

[illegible]

Titelblad

Titel: Evidensbaseret vidensgrundlag for svangreomsorgstilbud målrettet sårbare gravide – et systematisk review.

Projektgruppe: Johanne Frøsig Pedersen, Sarah Boutrup Kallesøe & Sofie Langergaard.

Vejleder: Charlotte Overgaard.

Anslag med mellemrum: 284.115

Afleveringsdato: 6. juni 2019.

Projekt: Speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab

Institution: School of Medicine & Health, Aalborg Universitet.

Citering af speciale: Kallesøe, S. B., Langergaard, S., Pedersen, J. F., 2019. *Evidensbaseret vidensgrundlag for svangreomsorgstilbud målrettet sårbare gravide – et systematisk review.*

Aalborg: School of Medicine and Health, Aalborg Universitet.

Specialet må frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden februar 2019 til juni 2019 på 4. semester af kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet af Johanne Frøsig Pedersen, Sarah Boutrup Kallesøe og Sofie Langergaard.

I den forbindelse vil vi gerne takke flere, der har vejledt, hjulpet og støttet undervejs.

Først og fremmest en stor tak til vores vejleder Charlotte Overgaard, der gennem grundig og yderst konstruktiv vejledning har bidraget til, at specialeperioden blev en god og særdeles lærerig oplevelse trods travlhed og en høj læringskurve.

Tak til bibliotekar/cand.scient.bibl. Mette Buje Grundsøe, der specifikt har vejledt under udformningen af den systematiske litteratursøgning til specialets systematiske review. Og til informationsspecialist og bibliotekar Jette Thise Pedersen for at gøre plads til en spontan vejledning i referencesystemer.

Derudover skylder vi en meget stor tak til vores familier, der har støttet og givet os tid og plads til at leve os fuldt ind i specialet.

Johanne, Sarah & Sofie

Resumé

Titel: Evidensbaseret vidensgrundlag for svangreomsorgstilbud målrettet sårbare gravide – et systematisk review.

Baggrund: I en national og international kontekst forekommer der social ulighed i sundhed inden for svangreomsorgen. Forekomsten af perinatal morbiditet og mortalitet er højere blandt sårbare gravide. I den danske svangreomsorg differentieres gravide kvinder i fire niveauer, der skal adressere indsatser med sigtet om at forebygge den perinatale morbiditet og mortalitet samt at ruste de kommende forældre til at mestre forældreskabet. Gruppen af sårbare gravide, der er differentieret til niveau tre, er en ganske heterogen gruppe. Hidtil er der ikke foretaget en systematisk kortlægning af evidensen for, hvilke tilbud, der har effekt for sårbare gravide differentieret til niveau tre.

Formål: At bidrage med et vidensgrundlag, der kan styrke anbefalingerne til svangreomsorgen målrettet gruppen af sårbare gravide differentieret til svangreomsorgens niveau tre. Specialet positionerer sig inden for de De Groot et al.'s (2016) nuancerede sårbarhedsbegreb. Derudover tages der højde for eventuelle negative utilsigtede konsekvenser.

Metode: Der er udført et systematisk review, som tager afsæt i den metodiske tilgang foreskrevet i Cochrane Handbook. Der søges i Cochrane Library, PubMed, Embase, Cinahl, PsycInfo, ProQuest og Scopus. Der er søgt efter eksperimentelle studier, observationelle effektevalueringer med en kontrol eller sammenligningsgruppe og kvalitative studier af indsatser eller kvalitative evalueringer af indsatser. Der blev kortlagt evidens for interventioner omhandlende præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelse.

Resultater: Det systematiske review inkluderer 12 interventionsstudier, der bidrager med evidens om effektspørgsmål samt seks kvalitative studier, der bidrager med brugeroplevelser samt viden om negative utilsigtede konsekvenser ved svangreomsorgstilbud. Interventionerne er forskelligartede og omhandler hjemmebesøg, gruppemøder, telefonopkald, massage og et økonomisk supplement. Alle de inkluderede studier undergår en kritisk kvalitetsvurdering og vurdering af metodemæssig varierende kvalitet.

Konklusion: De inkluderede studier bidrager med viden om signifikant præventive effekter af svangreomsorgstilbud i forhold til perinatal morbiditet og mortalitet særligt inden for gruppen af sårbare gravide med psykiske og sociale sårbarheder. Dog er der behov for yderligere forskning til at adressere forskellige effektspørgsmål vedrørende svangreomsorgen.

Abstract

Title: Evidence-based foundation of knowledge for perinatal care services targeted vulnerable pregnant women – a systematic review.

Background: In the context of both national and international perinatal health, social inequalities exist. The prevalence of perinatal morbidity and mortality is higher among vulnerable pregnant women. Within the perinatal care in Denmark, vulnerable pregnant women are differentiated into four levels, which addresses interventions with the aim of preventing perinatal morbidity and mortality together with preparing the future parents to cope with parenthood. The group of vulnerable pregnant women, who is placed in the third level, is a group of women with various vulnerabilities and therefore a heterogeneous group. Until now, no systematic mapping of the evidence of effectiveness of interventions targeted this group of women, has been conducted.

Aim: The aim of this study is to contribute with an evidence-based foundation of knowledge about the effectiveness of preventive interventions targeted vulnerable pregnant women. This project is based in De Groot et al.'s (2016) multi-faceted concept of vulnerability. Furthermore, negative unintended consequences of perinatal care interventions are considered.

Method: A systematic review has been conducted. The methodology of the review is based on the approach of the Cochrane Handbook. The databases of Cochrane Library, PubMed, Embase, Cinahl, PsycInfo, ProQuest and Scopus have been searched. The search included experimental studies, observational evaluations of effect with an intervention and a control group and qualitative studies of interventions or qualitative evaluations of interventions. Lastly a mapping of the evidence regarding preterm birth, low birth weight and mother-child relations has been done.

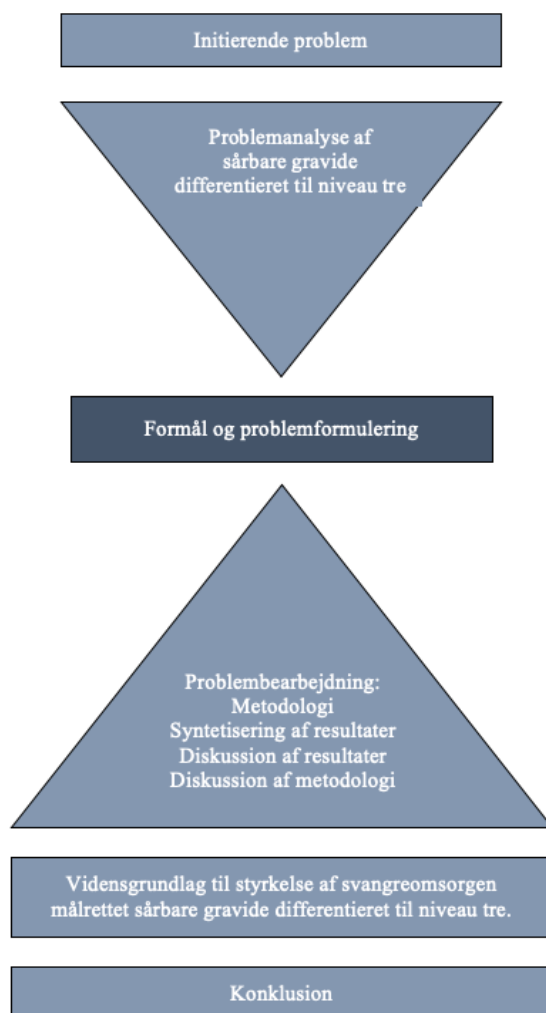
Results: This systematic review includes 12 intervention studies which contribute with evidence of effect and additionally six qualitative studies which contribute with user experiences and knowledge about negative unintended consequences related to perinatal care. The interventions varied and concerned home visits, group meetings, telephone calls, massage and a financial income supplement. The included studies have gone through a critical quality appraisal which led to an assessment of diverse quality of methodology.

Conclusion: The included studies contribute with knowledge about significant preventive effects of perinatal care regarding perinatal morbidity and mortality especially among vulnerable pregnant women with mental and social vulnerabilities. However, there is a need for further research according to address questions about effect concerning several circumstances within the perinatal care.

Læsevejledning til dette kandidatspeciale i Folkesundhedsvidenskab

Dette speciales opbygning tager afsæt i Aalborg-modellen. Modellen er udarbejdet af Aalborg Universitet ud fra princippet om problembaseret læring og skal sikre udvikling af kompetencer på tværs af vidensområder gennem teori, praksis og videnskab (Holgaard, Ryberg, Stegeager, Stentoft, & Thomassen, 2014).

Nedenstående figur illustrerer modellens opbygning og de elementer, den indeholder. Her ses det initierende problem som værende starten på specialet, hvor problemområdet identificeres. Dette analyseres i problemanalysen med det formål at identificere et overordnet problem, som kan føre til en problemformulering. I problembearbejdningen søges der gennem metodologi, syntese og diskussion, at besvare den opstillede problemformulering med det sigte at kunne udforme et vidensgrundlag på baggrund heraf, og afsluttende en konklusion på specialet.



Figur udarbejdet med inspiration fra Aalborg-modellen (Holgaard et al., 2014).

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	8
2. Problemanalyse.....	9
2.1 Hvad er sårbarhed?	9
2.2 Hvordan er svangreomsorgen organiseret og hvad medfører dette?	10
2.3 Sårbare gravide kvinder - en heterogen gruppe med individuelle behov	13
2.4 Hvad virker i et støttende tilbud til sårbare gravide?.....	14
2.4.1 Evidensgrundlaget for de eksisterende tilbud.....	18
2.5 Socio-økologiske determinanternes betydning for sårbare gravide	19
2.5.1 Social ulighed i svangreomsorgen	22
2.6 Tilpasning af svangreomsorgstilbud afhængig af den enkelte	23
2.7 Utilsigtede konsekvenser af svangreomsorgstilbuddet til sårbare gravide	25
2.8 Afgrænsning	27
2.9 Formål	27
3. Problemformulering	28
3.1 Evidensbaseret medicin	28
4 Metodologi	30
4.1 Specialets positionering.....	30
4.2 Videnskabsteoretisk position.....	31
4.3 Systematisk review	32
4.4 Inklusions- og eksklusionskriterier.....	33
4.5 Søgestrategi	35
4.5.1 PIO.....	36
4.5.2 Søgetermer.....	37
4.5.3 Databaser	38
4.5.4 Udvalgelse og kvalitetsvurdering af relevante studier.....	39
4.6 Dataekstraktion.....	41
4.7 Syntetiseringsstrategi.....	42
5.1 Oversigt over inkluderede studier.....	44
5.2 Matrice.....	46
5.3 Ligheder og forskelle ved studiernes metodiske tilgang	65
5.3.2 Non-randomiserede forsøg og kvasi-eksperimenter	68
5.3.3 Kvalitative studier	70
5.3.4 Opsamling af studiernes metodiske tilgang på tværs af outcomes	71
5.4 Sårbarheder hos deltagergrupperne	72
5.5 Ligheder og forskelle ved interventionerne og resultaterne heraf	77
5.6 Brugeroplevelsen og negative utilsigtede konsekvenser af interventioner.....	87

6 Diskussion af resultater	91
6.1 Et organisatorisk perspektiv	91
6.1.1 Svangreomsorgstilbuddets intensitet	91
6.1.2 Initiering af interventionen	95
6.1.3 Kvalificering af de sundhedsprofessionelle.....	96
6.2 Perspektiver på tilpasning.....	98
6.2.1 Fysiske sårbarheder	100
6.2.2 Psykiske sårbarheder	100
6.2.3 Sociale sårbarheder.....	101
6.2.4 Psykiske og sociale sårbarheder	102
6.2.5 Et kombineret svangreomsorgstilbud	102
7 Vidensgrundlag.....	105
8 Metodediskussion.....	109
8.1 Videnskabsteoretisk position og specialets positionering	109
8.2 Systematisk review	110
9 Konklusion	116
10 Referenceliste	118
11 Bilagsoversigt.....	123

1. Initierende problem

Der forekommer en social ulighed i svangreomsorgen i dansk, nordisk og international kontekst, hvor der til trods for et generelt fald i den perinatale dødelighed, ses en stigning hos gruppen af kvinder med psykiske, medicinske og sociale problemstillinger (Brot & Poulsen, 2013; Kramer, Séguin, Lydon, & Goulet, 2000). Tilstedeværelsen af disse problemstillinger kan skabe forskellige grader af sårbarhed hos den gravide (De Groot et al., 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Disse sårbarheder skaber vekslende behov for indsatser hos den enkelte gravide. Dog har de alle det til fælles, at sårbarhederne kan få betydning for barnets trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2018b).

