny læring, og lader, med udgangspunkt i de fagprofessionelle aktørers beskrivelse, i høj grad til at have noget nyt at tilbyde dansk praksis på området.

Litteratur

Booisen, M. W. (2010): Grounded Theory. I: Kvalitative Metoder. En grundbog, red: Brinkmann & Tanggaard. Hans Reitzels Forlag, København.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London, Sage

Czarniawska, B. (2008). "Organizing: how to study it and how to write about it." *Qualitative Research in Organizations and Management* 3(1).

Condon, Torbor et al. 2021: Maternal Experiences of Racial Discrimination, Child Indicators of Toxic Stress, and the Minding the Baby Early Home Visiting Intervention. *Nurs. Res.* January, vol 70, 5.

Daníelsdóttir, S. & Ingudóttir, J. et al. 2022: Barnets første 1000 dager i Norden. Anbefalinger. Nordisk Ministerråd.

Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. et al. 2017: What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *border personal disord emot dysregul* 4, 9.

Flyvbjerg, B. (2006). "Five Misunderstandings About Case-Study Research." *Qualitative Inquiry* 12(2): 219-245.

Greve, M. 2016: "Developmental Evaluation" som Vidensbaseret Forretningsudvikling. Baggrundspapir fra Oplæg på DES-årskonferencen 9. september 2016. Defactum.

Jacobsen, R., Søndergaard Pedersen et. al. 2018. Slutevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i Tidlig Indsats og Livslang Effekt. For Socialstyrelsen. VIVE og Oxford Research.

Järvinen & Mik-Meyer 2005: Kvalitative Metoder i et Interaktionistisk perspektiv. Hans Reitzels Forlag, København.

Kapferer, B. (2005). "Situations, Crisis, and the Anthropology of the Concrete - The Contribution of Max Gluckman." *Social Analysis* 49(3): 85-122.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social*. Oxford, Oxford University Press.

Luyten, P., Campbell, et. al. (2020): The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, January 29, 2020

Ordway, Sadler et al. (2014). Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: preliminary follow-up results of a randomized trial. *J. Pediatr Nurs.* Vol 29, 1.

Rayce, Hansen, Mikelsen et al. 2021: SPOR – Børn udvikling og trivsel gennem livet. VIVE.

SFI 2017. NEWS BRIEF. Uklarhed om effekten af universelle forældreforløb.

Sadler, L., Slade, A. & Mayes, L. 2011: Minding the Baby: Et mentaliseringsbaseret forløb for forældre. I *Neuroaffektiv Psykoterapi med Børn*. Susan Hart (red.). Hans Retizels Forlag.

Sharp, C, Shohet, C, Givon, D, Penner, F, Marais, L, Fonagy, P. 2020: Learning to mentalize: A mediational approach for caregivers and therapists. *Clin Psychol Sci Pract.* 2020; 27

Slade. A. & Sadler, L. 2013: *Minding the Baby: Complex trauma & home visiting.* *International Journal of Birth and Parent Education.* Issue 1, 2013.

Slade A., Sadler, L. et al. 2018: MTB Danmark. Forkortet behandlingsmanual. Dansk Indsats- og undervisningsvejledning. Baseret på femte udgave. Metodecentret.

Slade A., Sadler L. et al. 2016: Minding the Baby. The Impact of Threat on the mother-baby and mother-clinician relationship. In: Attachment across clinical and cultural perspectives, eds. Gojman-de-Milan, Herreman, Scroufe. Routledge.

Slade, A. 2005: Parental reflective function. An introduction. *Attachment and Human Development.* 7 (3).

Sundhedsstyrelsen 2017: Tidlig Indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 2022: De første 1000 dage. En evaluering af særligt tilrettelagte indsatser de første 1000 dage til familier i udsatte positioner i 21 kommuner.

Tanggaard & Brinkmann 2010: Interviewet - Samtalen som forskningsmetode. I *Kvalitative Metoder – en Grundbog*, Tanggaard & Brinkmann (red.). Hans Reitzel, København.

Tobon, Condon et al. 2020: School age effects of minding the baby – an attachment based home-visiting intervention – on parenting and child behaviors. *Development and Psychopathology, E Pub, September 10: 1 – 13.*

Warren, C. A. B. (2002). Qualitative Interviewing. *Handbook of Interview Research. Context & Method.* J. F. Gubrium & J. A. Holstein. London, Sage.

Bilag – supplerende metodebeskrivelse

Før besøget i kommunerne er interviewpersoner informeret om undersøgelsens formål, om hvorfor sager giver bedst mulig forståelse, og om, at alle fagprofessionelle såvel som familier fremstilles anonymt. Derfor navngives hverken kommuner, fagprofessionelle eller mødre, fædre eller børn i denne undersøgelse. Kommunerne er på den baggrund blevet bedt om at udvælge to familier til sagsgennemgangen - familier der enten er færdige eller næsten færdige med MTB.

Interviews er foretaget med henholdsvis fagprofessionelle MTB-teams med borgerkontakt (sundhedsplejersker og familiebehandler) sammen med deres kommunale supervisorer på MTB-sager og rådgivere fra myndighed i fem kommuner. I tre af kommunerne deltog myndighed og udfører i samme fokusgruppeinterview, hvor det i de to øvrige var opdelt, så MTB-teams og supervisorer udgjorde et selvstændigt fokusgruppeinterview og interviewet med myndighedsrådgivere ligeledes selvstændigt. Samlet set er følgende fagprofessionelle repræsenteret i fokusgrupperne i kommunerne: Der er blevet foretaget interview med 6 familiebehandler/familiekonsulenter, 6 sundhedsplejersker, 6 familierådgivere med myndighedsrolle og 6 kommunale MTB-supervisorer. På familiebehandler/familiekonsulentsiden har de professionelle i gennemsnit mere end 15 års erfaring i arbejdet med udsatte familier; for sundhedsplejersker er der tale om gennemsnitligt 16 års erfaring, og på myndighedsområdet om 11 års erfaring i gennemsnit. Lokalt trænedede og udpegede MTB-supervisorer har i gennemsnit 14 års erfaring i feltet.

Denne undersøgelse og artikel er udfærdiget af Metodecentret og Refleksivt Forum, der også har samarbejdet omkring implementeringen af MTB i Danmark. Meget forskningslitteratur ang. kvalitativ metode argumenterer for, at fagligt og empirisk kendskab til praksis er afgørende for at generere brugbare data (Charmaz 2006, Czarniawska 2008, Greve 2016). Ud fra et rationale om at man, hvis man skal forstå hvad der er virksomt, ikke skal abstrahere væk fra fænomenet (fx mod struktur eller diskurs) for at forklare det, men i stedet – i det her tilfælde - følge hvordan professionelle vurderinger foretages i praksis (Latour 2005). Det er således undersøgelsens udgangspunkt, at det faglige og empiriske kendskab har været en nødvendig forudsætning for at kunne stille de relevante spørgsmål til undersøgelsens informanter.