Inden for svangreomsorgen i dansk kontekst differentieres de gravide kvinder i fire niveauer, hvor niveau tre omfatter kvinder, der skal tilbydes et udvidet svangreomsorgstilbud, hvori involvering af tværfaglige og tværsektorielle samarbejdspartnere er (Brot & Poulsen, 2013). Gravide, der vurderes til differentieringsniveau tre, adskiller sig fra de andre niveauer, da netop denne gruppe af gravide er en meget heterogen gruppe med stor variation i graden og antallet af sårbarheder sammenlignet med de gravide, der differentieres til niveau et, to og fire (Andersson et al., 2014; Brot & Poulsen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018b).

Grundet den store heterogenitet i gruppen af gravide, som differentieres til niveau tre, er det uklart hvilke indsatser, der skal tilbydes. Det kan eksempelvis ses i *Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017 - Tværgående evaluering* (2018b), hvor ti forskellige kommuner tilbyder ti vidt forskellige indsatser til sårbare gravide differentieret til niveau tre. Således er der stor variation i, hvilke tilbud de sårbare gravide tilbydes, hvilket ifølge Andersson, Utzon, Muff, Hagensen, Meldgaard & Guldager (2014) kan formodes at skyldes manglende systematik og evaluering af indsatserne. Dog tyder forskningslitteraturen på, at tilbuddene skal skræddersyes, da den enkelte gravide har individuelle behov (Downe, Finlayson, Walsh, & Lavender, 2009). I en folkesundhedsmæssig optik er det utilfredsstillende, at der er et mangelfuldt vidensgrundlag for, hvilke svangreomsorgstilbud der fungerer for sårbare gravide differentieret til niveau tre. Denne mangelfuldhed manifesterer sig i det nuværende udbud af tilbud til sårbare gravide på niveau tre, og ses i den usystematiske og varierende tilgang til svangreomsorgstilbuddene til netop denne gruppe.

2. Problemanalyse

I det følgende fremanalyseres en dybere forståelse af specialets problemstilling vedrørende svangreomsorgstilbud til sårbare gravide, der differentieres til niveau tre, med det formål at afsøge og klarlægge den viden, svangreomsorgen baseres på. Dette analyseres i forhold til teori og forskningslitteratur omhandlende sårbare gravide, for derved at identificere, hvad der forekommer betydningsfuldt i udformningen af nye anbefalinger til svangreomsorgstilbud målrettet sårbare gravide differentieret til niveau tre.

2.1 Hvad er sårbarhed?

Indledningsvist analyseres begrebet sårbarhed med henblik på at skabe en dybere forståelse og tydelig klarhed herom. I udformningen af anbefalinger til svangreomsorgstilbud til sårbare gravide differentieret til niveau tre er det nødvendigt med grundig viden om begrebet sårbarhed, hvordan det kommer til udtryk hos den gravide, og hvad det kan betyde for den enkelte, hvilket ligeledes er formålet med følgende afsnit.

Sårbarhed er en vanskelig størrelse at beskrive, og begrebet har rødder i mange forskellige discipliner såsom sociologi, antropologi, økonomi, miljøvidenskab og sundhed, hvor der hersker forskellige definitioner af sårbarhed (Grabovschi, Loignon, & Fortin, 2013). Selv indenfor tilbuddene i den danske svangreomsorg veksler definitionen og fordrer dermed en afklaring af sårbarhed som begreb (Jakobsen & Overgaard, 2018; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Dette gør sig også gældende inden for svangreomsorgens niveau tre (Brot & Poulsen, 2013). Med anvendelse af sårbarhed som begreb henvises ofte til bestemte samfundsgrupper, som kan befinde sig i svære livssituationer som følge af livsforandrende begivenheder, der kan være belastende (Purdy, 2004). En sådan livsforandrende begivenhed kunne være en kvindes graviditet. Svære livssituationer kan også forstås på et mere strukturelt plan, hvor eksempelvis fattigdom, arbejdsløshed og belastede boligområder kan være årsag til svære, belastende livssituationer (De Graaf, Steegers, & Bonsel, 2013; Feijen-De Jong et al., 2011; Kramer et al., 2000). Sårbare gravide befinder sig som målgruppe i et krydsfelt mellem en sundheds- og socialfaglig tilgang (Andersson et al., 2014). Sårbarhed kan anses som et psyko-social-kulturelt kontekstuel fænomen, hvilket kommer til udtryk ved den individuelle opfattelse af sig selv og sine udfordringer samt ressourcer til at modstå disse udfordringer. Denne individuelle opfattelse vil altid påvirkes af personlige værdier og realiteter (Spiers, 2000). Sårbarhed kan ifølge De Groot et al. (2016) i høj grad opfattes som en nøgledeterminant for udfaldet af sundhedsyndelser og er et dynamisk begreb, der afspejler individets modtagelighed for negative udfald, særligt sundhedsrelaterede, som følge af

tilstedeværelsen af personlige og miljømæssige risici. I en dansk kontekst lægger Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, VIVE, (2018), også op til en nuanceret forståelse af sårbarhed, hvor sårbarhed og handlekraft anses som sammenhængende faktorer. Behovet for at besidde handlekraft som modsvar på udfordringer i hverdagen stiger i takt med, hvor sårbar den enkelte er (Nielsen et al., 2018). Sårbarhed er altså ikke udelukkende en tilstand, som en person kan befinde sig i, men også et resultat af de handlemuligheder og ressourcer, den gravide besidder for at kunne klare samt modstå de udfordringer og forandringer, som en graviditet kan medføre.

2.2 Hvordan er svangreomsorgen organiseret og hvad medfører dette?

Med afsæt i analysen af, hvordan sårbarhed kan påvirke og belaste den enkelte gravide, vil der i det følgende afsnit ses nærmere på tilgangen til sårbare gravide differentieret til niveau tre, med det formål at skabe et overblik over strukturen og organiseringen af den nuværende danske svangreomsorg. Herunder en afklaring af, hvilke sektorer og aktører, der er deltagende og hvorledes disse samarbejder. Svangreomsorgen kan inddeles i forskellige faser, og består af sundhedsvæsenets indsats under graviditeten, under fødslen og i tiden efter fødslen (Brot & Poulsen, 2013). I svangreforløbet impliceres mange aktører, hvor den praktiserende læge og jordmoderen er de primære. Sammen har de ansvaret for at sikre kontinuitet og sammenhæng, særligt når svangreforløbet kræver inddragelse af øvrige specialister og andre tværfaglige samarbejdspartnere (Brot & Poulsen, 2013). Sårbare gravide kvinder har høj prioritet som emne i klinisk forskning og vægtes højt i kliniske guidelines både internationalt og nationalt. På internationalt plan ses lande som England og Australien at være langt fremme på svangreomsorgsområdet. I 2010 udgav National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en række anbefalinger for svangreomsorgsområdet til anvendelse i England og internationalt (NICE, 2010). På samme vis har Australien udgivet lignende anbefalinger for området (AustralianGovernmentDepartmentofHealth, 2018). På nationalt plan udgav Sundhedsstyrelsen i 2013 anden udgave af de nationale *Anbefalinger til svangreomsorgen*. De danske anbefalinger adskiller sig fra de internationale anbefalinger ved at differentiere de gravide kvinder til fire niveauer på baggrund af en vurdering af deres grad af sårbarhed (forskellene landene imellem udfoldes yderligere i afsnit 2.3). Ud fra denne differentiering er intentionen, at den gravide tilbydes et svangreomsorgstilbud, der er passende til hendes differentieringsniveau og dermed sårbarhed. Nedenfor ses inddelingen af sårbare gravide i den danske svangreomsorg (figur 2.1). Modellen tager afsæt i Sundhedsstyrelsens differentiering af sårbare gravide fra niveau et til fire. De sårbare gravide differentieret til niveau et vurderes uden øget risiko og modtager det basale tilbud med graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje. I niveau to modtager den gravide et udvidet tilbud relateret til eksempelvis rygning eller

overvægt. Dette er tilbud som tilpasses kvindens individuelle behov, hvor de involverede faggrupper arbejder indenfor svangreomsorgen og kan vedrøre eksempelvis tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb. Niveau tre består af udvidede tilbud med tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og uddybes yderligere i det følgende. De sårbare gravide som differentieres til niveau fire har særligt komplicerede problemstillinger og tilknyttes tilbud, som samarbejder med specialiserede institutioner som eksempelvis familieambulatorium (Brot & Poulsen, 2013).



Figur 2.1: Svangreomsorgens niveauinddeling af gravide kvinder med fokus på niveau tre og de dertilhørende sårbarheder.

De sårbare gravide, som differentieres til niveau tre, opleves af flere årsager som en kompleks gruppe for svangreomsorgen. Dette blandt andet fordi denne gruppe af sårbare gravide har behov for et udvidet tilbud og støtte, samt fordi disse sårbare gravides behov ligger i en gråzone mellem de kommunale og regionale sundhedstilbud. Den tidlige opsporing af sårbare gravide foregår kontinuerligt i de almene tilbud hos de praktiserende læger og de jordemødre, som er ansat i regionalt regi (Andersson et al.,

2014). For at samarbejdspartnere, eksempelvis sundhedsplejerskerne, i kommunalt regi bliver bekendte med de sårbare gravide, er det en forudsætning, at der er en struktureret procedure for henvisning fra regionalt til kommunalt regi (Andersson et al., 2014). Er denne forudsætning ikke til stede, kan det således svække arbejdet med den tidlige initiering af indsatserne for den sårbare gravide. Det vil sige, at det tværsektorielle samarbejde spiller en afgørende rolle i arbejdet med sårbare gravide kvinder.

Sårbarhederne, der kendetegner gravide differentieret til niveau tre, kan overordnet inddeles i fire kategorier (se i øvrigt figur 2.1): *fysiske*, *psykiske*, *sociale* samt *andre sårbarheder* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). De *fysiske sårbarheder* er sygdomme som diabetes, fibromyalgi og aspekter som overvægt, rygning og rygproblemer. De *psykiske sårbarheder* er tilstande som angst, depression, spiseforstyrrelse, traumer og ADHD. Et sparsomt netværk, konfliktfyldte forhold, dårlige tilknytningserfaringer fra egen opvækst, mental umodenhed, alder og manglende job og uddannelse er sårbarheder som placeres under de *sociale sårbarheder*. Sårbarheder som manglende følelse for eller engagement i graviditeten, tidligere aborter, mistede børn og skiftende partnere hører under *andre sårbarheder* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Diversiteten i sårbarhederne stiller store krav til de fagprofessionelle, der er i kontakt med de sårbare gravide og i særdeleshed til de svangreomsorgstilbud, der eksisterer til gruppen af sårbare gravide (Brot & Poulsen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Den praktiserende læge og jordemoderen har ansvaret for at opspore den sårbare gravide og vurdere, hvilket niveau hun tilhører, og dermed hvilket behov for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde der foreligger. Opsporingen er altså nødvendig for at afklare, hvilke problemstillinger der er behov for at støtte op om eller afhjælpe (Andersson et al., 2014; Downe et al., 2009). Med ansvaret for vurdering af den gravides sårbarhedsniveau hører også et ansvar for tilrettelæggelsen af indsatsen for den enkelte sårbare gravide. Dette kan ses både ud fra et administrativt planlægningsperspektiv, men indeholder også et ansvar for at varetage og tilpasse svangreomsorgstilbuddet til den enkelte sårbare gravide på niveau tre, ved at individualisere tilbuddet efter kvindens behov (Andersson et al., 2014; Brot & Poulsen, 2013).

Gravide kvinder, der differentieres til niveau tre, vil ofte have behov for involvering af andre faggrupper udover den praktiserende læge og jordemoder, og kan derfor tilbydes et hjemmebesøg af sundhedsplejersken inden fødslen. Dette er en del af det udvidede tilbud, idet sundhedsplejersken i det almene tilbud først inddrages efter fødslen. Hos sårbare gravide med risiko for obstetriske komplikationer inddrages Obstetrisk Afdeling og dertilhørende speciallæge (Brot & Poulsen, 2013). Desuden lægges der op til at svangreomsorgstilbuddene til sårbare gravide differentieret til niveau tre, forankres i sygehusvæsenets regi, og det anbefales, at der tilkobles en sundhedsfaglig kontaktperson, som oftest er jordemoderen (Brot & Poulsen, 2013). De udvidede svangreomsorgstilbud har til formål

at arbejde specifikt med at forebygge risikoen for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet¹ samt at ruste de kommende forældre til at mestre forældreskabet (Brot & Poulsen, 2013; Danske Regioner, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Det perinatale indbefatter alt, der vedrører barnet omkring fødselstidspunktet og den tidlige postpartum periode og strækker sig over en periode startende ved graviditetsuge 22 til 4 uger efter fødsel (WHO, 2009). Det materielle omhandler alt, der vedrører moren, i denne sammenhæng relateret til graviditet, fødsel og den tidlige postpartum periode (WHO, 2009).

2.3 Sårbare gravide kvinder - en heterogen gruppe med individuelle behov

Ud fra ovenstående afklaring af strukturen og organiseringen af svangreomsorgen fremkommer der at være stor diversitet i sårbarhederne tilhørende de gravide differentieret til niveau tre, hvorfor disse danner en særligt heterogen gruppe sammenlignet med kvinderne i de andre niveauer i svangreomsorgens niveauinddeling. I det følgende ses der derfor nærmere på, hvilken betydning denne diversitet har for udformningen af svangreomsorgstilbud målrettet denne gruppe.

Definitionen af sårbare gravide varierer lande og indsatser imellem (Jakobsen & Overgaard, 2018), men overordnet indbefattes kvinder, som på samme tid oplever psykopatologiske, psykosociale problemer eller misbrug samtidig med at de lider afsavn af forskellig art (De Groot et al., 2016). Dette kan eksempelvis være unge mødre, kvinder påvirket af mentale problemer, kvinder med en problematisk social baggrund, kvinder udsat for fysisk eller seksuelt misbrug eller vold samt kvinder med misbrug (Jakobsen & Overgaard, 2018). Sundhedsstyrelsen peger selv på, i *Anbefalinger til svangreomsorgen* (2013), at gruppen af sårbare gravide i Danmark er en ganske heterogen gruppe, hvilket også forekommer at være tilfældet i forskningslitteraturen. Dog ses der forskelle i, hvordan de sårbare gravide tilgås på tværs af lande. I figur 2.1 ses den danske differentiering, som i høj grad tager udgangspunkt i, hvilke samarbejdspartnere og instanser, der involveres. Denne differentiering og karakteristik af de sårbare gravide er unik for Danmark sammenlignet med andre lande. Australien anvender, ligesom England, anbefalinger for svangreomsorgen, hvor der ikke forekommer nogen differentiering eller niveauinddeling af de sårbarheder, den gravide kan have. I stedet tages der afsæt i hver enkelt opsporet sårbarhed, hvorudfra der foreligger en konkret anbefaling til hvert tilfælde. Mange af disse sårbarheder stemmer dog overens med dem, der ses i de danske anbefalinger (AustralianGovernmentDepartmentofHealth, 2018; Brot & Poulsen, 2013; NICE, 2010). Denne forskel i svangreomsorgens tilgang til sårbare gravide på tværs af lande, der er sammenlignelige på

¹ I dette speciale anvendes morbiditet og mortalitet i stedet for sygelighed og dødelighed.

mange parametre, kan have betydning for måden, hvorpå den gravide og hendes sårbarheder tilgås. Desuden er det utydeligt, hvilken evidens de danske *Anbefalinger til svangreomsorgen* (2013) er funderet i, sammenlignet med de australske og engelske anbefalinger. Derudover bliver disse landes anbefalinger løbende opdateret ud fra den nyeste forskning om sårbare gravide (AustralianGovernmentDepartmentofHealth, 2018; Brot & Poulsen, 2013; NICE, 2010). Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* fra 2013, er en mindre revidering af den oprindelige udgave fra 2008, uden ændringer i anbefalingerne til sårbare gravide eller familier (Brot & Poulsen, 2013). Det er utilfredsstillende for de fagprofessionelle, som arbejder i svangreomsorgen og i særdeleshed for de gravide, at de danske anbefalinger ikke er baseret på den nyeste, opdaterede viden, da dette kan have betydning for niveauinddelingen og karakteristikken af de sårbare gravide og dermed for hvilke svangreomsorgstilbud den enkelte gravide tilbydes.

For gravide kvinder findes der forskellige sårbarheder, men alle har det til fælles, at de kan få betydning for barnets udvikling og trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Den gravides sårbarheder kan være åbenlyse, men også diffuse og således tage tid at afklare. Sårbarhederne, der kendetegner gravide i niveau tre, kan overordnet inddeles i fire kategorier (se i øvrigt figur 2.1): *fysiske, psykiske, sociale* samt *andre sårbarheder* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Disse fire kategorier af sårbarheder har fokus på determinanter og kontekstuelle faktorer af både fysisk, psykisk og social art, og der er en stor diversitet i gruppen af sårbare gravide i niveau tre, da de forskellige sårbarheder er af forskellig karakter (Brot & Poulsen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018b). De sårbare gravide er en målgruppe med en bred diversitet og kompleksitet, som i vid udstrækning er uklart defineret. De sårbare gravide differentieret til niveau tre har forskellige udfordringer og behov, hvorfor svangreomsorgstilbuddene ligeledes må spænde bredt, hvis de skal lykkes med at forebygge risikoen for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet samt at ruste de kommende forældre til at mestre forældreskabet.

2.4 Hvad virker i et støttende tilbud til sårbare gravide?

I dette afsnit ses der nærmere på evalueringer af nuværende konkrete projekter for svangreomsorgstilbud til sårbare gravide differentieret til niveau tre, og hvilken viden disse bygger på, med det formål at vurdere evalueringerne, og hvilket udbytte de sårbare gravide og svangreomsorgen har af projekterne.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens satspuljemidler i 2012-2017, til projekter målrettet sårbare gravide opstod der to overordnede projekter for svangreomsorgen (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Disse var forankret i henholdsvis kommunalt og regionalt regi. Rapporten *Evaluering af Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide, slutevaluering* (2017) tager afsæt i projekterne som

organisatorisk er forankret regionalt med kommunalt samarbejde. Målsætningen for de regionale projekter fokuserer på at forbedre sundhedstilstanden for den udsatte gravide og barnet, øge motivationen og fastholdelse af den gravides deltagelse i svangreomsorgstilbuddene samt at få flere gravide til at kende til og benytte sig af svangreomsorgens tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2017). Dermed adskiller de regionale projekters formål sig fra de formål, der er opstillet af Sundhedsstyrelsen i de nationale anbefalinger for svangreomsorgen, som har til hensigt at forebygge risikoen for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet samt ruste de kommende forældre til at mestre forældreskabet. De regionale projekter adskiller sig også fra de kommunale projekter, idet de gravide kvinder, der er målgruppen i de regionale projekter både differentieres til svangreomsorgens niveau to og tre (Sundhedsstyrelsen, 2017), hvor de kommunale projekter udelukkende omhandler sårbare gravide kvinder differentieret til niveau tre (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Slutevalueringen for de regionale projekter har altså primært fokus på udsatte gravide, og det er ikke tydeligt, om der kan trækkes paralleller til de sårbare gravide, som de kommunale projekter omhandler, eller hvorvidt de regionale projekter kan antages at være baseret på anbefalingerne for svangreomsorgen.

Ifølge *Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017, tværgående evaluering*² (Sundhedsstyrelsen, 2018b) er det vigtigt med en bred vifte af tilbud til sårbare gravide på niveau tre, og særligt den tværfaglige indsats er afgørende for både den faglige kvalitet i svangreomsorgen, og den gravides opfattelse af et sammenhængende svangreforløb (Sundhedsstyrelsen, 2018b). I 2014 blev der iværksat ti projekter i ti forskellige kommuner for satspuljemidler, og disse projekter forløb til 2017. Disse er evalueret af *Den tværgående evaluering* (Sundhedsstyrelsen, 2018b) og det ses, at de deltagende kommuner har grebet tilrettelæggelsen af svangreomsorgen til sårbare gravide på niveau tre forskelligt an, hvilket har resulteret i stor variation i, hvilke svangreomsorgstilbud de kan tilbyde. Disse tilbud indeholder både gruppe- og individuelle forløb, og omfatter eksempelvis tidlige tværfaglige hjemmebesøg, særlige kursusforløb med gruppebaseret undervisning, praktik i en vuggestue, etablering af kontakt til frivillige eller mentor samt tværfaglige møder med familien (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Diversiteten i gruppen af sårbare gravide differentieret til niveau tre fordrer, at projekterne må tilbyde alsidige svangreomsorgstilbud tilpasset de sårbarheder og udfordringer, som kvinderne har (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Blandt de vigtigste faktorer for en effektiv organisering af svangreomsorgen ses, at indsatsen bør igangsættes tidligt i graviditetsforløbet. Opsporing og identificering af kvindens behov medvirker til at identificere kvindens sårbarheder, hvilket kan minimere risikoen for, at den gravide kvinde modtager et tilbud, som ikke rummer og tager hånd om de individuelle udfordringer, hun har. *Den tværgående evaluering*

² Fremadrettet omtalt: *Den tværgående evaluering*.

(Sundhedsstyrelsen, 2018b) anbefaler en grænse for opsporing og opstart af indsatsen senest ved uge 20. Dog ses det i forskningslitteraturen, at denne grænse bør være så tidligt som muligt i svangreforløbet, hvis resultatet af de tilbud som svangreomsorgen opstiller, skal være fyldestgørende for den sårbare gravide (Downe et al., 2009). Ligeledes ses det, at en tidlig intervention er forbundet med lavere risiko for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet (Downe et al., 2009). I evalueringen fremkommer, at ansvaret for opsporing af sårbare gravide i høj grad bæres af jordemødrene, til trods for at den praktiserende læge er den første, der konsulterer den gravide kvinde. Dette vurderes problematisk grundet vigtigheden af tidlig opsporing, da første konsultation ved en jordemoder er placeret mellem 13. og 15. graviditetsuge og første graviditets konsultation ved praktiserende læge sker tidligere, allerede mellem sjette og tiende graviditetsuge (Brot & Poulsen, 2013; Danske Regioner, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Således kan den sene identificering af den gravide kvindes sårbarheder medføre et mangelfuldt udbytte af det udvidede svangreomsorgstilbud, fordi den gravide kvinde tilknyttes tilbuddet for sent.

I forskningslitteraturen ses flere organisatoriske faktorer, der kan have positiv indflydelse på udfaldet af indsatsen inden for svangreomsorgen, som eksempelvis at den gravide har kendskab til sin jordemoder. Det giver mulighed for at opnå en tæt relation til hende, hvilket styrker tilliden og øger tilfredsheden under graviditeten og fødslen (Williams, Lago, Lainchbury, & Eagar, 2010). Selve fødslen og den nyfødtes helbred efterfølgende bliver ligeledes beskrevet af Sandall et al. (2013) som værende bedre hos den gravide, der har oplevet kontinuitet i konsultationerne hos jordemoderen ved at være tilknyttet en eller flere faste jordemødre, sammenlignet med gravide kvinder, der har fulgt et forløb, hvor kendt jordemoder ikke har været prioriteret. I et studie af Kirkpatrick et al. (Kirkpatrick, Barlow, Stewart-Brown, & Davis, 2007a) vurderes ugentlige hjemmebesøg af en relevant fagprofessionel at være til stor gavn for den sårbare gravide, bl.a. ved at øge dennes mentale sundhed og selvtillid i forhold til opgaven som forælder. De ugentlige hjemmebesøg og en fast sundhedsprofessionel giver mulighed for udvikling af relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle. I en dansk kontekst fastslår *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Brot & Poulsen, 2013), at der bør udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson for den sårbare gravide. Dette understøttes af forskningslitteraturen og til dels af *Den tværgående evaluering* af de ti projekter i svangreomsorgen (Newton, McLachlan, Forster, & Willis, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018b; Williams et al., 2010). Dog ses en væsentlig forskel i, hvor omfattende et arbejde rollen som kontaktperson medfører, og hvilken tilknytning denne har til sårbare gravide. Ifølge Newton et al. (2016) ses der væsentlige positive resultater af at have en fast jordemoder, som kan tilkaldes 24 timer i døgnet, og således i høj grad er tilgængelig for den gravide kvinde. Det foreslås således at en fast sundhedsfaglig kontaktperson, i dette tilfælde en jordemoder, i højere grad skal være tilgængelig (Newton et al., 2016),

end det de danske anbefalinger lægger op til. I de danske *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Brot & Poulsen, 2013) anbefales det, at der udpeges en kontaktperson, ofte en jordemoder, der er ansvarlig for organiseringen af den gravides svangreomsorg og at kontakte og indlede et samarbejde med relevante samarbejdspartnere på tværs af fag og sektorer (Brot & Poulsen, 2013). Således kommer kontaktpersonen til at spille en afgørende rolle for samarbejdet omkring og koordineringen af svangreomsorgsforløbet for de sårbare gravide. Ifølge Andersson et al. (2014) er dette særligt vigtigt for den heterogene og komplekse gruppe af sårbare gravide, da en velstruktureret organisering og koordinering kan have flere positive konsekvenser. Dette eksempelvis i form af, at den sårbare gravide får en positiv oplevelse af svangreomsorgstilbuddet, men også i form af, at det skærper de sundhedsprofessionelles faglighed (Andersson et al., 2014). Det vil sige, at en velfungerende ordning med tildeling af kontaktperson og et velstruktureret og -organiseret svangreomsorgstilbud kan have flere positive effekter, men at beskrivelsen af intensiteten af kontaktpersonens tilgængelighed i en dansk kontekst eksempelvis adskiller sig fra øvrige anbefalinger som det ses i forskningslitteraturen. Målsætningen for de udvidede tilbud har forskellige fokus, afhængigt af hvilken sektor tilbuddet kommer fra. Fødestedernes tilbud har i høj grad fokus på at forebygge risikoen for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet samt mestring i forhold til graviditet og fødsel, og kommunerne fokuserer særligt på at støtte forældrenes relation til barnet (Andersson et al., 2014; Brot & Poulsen, 2013).

Tillige har satspuljeprojekterne i de ti kommuner opnået forskellige resultater. Gennemsnitligt er 66% af de sårbare gravide på niveau tre blevet støttet i en sådan grad, at de til sidst vurderes at kunne løftes til niveau to (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Det vurderes utilstrækkeligt at bedømme effekten af indsatserne alene ud fra et mål om, at de sårbare gravide kvinder skal løftes fra sårbarhedsniveau tre til to. Den sårbare gravide kvindes problemstillinger er komplekse, idet de vedrører både psykiske, fysiske og sociale sårbarheder, hvorfor der snarere bør fokuseres på at forebygge risikoen for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet samt mestring i forhold til det kommende forældreskab, end at den sårbare gravide skal indplaceres på et lavere differentieringsniveau end udgangspunktet. Perinatal morbiditet og mortalitet udgør i sig selv sjældent effektmål for forskning, men erstattes i overvejende grad af mere målbare parametre, såsom præterm fødsel og lav fødselsvægt, der anses som værende de største faktorer for perinatal morbiditet og mortalitet (Moore et al., 1998). Fremadrettet fokuseres der derfor i dette speciale på præterm fødsel og lav fødselsvægt som proxymål for den perinatale morbiditet og mortalitet. Præterm fødsel defineres som fødsel mere end tre uger før fastsat termin, det vil sige før 37+0 (Uldbjerg & Stener Jørgensen, 2014). Præterm fødsel er både nationalt og internationalt en af de hyppigste årsager til neonatal mortalitet og morbiditet (Uldbjerg & Stener Jørgensen, 2014). Derfor er præterm fødsel et meningsfuldt proxymål for perinatal mortalitet og

morbiditet. Herudover kommer, at fosterets vækst betinges af to forhold: det genetiske potentiale og det intrauterine vækstmiljø. Har et foster dårlige vækstbetingelser øges risikoen for komplikationer - heriblandt neonatal mortalitet (Bjørn Petersen, Uldbjerg, & Hedegaard, 2014). Lav fødselsvægt er ifølge Kramer et al. (2000) stærkt associeret med perinatal mortalitet og morbiditet. Derfor er lav fødselsvægt et meningsfuldt proxymål for perinatal mortalitet og morbiditet. Disse perinatale faktorer er ydermere sammenhængende med maternelle faktorer, der i sig selv kan føre til morbiditet og mortalitet hos kvinden. Dette ses ved den dobbelt-relevans, der opstår under en graviditet, som består i at den gravide kvindes sundhed og helbred, direkte påvirker sundheden og helbredet for barnet hun bærer (De Graaf et al., 2013). Målet om at ruste forældrene til mestring af forældreskabet er ligeledes et svært målbart effektmål, hvorfor der fremadrettet fokuseres på relationsdannelse mellem mor og barn, som proxymål til vurdering af mestring af forældreskabet. Dette effektmål anvendes ofte i forskningslitteraturen (Galdino, Perrelli, Zambaldi, Cantilino, & Sougey, 2014) og kan måles på skalaer og ved observationelle vurderinger. Relationsdannelsen mellem mor og barn er afgørende for barnets udvikling og mentale sundhed gennem livet, og bidrager med viden om morens evne til at mestre forældreskabet (Galdino et al., 2014). Faderens betydning for barnet er dermed ikke en del af afgrænsningen i dette speciale, da morens direkte påvirkning og tilknytning til barnet, grundet dobbelt-relevansen, forekommer mere betydningsfuld i denne sammenhæng.

2.4.1 Evidensgrundlaget for de eksisterende tilbud

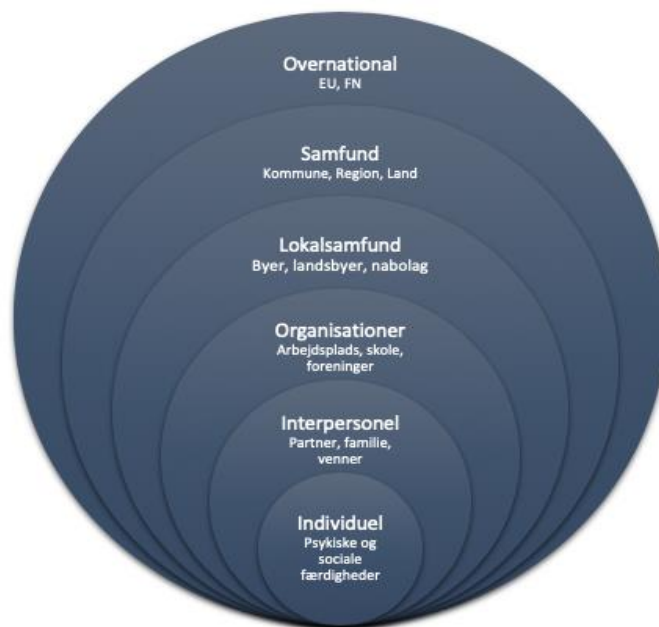
Det ses i *Den tværgående evaluering* (2018b), at der på tværs af kommuner eksisterer forskellige tilbud, der bunder i anbefalingen om, at sårbare gravide differentieret til niveau tre kræver en særlig indsats for at blive styrket i deres svangreforløb. Dog ses der en mangel på konkrete forslag til hvilke tilbud, der formodes at virke bedst for målgruppen, og dermed hvilke tilbud det bør anbefales at udbrede nationalt. Uden evaluering kan det være vanskeligt at vurdere indsatsers virkning, ligesom det kan blive vanskeligt at lære af gode erfaringer fra svangreomsorgstilbud i andre kommuner, fordi tilbuddenes indhold og organisering ikke er systematisk beskrevet, og derved ikke gør det muligt at overføre resultater til øvrige kommuner (Andersson et al., 2014). Dette medfører en sandsynlighed for utilsigtede konsekvenser, såvel positive som negative samt en risiko for at indsatser udvikles parallelt uden mulighed for at blive videreudviklet baseret på erfaringer. Utilsigtede konsekvenser vil blive udfoldet yderligere i afsnit 2.7. Sidstnævnte pointe, kan antages at være én af årsagerne til, at de ti medvirkende kommuner i *Den tværgående evaluering* (2018b), har udrullet ti forskellige svangreomsorgstilbud til sårbare gravide i niveau tre. Derudover kan kvaliteten af *Den tværgående evaluering* drages i tvivl, da det forekommer usikkert, hvilken evidens der ligger til grund for

udarbejdelsen af projekterne og selve evalueringen af disse. *Den tværgående evaluering* er i høj grad baseret på udtalelser fra projektdeltagere, projektledere, jordemødre, praktiserende læger og andre involverede fagprofessionelle. Disse udtalelser indeholder viden om og erfaringer med projekterne, der ikke kan påvises, måles eller følges op på. Det vurderes derfor, at der er behov for en systematisk gennemgang af den eksisterende forskningslitteratur omhandlende, hvilke indsatser der virker for sårbare gravide differentieret til niveau tre. Hermed kan der udfærdiges et evidensbaseret vidensgrundlag, som kan ligge til grund for en styrkelse af anbefalingerne for svangreomsorgen målrettet sårbare gravide differentieret til niveau tre.

2.5 Socio-økologiske determinanternes betydning for sårbare gravide

Der ses flere mangler i selve udformningen af svangreomsorgstilbud til sårbare gravide differentieret til niveau tre, samt i den viden tilbuddene er funderet i. Gruppen af sårbare gravide beskrives som en heterogen og kompleks gruppe. I det følgende fremanalyseres forskellige determinanter for de sårbare gravide og disses sammenhæng med den sociale ulighed med det formål at skabe en dybdegående viden om målgruppen for de udvidede svangreomsorgstilbud.

På et overordnet plan kan faktorer, der påvirker sundheden beskrives ud fra en socio-økologisk model indeholdende *individuel*, *interpersonel*, *organisationer*, *lokalsamfund*, *samfund* samt *overnational* (Kok, Gottlieb, Commers, & Smerecnik, 2008), hvilket kan ses som faktorer, der også gør sig gældende for sårbare gravide og det barn, de bærer. Nedenfor ses den anvendte socio-økologiske model inspireret af Kok et al.'s version (2008) af den oprindelige model af Richard et al. (1996).



Figur 2.2: Socio-økologisk model udarbejdet med inspiration af Kok et al. (2008).

Modellen anvendes generelt til tilrettelæggelse af sundhedsfremmende og forebyggende interventioner med det formål at kunne strukturere interventionen, så den målretter sig eller tager højde for et eller flere miljømæssige faktorer. På det *individuelle* plan i den socio-økologiske model placeres den enkelte, som centrum for de omkringliggende miljømæssige faktorer (Kok et al., 2008). I dette tilfælde er individet den sårbare gravide kvinde og det barn, hun bærer. Alle determinanter, der gør sig gældende for den sårbare gravide, har en dobbelt-relevans, da de også gør sig gældende for barnet (De Graaf et al., 2013). Dette omfatter, ifølge De Graaf et al. (2013), at ikke kun den gravide kvinde kan være sårbar, men at barnet som den gravide bærer, allerede fra dagen for befrugtning, også kan være sundhedsmæssigt påvirket. Ud fra dobbelt-relevansen manifesterer den gravide kvindes sårbarheder sig i forskellige former for perinatal morbiditet (De Graaf et al., 2013). På det *individuelle* plan ligger også den sårbare gravides livsstil, hvilket ifølge De Graaf et al. (2013) kan være faktorer som rygning, alkoholforbrug og misbrug af stoffer, som kan påvirke graviditetsudfald i form af perinatal og maternel morbiditet og mortalitet. Desuden omfatter dette plan også psykiske sårbarheder. Den gravides mentale sundhed har afgørende betydning for udfaldet af graviditeten, og det ses at eksempelvis depression kan have indvirkning på ikke alene risikoen for præterm fødsel og lav fødselsvægt, men også på hvorvidt det er muligt for moren at danne en relation til barnet (Alhusen et al., 2012). Sammenlignet med differentieringen af de sårbare gravide i *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2013) er det tydeligt, at disse individuelle determinanter i høj grad er repræsenteret hos sårbare gravide på niveau tre, og at det individuelle plan dermed bør være et fokusområde for tilrettelæggelsen af svangreomsorgstilbud målrettet denne gruppe.

På det *interpersonelle* plan ligger individets nærmeste omgangskreds, herunder partner, familie og venner (Kok et al., 2008). I forhold til dette plan, tyder det ifølge Raleigh et al. (2010) på at særligt faktoren, der relaterer sig til om den sårbare gravide er i et fast forhold eller ej, påvirker effekten af de givne svangreomsorgstilbud, hvor enlige gravide i højere grad er sårbare og ikke får samme effekt af svangreomsorgstilbuddene sammenlignet med gravide kvinder i et fast forhold (Raleigh et al., 2010). Således tyder det på, at sociale netværk, særligt i form af fast partner, spiller en essentiel rolle i forhold til gravide kvinders sårbarhed. Der kan dermed rettes opmærksomhed på, at gravide uden partner eller støttende familie og venner er i større risiko for ugunstige graviditetsudfald set i forhold til præterm fødsel, lav fødselsvægt og svækket relationsdannelse mellem mor og barn.

Organisationer indbefatter ligeledes relationer, men her på et mere professionelt og organisatorisk plan. Det kan eksempelvis være arbejdskollegaer eller medstuderende. Derudover kan det være netværk i form af foreninger og andre institutioner (Kok et al., 2008). I studiet af Feijen-de Jong (2011) ses arbejdsløshed som en determinant for, hvorvidt den sårbare gravide gør brug af et

svangreomsorgstilbud, hvor arbejdsløse gravide i mindre grad deltager i disse og dermed er i højere risiko for ugunstige graviditetsudfald. Således kan den sårbare gravides netværk på det organisatoriske plan, have betydning for hendes graviditetsudfald.

Den gravides *lokalsamfund* ser ligeledes ud til at være en væsentlig faktor i forhold til sårbarhed. Dette kommer til udtryk i studiet af De Graaf et al. (2013), hvor det beskrives, at der inden for landene ofte ses forskelle mellem by- og landdistrikter samt socialt dårligt eller velstillede områder. Dette kunne hænge sammen med, at der ofte er andre bagvedliggende årsager til, at den enkelte bosætter sig i et belastet boligområde, eksempelvis lav socioøkonomisk status på andre parametre. Ifølge flere studier er det at bo i et belastet boligområde associeret med en øget risiko for ugunstige fødselsudfald, og mindre brug af lokale sundhedstilbud (De Graaf et al., 2013; Downe et al., 2009; Feijen-De Jong et al., 2011). Den sårbare gravides boligområde ansues således som en miljømæssig risikofaktor, der kan påvirke udfaldet af svangreomsorgstilbuddene og hvorvidt disse har gavnlig effekt på risikoen for præterm fødsel, lav fødselsvægt og svækket relationsdannelse mellem mor og barn.

Samfund i den socio-økologiske model indbefatter instanser som kommuner, regioner og lande (Kok et al., 2008). Inden for og på tværs af disse instanser ses der en varierende tilgang til de sårbare gravide (Brot & Poulsen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2017, 2018b). Det vurderes i sig selv, som værende problematisk for svangreomsorgen, at der ikke er bred enighed om tilgangen til de sårbare gravide på tværs af kommuner og regioner, da dette har ført til udvikling af forskellige tilbud til denne gruppe i de forskellige sektorer. De forskellige tilgange i disse instanser udgør en potentiel risiko for, at den sårbare gravide ikke modtager et relevant svangreomsorgstilbud i hendes kommune, hvilket hun muligvis kunne have fået i en anden kommune. Samtidig er den tidligere omtalte manglende viden om effekter af svangreomsorgstilbud og usikkerheden om, hvorvidt disse er funderet i evidens (afsnit 2.4.1) medvirkende til usikkerhed i kvaliteten af de forskellige tilbud til sårbare gravide differentieret til niveau tre. Denne usikkerhed i kvaliteten kan betyde, at den sårbare gravide ikke modtager et tilbud, der er egnet til at tage højde for hendes sårbarhed. Således bliver den sårbare gravides kommune og region en faktor, der kan påvirke udfaldet af svangreomsorgstilbuddet og dermed hvorvidt tilbuddet bidrager til at forebygge risikoen for præterm fødsel, lav fødselsvægt og svækkelse af relationsdannelsen mellem mor og barn. Dette er utilfredsstillende både for den sårbare gravide og svangreomsorgen.

På det *overnationale* plan placeres instanser som FN og EU, som i dette tilfælde kan ses som politiske aktører med indvirkning på regler og retningslinjer, som skal overholdes i anbefalingerne til svangreomsorgen (Den Europæiske Union, 2019). Der vil fremadrettet ikke være fokus på dette plan.

2.5.1 Social ulighed i svangreomsorgen

De socio-økologiske determinanter for sundhed, kan ud fra ovenstående skabe sundhedsrisici både for den sårbare gravide og barnet hun bærer. Ud fra disse determinanter tyder det på, at der forekommer en social ulighed i sundheden blandt sårbare gravide og dermed også deres børn, hvilket bidrager med yderligere et perspektiv på den gravides sårbarheder, årsager hertil, og hvilken betydning det har for den gravide og hendes barn.

Der skelnes typisk mellem to perspektiver på social ulighed i sundhed: *den sociale gradient* og *ophobning af risikofaktorer*. I det førstnævnte perspektiv er der fokus på, at der kan findes en gradient i helbreds niveauet, uanset om der måles på uddannelsesniveau, indkomstniveau eller folks sociale position. Dette forstået således, at jo lavere uddannelsesniveau jo højere sandsynlighed for eksempelvis dårligt helbred sammenlignet med folk på et højere uddannelsesniveau (Bak & Vardinghus-Nielsen, 2018). I det sidstnævnte perspektiv fokuseres der på, at der blandt bestemte grupper i samfundet er større risiko for et ugunstigt helbred grundet ophobning af flere risikofaktorer af fysisk, psykisk og/eller social karakter (Bak & Vardinghus-Nielsen, 2018). Således kan det antages, at bestemte grupper i samfundet dermed har en øget sårbarhed i forhold til sundhed og sygdom.

Når der måles på spædbørnsdødelighed, bliver den sociale ulighed mellem forskellige samfundsgrupper særligt tydelig. Her ses nemlig, at der er dobbelt så stor risiko for spædbørnsdødelighed hos børn, der fødes af mødre med et lavt uddannelsesniveau (Bak & Vardinghus-Nielsen, 2018; De Graaf et al., 2013; Hollowell et al., 2011). Her ses den sociale ulighed ud fra en social gradient i spædbørnsdødeligheden målt på uddannelsesniveau. Timmermans et al. (2011) beskriver, at ophobning af risikofaktorer i høj grad forklarer uligheden i den perinatale morbiditet og mortalitet, hvilket især kommer til udtryk, når der fokuseres på de gravide kvinders boligområde. Således anskuer Timmermans et al. (2011) social ulighed som en ophobning af risikofaktorer blandt dårligt stillede samfundsgrupper.

Uanset om betragtningen på social ulighed funderes i perspektivet om en social gradient eller i en ophobning af risikofaktorer, fremkommer det, at sårbare gravide i højere grad har ugunstige graviditetsudfald sammenlignet med gravide, der ikke er sårbare (Brot & Poulsen, 2013; De Graaf et al., 2013; Kramer et al., 2000; Timmermans et al., 2011), hvorfor sårbare gravide er en særlig gruppe, som har behov for et udvidet svangreomsorgstilbud. Med afsæt i den foreliggende evidens omkring social ulighed i den materielle og perinatale sundhed tyder det på, at perspektivet på ophobning af risikofaktorer er det mest fremtrædende perspektiv. Dette kommer eksempelvis til udtryk i studiet af Timmermans et al. (2011) og Graaf et al. (2013). Det vil altså sige, at der inden for forebyggende og sundhedsfremmende tiltag til gruppen af sårbare gravide er stort fokus på risikobegrebet og dermed et mere deterministisk sundhedssyn. Dette indebærer ifølge Helle Timm (Timm, 1997), at der bliver tale

om kausaltænkning, hvor forebyggelse af risici, opsporing af årsager og handlemuligheder bliver omdrejningspunktet. Som et modspil hertil, nuancerer De Groot et al. (2016) sårbarhedsbegrebet som noget andet end blot ophobning af risikofaktorer. Her anskues sårbarhed hos gravide som nettoresultatet af risikofaktorer og tilgængeligheden af personlige og sociale ressourcer (De Groot et al., 2016), hvormed der anlægges et mere omfangsrigt og flervidenskabeligt syn på gravides sundhed og sygdom.

For at styrke svangreomsorgen til sårbare gravide differentieret til niveau tre, med det formål at forebygge risikoen for præterm fødsel, lav fødselsvægt og svækkelse af relationsdannelsen mellem mor og barn, anlægges fremadrettet et perspektiv på social ulighed i sundhed hos gravide, som rummer både konsekvenserne af de individuelle udfordringer, altså de risici den gravide måtte have, samt dennes personlige og sociale ressourcer. Derfor er dette speciales definition af sårbarhed forankret i De Groot et al.'s (2016) udlægning af begrebet.

2.6 Tilpasning af svangreomsorgstilbud afhængig af den enkelte

I de forrige afsnit omhandlende sårbarhed som begreb og dennes betydning for sårbare gravide differentieret til niveau tre, fremkommer det tydeligt, at organiseringen og udformningen af et svangreomsorgstilbud til denne gruppe kræver et målrettet, veltilrettelagt og tilpasset tilbud. I det følgende fremanalyseres hvilke overvejelser, der kan ligge bag en sådan tilpasning af tilbuddet.

Grundet heterogeniteten i gruppen af sårbare gravide på niveau tre anbefales det af *Den tværgående evaluering* (2018b), at svangreomsorgstilbuddene tilpasses den gravides sårbarheder og ressourcer, hvorfor det ifølge evalueringen er nødvendigt med en bred palette af tilbud og samarbejder til denne gruppe. Dette understøttes af Downe et al. (2009), som beskriver, at et skræddersyet svangreomsorgstilbud, tilpasset de omstændigheder og kontekster, den sårbare gravide er en del af, bidrager til at den gravide i højere grad anvender tilbuddet, hvilket skaber bedre forudsætninger for, at målene med svangreomsorgstilbuddet bliver opfyldt. Birtwell, Hammond og Puckering (2015) beskriver endvidere, at den succes, der blev opnået ved studiets seks ugers gruppebaserede svangreomsorgstilbud, direkte er associeret med en hensyntagen til den sårbare gravides ressourcer og omstændigheder. Dette understøttes yderligere af studiet af Hetherington et al. (Hetherington, Tough, McNeil, Bayrampour, & Metcalfe, 2018) og studiet af Jakobsen og Overgaard (Jakobsen & Overgaard, 2018). Ud fra dette er det afgørende for indfrielsen af nogle af de opstillede mål for svangreomsorgstilbuddet at medtænke de gravides sårbarheder og socio-økologiske faktorer (se figur X, socioøkologisk model), der påvirker sundheden hos den enkelte, i tilrettelæggelsen af selve tilbuddet med det formål at tilpasse tilbuddet til den enkelte. I *Den tværgående evaluering*

(Sundhedsstyrelsen, 2018b) fremkommer det, at tilrettelæggelsen af svangreomsorgstilbuddene til sårbare gravide i niveau tre, er kompleks. Dette kommer til udtryk ved, at der i overvejelserne vedrørende hvorvidt de sårbare gravide skal tilbydes individuelle tilbud eller gruppebaserede tilbud, må tages hensyn til, at der er styrker og svagheder ved begge dele (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Eksempelvis kan de sårbare gravide, der deltager i gruppetilbud spejle sig i de andre deltagere og dermed reduceres deres oplevede grad af, at afvige fra det 'normale'. Samtidig kan andre sårbare have svært ved at indgå i gruppesammenhænge pga. deres specifikke sårbarheder som eksempelvis social angst (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Således fremkommer det, at de indsatser de sårbare gravide skal tilbydes, er af en meget sammensat og kompleks karakter samt at det tilbud, der passer til én sårbar gravid, ikke nødvendigvis passer til en anden. Heterogeniteten i gruppen af sårbare gravide på niveau tre kan anskues fra flere vinkler. Som tidligere nævnt hænger heterogeniteten direkte sammen med den brede diversitet af sårbarheder, der karakteriserer de gravide, der differentieres til dette niveau (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Derudover ses der også divergens i graden af, hvorvidt sårbarheden opfattes som havende stor betydning for den gravides hverdag. Barlow et al. (2005) beskriver i deres studie omhandlende intensive hjemmebesøg under graviditeten, at der i invitationen til et udvidet svangreomsorgstilbud opstod en diskrepans mellem opfattelsen af sårbarhed hos den gravide kvinde og den fagprofessionelle, der inviterede til dette. Den gravide kvinde fortæller om forskellige elementer i hverdagen, såsom at være alene med sine børn, at hun kører en retssag mod hendes tidligere partner og fader til to af børnene, og at hun tidligere har lidt af depression. Alligevel svarer hun nej til spørgsmålet om, om hun ved, hvorfor hun blev tilbudt et udvidet svangreomsorgstilbud (Barlow et al., 2005). Dette illustrerer en tydelig forskel i opfattelsen af, hvorvidt den enkelte gravide er sårbar og i hvilken grad. Spiers (2000) frembringer to perspektiver på sårbarhed, hvor *etic-perspektivet* vedrører de sociale determinanter, der påvirker den sårbare gravide, og *emic-perspektivet* relaterer sig til den gravides egen opfattelse af sårbarhedens påvirkning. I det nævnte eksempel forekommer det, at den gravide hovedsageligt vurderes ud fra *etic-perspektivet*, hvor sammenfatningen af de sociale determinanter hendes liv er under påvirkning af, foranlediger den fagprofessionelle til at differentiere kvinden som værende sårbar med behov for et udvidet tilbud. Ud fra et *emic-perspektiv* fremstår kvinden muligvis mindre sårbar, da hun ikke selv opfatter dette. Spiers' (2000) to perspektiver på sårbarhed bidrager med en nuanceret tilgang, hvor det hverken er de sociale determinanter eller den enkeltes egen opfattelse af sårbarhed, der alene afgør graden af, hvor påvirkelig den enkelte er for sine sårbarheder. En sådan nuancering af sårbarhedsbegrebet kan således medvirke til, at der både er fokus på deterministiske faktorer samt subjektive og sociale faktorer i tilrettelæggelsen af udvidede svangreomsorgstilbud til sårbare gravide differentieret til niveau tre.

Ifølge De Groot et al. (2016) afspejler sårbarheden individets modtagelighed for negative udfald som følge af tilstedeværelsen af personlige og miljømæssige risici. Dertil ses i forskningslitteraturen, at socioøkonomiske determinanter ikke alene kan afgøre, om gravide kan differentieres som værende sårbare, da De Groot et al. (2016) eksempelvis angiver, at sårbarhed forekommer på tværs af socioøkonomisk status. Således kan velstillede sårbare gravide sagtens have en følelse eller opfattelse af at være sårbar, eller have en eller flere af de sårbarheder, som *Anbefalinger til svangreomsorgen* (2013) differentierer til niveau tre.

2.7 Utilsigtede konsekvenser af svangreomsorgstilbuddet til sårbare gravide

I afsnit 2.4 ses det i analysen af *Den Tværgående Evaluering*, at denne ikke beskriver hverken positive eller negative utilsigtede konsekvenser af det nuværende svangreomsorgstilbud. Følgende afsnit søger at afklare, hvilken betydning dette kan have for effekten af selve svangreomsorgstilbuddet og de sundhedsprofessionelle, der arbejder med dette, men i den grad også for den sårbare gravide.

I forebyggende indsatser foretages en indgriben i en persons liv ved enten at forsøge at ændre personens adfærd, levevilkår eller omgivelser. Ved en sådan indgriben vil der grundet forskellige værdigrundlag og livsopfattelser være en risiko for utilsigtede konsekvenser af indsatsen. Konsekvenser som kan komme til udtryk umiddelbart, eller efter nogen tid (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014). Robert Merton (1936) beskriver konsekvenser af en intentionel handling, som resultater, der ikke ville være til stede, medmindre handlingen havde fundet sted. Merton (1936) beskriver fem årsager til, at utilsigtede konsekvenser finder sted, hvor den største begrænsning i forhold til at kunne forudsige konsekvenser af en handling, er manglende viden på området (Merton, 1936). Det er usikkert hvorvidt evalueringen af tilbuddene i de ti kommuner i *Den tværgående evaluering* (2018b) har medtænkt at identificere mulige negative utilsigtede konsekvenser, da det ikke fremkommer tydeligt, hvilke evalueringsmetoder der er anvendt. Mangelfuld viden om konsekvenserne af de udvidede svangreomsorgstilbud kan have væsentlige konsekvenser for den sårbare gravide, idet der således kan stilles spørgsmål ved, hvad tilbuddene er funderet i. Merton (1936) forklarer at utilsigtede konsekvenser ved en handling både kan være positive og negative. Det formodes, at der ikke er fuldt kendskab til, hvilke mulige konsekvenser svangreomsorgstilbuddene medfører, både de positive og negative og herunder i særdeleshed de utilsigtede konsekvenser. Folkesundhedsmæssige indsatser fokuserer på at forebygge skader og sygdomme samtidig med at de medvirker til at beskytte sundheden blandt befolkningen i lokalsamfund eller større målgrupper (Allen-Scott, Hatfield, & McIntyre, 2014). Traditionelt anses forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for hensigtsmæssige at implementere, såfremt de overholder etiske principper, samt er funderet i

evidens inden for det givne felt (Allen-Scott et al., 2014). En fundamental faldgrube inden for evidens af effekt, når det gælder indsatser for sårbare gravide, er at der ikke har været fokus på evaluering af negative utilsigtede konsekvenser, eller at rapporteringen heraf har været mangelfuld (Allen-Scott et al., 2014). Denne mangelfuldhed gør sig især gældende indenfor evaluering og rapportering af indsatser til sårbare målgrupper i lav- og mellemindkomstgrupper (Allen-Scott et al., 2014). Dette afspejles også i *Den tværgående evaluering* (2018b) af de udvidede tilbud til sårbare gravide i niveau tre, da denne evaluering ikke belyser de negative utilsigtede konsekvenser ved de evaluerede og/eller anbefalede indsatser, hvorfor disse antages at være i risiko for at medføre endnu ukendte negative konsekvenser for de sårbare gravide. Ifølge Allen-Scott (2014) kan negative utilsigtede konsekvenser medvirke til at tilstande hos deltagere og samfundet forværres. Dermed bør disse som minimum reduceres, hvis ikke helt undgås, hvilket indsigt via afprøvning og evaluering af indsatser på området kan bidrage til. Ud fra dette anses det som væsentligt at få afdækket, hvilke negative utilsigtede konsekvenser, der gør sig gældende for indsatser målrettet gruppen af sårbare gravide, der differentieres til niveau tre. Dette for at kunne indtænke disse negative utilsigtede konsekvenser i udarbejdelsen af et vidensgrundlag for styrkelsen af anbefalingerne til svangreomsorgen.

Allen-Scott et al. (2014) påpeger, at der indenfor forebyggende og sundhedsfremmende indsatser ofte forekommer stigmatisering, frygt og social diskrimination som negative utilsigtede konsekvenser. Dette underbygges af Jakobsen & Overgaard (Jakobsen & Overgaard, 2018), der beskriver, at det at blive inviteret til at deltage i en indsats for sårbare gravide, kan have den konsekvens, at mødrene føler sig stigmatiserede, og får manglende selvtillid omkring deres moderrolle. Dette bunder i uklar information om selve tilbuddet, og hvad det indebærer, eller det faktum at nogle kvinder ikke fik et valg i forhold til at deltage (Jakobsen & Overgaard, 2018). Der bør således i vidensgrundlaget for anbefalingerne til en styrket svangreomsorg tages højde for tilgangen til den sårbare gravide på niveau tre, med det formål at mindske følelsen af stigmatisering hos denne og dermed mindske netop denne negative utilsigtede konsekvens.

2.8 Afgrænsning

Af ovenstående problemanalyse fremkommer en mangel på konkret viden om, hvilke tilbud der har den bedste effekt på sårbare gravide differentieret til niveau tre. Derudover er det utydeligt, hvorvidt den nuværende danske tilgang til svangreomsorgen er funderet i videnskabelig evidens, og det vurderes derfor, at der er behov for en systematisk gennemgang af den eksisterende forskningslitteratur med det formål at sikre gunstige svangreomsorgstilbud set i forhold til effektmålene præterm fødsel, lav fødselsvægt samt relationsdannelsen mellem mor og barn. Disse effektmål fungerer som proxymål for perinatal morbiditet og mortalitet samt at ruste forældrene til at mestre forældreskabet.

De sårbare gravide, som differentieres til svangreomsorgens niveau tre, er en gruppe med bred diversitet og høj kompleksitet, hvilket viser sig ved, at disse sårbare gravide har forskellige udfordringer og behov. Der anlægges derfor et perspektiv på sårbarhed i dette speciale, som tager udgangspunkt i De Groot et al.'s (2016) definition, hvor sårbarhed ses som en nøgledeterminant for udfaldet af sundhedsyndelser og afspejler individets modtagelighed for negative udfald, særligt sundhedsrelaterede, som følge af tilstedeværelsen af personlige og miljømæssige risici. Det anses derudover som væsentligt at være opmærksom på, hvilke negative utilsigtede konsekvenser, der gør sig gældende for svangreomsorgstilbud målrettet gruppen af sårbare gravide, der differentieres til niveau tre.

2.9 Formål

At bidrage med et vidensgrundlag, der kan styrke anbefalingerne til svangreomsorgen målrettet gruppen af sårbare gravide differentieret til niveau tre. Dette baseres på en systematisk gennemgang, kritisk kvalitetsvurdering samt syntetisering af den bedste tilgængelige evidens inden for effekten af svangreomsorgstilbud målt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelse mellem mor og barn. Derudover tages der højde for eventuelle negative utilsigtede konsekvenser.

3. Problemformulering

Følgende problemformulering tager afsæt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb, som omfatter et flervidenskabeligt og helhedsorienteret perspektiv på den gravides sårbarhed, hvorfor denne er opdelt i flere delspørgsmål, som funderes i forskellige videnskabelige tilgange.

Hvilken effekt ses der af svangreomsorgstilbud rettet mod sårbare gravide, med karakteristika svarende til differentieringsniveau tre, målt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelse mellem mor og barn?

Hvad er brugeroplevelsen af sådanne tilbud og hvilke negative utilsigtede konsekvenser ses der herved?

Hvordan kan viden herom anvendes til udformning af anbefalinger målrettet sårbare gravide på differentieringsniveau tre i svangreomsorgen i forhold til at forebygge perinatal morbiditet og mortalitet samt at ruste forældrene til at mestre forældreskabet?

Reviewspørgsmål:

Reviewspørgsmålet udspringer af problemformuleringen, og danner udgangspunkt for den systematiske kortlægning af eksisterende evidens.

Hvilke svangreomsorgstilbud til sårbare gravide har effekt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen?

3.1 Evidensbaseret medicin

Siden 1990'erne har der været fokus på vigtigheden af, at sundhedsindsatser er baseret på evidens (Lund, Juhl, Andreasen, & Møller, 2017). Evidensbevægelsen fokuserer på effekter af indsatser og syntetisering af allerede eksisterende viden herom (Rieper & Hansen, 2007). Udarbejdelsen af dette speciales systematiske review vedrørende svangreomsorgstilbud rettet mod sårbare gravide, placeres inden for kategorien af evidensbaseret medicin. Med syntetiseringen af viden om dette speciales problemfelt stilles den samlede viden til rådighed for beslutningstagere i politik og praksis. Dette vidensgrundlag kan således fungere som fundament for fremtidige beslutningsprocesser inden for svangreomsorgen. Ideologien og teknikken bag evidensbaseret medicin kan føres tilbage til den

engelske læge Archie Cochrane og evidensbevægelsen er organisatorisk forankret i bl.a. Cochrane Collaboration (Hjørland, 2010; Rieper & Hansen, 2007), som er et uafhængigt, videnskabeligt netværk, hvor forskere udarbejder og udgiver systematiske oversigter, såkaldte Cochrane-reviews (The Cochrane Collaboration, 2019).

4 Metodologi

Med formålet om at kortlægge og syntetisere den eksisterende evidens om effekt af tilbud målrettet sårbare gravide, udføres et systematisk review. I følgende afsnit præsenteres og argumenteres der for de metodologiske refleksioner og valg. Cochrane Handbook (2011) vil være rammesættende i forhold til valg af design, metode og analyse samt struktureringen heraf. I tillæg til metodologiens primære fundament i Cochrane Handbook (2011) findes inspiration i Booth et al. (2016). Brugen af både Cochrane Handbook (2011) og Booth et al. (2016) vil medvirke til et kontinuerligt fokus på systematikken i udførelsen af dette systematiske review. For at sikre en transparent og fyldestgørende afrapportering af specialets systematiske review anvendes PRISMA som afrapporterings-guideline (se bilag 1).

4.1 Specialets positionering

Dette speciale tager afsæt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb. Med denne position anses sårbarhed som et dynamisk begreb, der i høj grad er afgørende for den gravides modtagelighed for negative udfald, særligt sundhedsrelaterede, som følge af tilstedeværelsen af personlige og miljømæssige risici. Dermed anskues sårbarhed hos gravide som nettoresultatet af risikofaktorer og tilgængeligheden af personlige og sociale ressourcer. Med De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb fokuseres der således både på risikofaktorer samt individuelle og interpersonelle omstændigheder. For at kunne favne dette nuancerede sårbarhedsbegreb vil der både inddrages kvantitative og kvalitative forskningsstudier i dette systematiske review. Ved at inddrage studier med forskellige typer undersøgelsesdesign og dermed også forskellige evidenstagstypologier øges potentialet til at opnå et helhedsorienteret perspektiv på sundhedsinterventioner (Rieper & Hansen, 2007). Ifølge Rieper og Foss (2007) bør der tages afsæt i en situationsbestemt tilgang til problemstillingen, hvilket i dette speciale netop gøres med afsæt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb. Der vil således inddrages forskellige evidenstagstypologier i dette systematiske review. Sigtet med den kvantitative forskning er at bidrage med belysning af effektspørgsmålene vedrørende lav fødselsvægt, præterm fødsel og relationsdannelse. Ifølge Rieper og Foss (2007) bør der medtages andre undersøgelsesdesigns, når der er interesse for de involverede aktørers oplevelse af indsatsen. Dette synspunkt understøttes af Wulff & Gøtzsche (2006), som beskriver, at grundlaget for kliniske beslutninger også omfatter en forståelse for patientens perspektiv. Formålet med at inddrage kvalitativ forskning i dette review, er derfor at opnå viden om patientoplevelser af interventioner i svangreomsorgen, for at kunne udarbejde et nuanceret vidensgrundlag for fremtidige beslutningsprocesser. Som et sekundært outcome vil der være

fokus på at fremanalysere negative utilsigtede konsekvenser, som ifølge Meade & Richardson (1997) fordrer andre forskningstyper end den kvantitative. Således argumenteres for at inddrage kvalitativ forskning som supplement til den kvantitative forskning. Hermed vil dette speciale være funderet i en flervidenskabelig tilgang i udarbejdelsen af et vidensgrundlag for at styrke anbefalingerne til svangreomsorgen målrettet sårbare gravide.

4.2 Videnskabsteoretisk position

Ifølge Launsø & Rieper (2017) udspringer formålet med en undersøgelse af et paradigmatiske bagland, som har konsekvenser for den forskningstype undersøgelsen tager afsæt i. Det videnskabelige paradigme kan anskues som de “briller”, hvormed problemfeltet undersøges samt søger at give svar på. Med afsæt i De Groot et al.’s (2016) sårbarhedsbegreb og problemformuleringen indtager dette speciale i høj grad en position inden for positivismen, dog med inddragelse af en hermeneutisk komponent som beskrevet af Wulff & Gøtzsche (2006). Ifølge Wulff & Gøtzsche (2006) er det fejlagtigt at kliniske beslutninger udelukkende er funderet i et naturvidenskabeligt grundlag, da den menneskelige natur har to sider, som afspejles i den naturvidenskabelige og den humanistiske disciplin. Dermed bør der i kliniske beslutninger inddrages en hermeneutisk komponent, som medtager patientens oplevelser (Wulff & Gøtzsche, 2006).

Med specialets fokus på effekterne af tilbud til sårbare gravide indtages en position inden for positivismen. Den positivistiske tradition placeres i det empirisk-analytiske paradigme (Launsø et al., 2017) og positivismens rationale bygger på at skabe sikker viden, som er objektiv, upartisk og sandhedssøgende. Ifølge Gilje (2012) kan positivismen karakteriseres som ontologisk og epistemologisk realisme. Her tages et ontologisk udgangspunkt i, at der findes en eksisterende virkelighed, som er observerbar. Epistemologisk anskuer realisterne videnskaben som metode til at opnå sikker viden om virkeligheden, der korresponderer med virkeligheden, som den er (Gilje, 2012). Altså er positivismen forankret i et objektivt empirisk fundament, hvor formålet er at forklare årsags-virkningsforhold af typen “hvis X så Y” (Gilje, 2012). Indenfor det empirisk-analytiske paradigme placeres den forklarende forskningstype, hvor et ofte anvendt forskningsdesign er det randomiserede kontrollerede forsøg, da dette kan afgøre kausaliteten mellem en intervention og resultaterne heraf (Launsø et al., 2017). Dette skyldes randomiseringen, der bidrager til at håndtere og forebygge confounding, og dermed kan effekten af den givne intervention tilskrives selve interventionen (Svend Juul, 2007). Således anses det som fordelagtigt at medtage randomiserede forsøgsopsætninger i relation til spørgsmålet om effekterne af svangreomsorgstilbud, da disse effektresultater i høj grad vil kunne tilskrives interventionen og ikke tilfældigheder.

Hermeneutikken kan placeres indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme og er af den forstående forskningstype (Launsø et al., 2017). Indenfor den hermeneutiske videnskabsteoretiske position anses viden om virkeligheden som afhængig af subjektet og konteksten (Søren Juul, 2012) og dermed er der ikke kun én sand virkelighed. Dette sociale perspektiv på virkeligheden er grundlæggende forskellig fra naturen (Søren Juul, 2012) og derfor er forskning indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme også karakteriseret ved en anden evidensstypologi. Et ofte anvendt forskningsdesign indenfor den forstående forskningstype er casestudier og interviewundersøgelser (Launsø et al., 2017). Den hermeneutiske komponent kan i tillæg til den positivistiske position bidrage til en flervidenskabelig tilgang, som ifølge Wulff & Gøtzsche (2006) bidrager med en mere nuanceret tilgang i udarbejdelsen af et vidensgrundlag.

4.3 Systematisk review

Systematiske reviews handler om systematisk at kortlægge eksisterende relevante studier indenfor et bestemt område eller problemfelt, såkaldte primærstudier (Rieper, 2013). Tydelighed omkring præspecificerede in- og eksklusionskriterier er ifølge Cochrane Handbook (2011) essentielt i udarbejdelsen af reviewet, hvilket er i overensstemmelse med og understreges af Booth et al. (2016). Her beskrives, at et fokuseret forskningsspørgsmål og tydelige in- og eksklusionskriterier medvirker til, at læseren kan genkende, hvorfor de valgte studier er inkluderet i det systematiske review, og netop derfor er systematikken i udvælgelsesprocessen afgørende. Det systematiske review er baseret på principper om systematik, stringens og transparens, idet der søges på samme systematiske og objektive måde, uanset hvilke effektmål der er tale om at studierne skal omhandle (Booth et al., 2016). Ligeledes vurderes det ud fra de præspecificerede kriterier, om studierne skal inkluderes i det systematiske review. På denne måde kan empirien holdes ud i en arms længde og reviewerne kan forholde sig objektive, kritisk vurderende og værdifrie til udvælgelsen af studier. At forholde sig til empiri på denne måde, relaterer sig til den positivistiske videnskabstradition. Kvalitetskriterier for metoden bag udførelsen af et systematisk review funderes i det empirisk-analytiske paradigme, hvor positivismen, som tidligere beskrevet, indplaceres. Reviewet må være modstandsdygtigt over for potentielle bias, hvilket fordrer en systematisk udvælgelse af studier på baggrund af inklusionskriterierne samt studierne relevans og metodiske stringens. Således er den systematiske tilgang i reviewprocessen kodeordet for, hvorvidt et review er udført effektivt samt lever op til kvalitetskriterierne herfor (Booth et al., 2016). Efter inklusion og dataekstraktion af de forskellige primærstudier samt kritisk kvalitetsvurdering heraf, syntetiseres den viden, der fremkommer, med det formål at kunne præsentere den bedste evidens for en fremtidig indsats til sårbare gravide differentieret til niveau tre. Ifølge Booth

et al. (2016) kan en systematisk syntetisering danne baggrund for et sundhedsprogram eller en sundhedsindsats, men samtidig give information om risikoen for at skade nogen. Dermed kan et systematisk review bidrage med viden om negative utilsigtede konsekvenser for et tilbud målrettet sårbare gravide differentieret til niveau tre, hvilket er afgørende for, hvorvidt en indsats bør medtages i et vidensgrundlag for de danske anbefalinger til svangreomsorgen. Anvendelse af systematisk review som metode kan bidrage til at sikre, at svangreomsorgens anbefalinger for omsorgen til sårbare gravide som differentieres til niveau tre, er funderet i den bedste evidens på området.

I dette speciale udarbejdes et systematisk review, som har til formål at kortlægge hvilke svangreomsorgstilbud, der har effekt på sårbare gravide kvinder differentieret til niveau tre. Det systematiske review er ifølge Johannsen og Pors (2013) et eksempel på et forskningsdesign, hvilket af Launsø og Rieper (2017) defineres som et forskningsstudies overordnede forskningsstrategi. I indeværende speciale fungerer det systematiske review som specialets design og er dermed den overordnede forskningsstrategi. Reviewspørgsmålet, der lyder: *hvilke svangreomsorgstilbud til sårbare gravide har effekt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen?*, har fokus på tre forskellige effektmål - præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn. Med afsæt i forskningsspørgsmålets primære fokus på effekt, funderes specialets reviewproces i Cochranes tilgang til 'Reviews of the effects of interventions' (Higgins & Green, 2011), da denne systematiske reviewtype betragter evidensen for effekten af sundhedsrelaterede interventioner (Higgins & Green, 2011), hvilket i dette speciale vil være svangreomsorgstilbud. Inden for denne type af systematiske reviews er der primært fokus på randomiserede kontrollerede forsøg, da dette er det mest robuste forskningsdesign til vurdering af effekter, men der kan også inkluderes studier af andre forskningsdesigns, eksempelvis ikke-randomiserede forsøg og studier, der omhandler patienters oplevelser af interventioner (Higgins & Green, 2011). Dette perspektiv på, hvilke studietyper der kan bidrage med relevant viden, deles af Wulff og Gøtzsche (2006), der - som tidligere nævnt - beskriver, at grundlaget for kliniske beslutninger må omfatte både den naturvidenskabelige og den humanistiske disciplin. Denne systematiske reviewtype er således i tråd med specialets flervidenskabelige afsæt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb.

4.4 Inklusions- og eksklusionskriterier

Et systematisk review adskiller sig ifølge Cochrane Handbook (2011) fra eksempelvis et narrativt review ved at have præspecificerede in- og eksklusionskriterier. Udarbejdelsen af tydelige inklusionskriterier anses som afgørende, og ifølge Lund et al. (2017) medvirker tydeliggørelsen af sådanne inklusionskriterier til at holde fokus under gennemlæsning af søgningens resultater, men i høj grad også til, at processen bliver transparent for læseren, og dermed øges validiteten af det systematiske

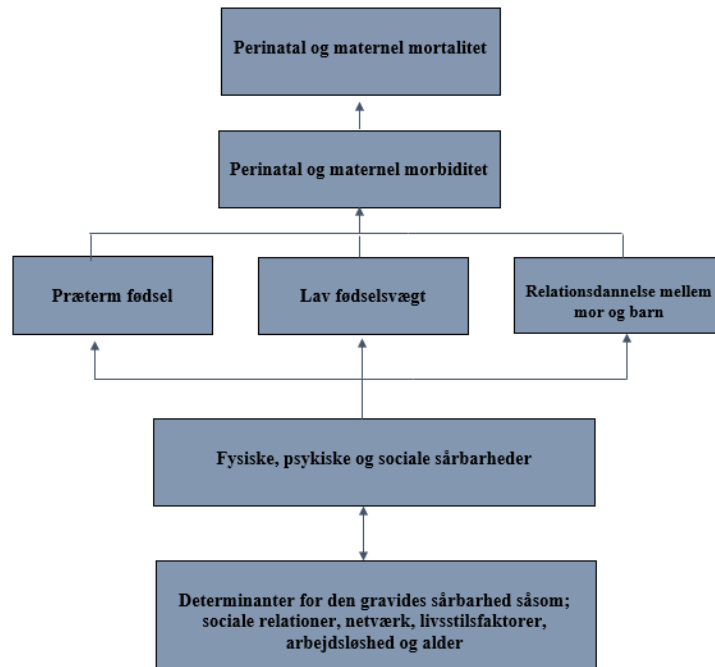
review. I tabel 4.1 ses inklusionskriterierne, som også har en ekskluderende funktion. Ved gennemlæsning af studierne vurderes disse i forhold til inklusionskriterierne og ekskluderes, hvis studiet ikke lever op til disse. Kriterierne i denne systematiske litteratursøgning handler særligt om deltagere, interventionstyper og typer af outcome (2017).

Inklusionskriterier	
Population	Sårbare gravide med karakteristika svarende til svangreomsorgens differentieringsniveau tre.
Intervention	Præ-, peri- og postnatale svangreomsorgstilbud målrettet mor og/eller mor og barn
Outcomes	Præterm fødsel Lav fødselsvægt Relationsdannelse mellem mor og barn
Studiedesign	Eksperimentelle studier (gerne randomiserede kontrollerede forsøg). Observationelle effektevalueringer med en kontrol eller sammenligningsgruppe. Kvalitative studier af indsatser/kvalitative evalueringer af indsatser.
Publikationstype	Primære forskningsstudier. Engelsk, dansk, norsk og svensk.
Geografisk område	Lande hvor konteksten kan overføres til en dansk kontekst.

Tabel 4.1: Oversigt over inklusionskriterier.

I forhold til populationen fokuseres på interessegruppen, i dette speciale *sårbare gravide*, og hvordan studierne definerer disse. Altså om definitionen er overførbart til gruppen af sårbare gravide som er differentieret til niveau tre i den danske svangreomsorg. I forhold til typer af interventioner fokuseres på *svangreomsorgstilbud* målrettet gruppen af sårbare gravide. I forhold til outcome fokuseres søgningen på forskellige studier med forskellige typer af effektmål i form af *præterm fødsel* og *lav fødselsvægt* samt *relationsdannelsen* mellem mor og barn. Det outcome der omhandler relationsdannelsen mellem mor og barn er i højere grad svært at definere sammenlignet med outcomes vedrørende præterm fødsel og lav fødselsvægt. I indeværende speciale er der udarbejdet en model vedrørende den hierarkiske årsagssammenhæng relateret til de forskellige outcomes (figur 4.2). Denne model bidrager med systematik og præcision i udvælgelsesprocessen og er et supplement til de præspecificerede inklusionskriterier. Modellen er udarbejdet med udgangspunkt i problemanalysen,

hvor gruppen af sårbare gravide differentieret til niveau tre, karakteriseres ud fra hvilke fysiske, psykiske, sociale og andre sårbarheder de måtte have, samt hvilke sociale determinanter, der kan påvirke disse.



Figur 4.2: Hierarkisk inddeling af årsagssammenhænge

4.5 Søgestrategi

Formålet med en tydelig søgestrategi er at dokumentere udførte litteratursøgninger samt at sikre muligheden for opdatering og/eller gentagelse af litteratursøgningen på et senere tidspunkt (Kristiansen & Hjørland, 2013). I denne systematiske litteratursøgning vil der søges efter primære studier, defineret som tilgængelige videnskabelige studier omhandlende ny konceptuelt og empirisk drevet viden (Gough, Oliver, & Thomas, 2013) eksempelvis i form af randomiserede kontrollerede forsøg og andre interventionsstudier. Sigtet med søgestrategien i den systematiske litteratursøgning vil være at tilrettelægge en udtømmende litteratursøgning i relevante databaser, med det formål at kunne besvare specialets forskningsspørgsmål. Høj sensitivitet er nødvendigt for at sikre, at søgningen bliver udtømmende (Higgins & Green, 2011). Sensitiviteten i den systematiske litteratursøgning kan defineres som antallet af relevante studier, der fremsøges, i forhold til det samlede antal fremsøgte studier (Higgins & Green, 2011). Dog kan høj sensitivitet betyde, at søgningen forekommer mindre præcis ved gennemlæsning og selektion af studierne, men er en nødvendighed for at alle relevante studier fremkommer i søgningen, og dermed afgørende for kvaliteten af selve det systematiske review

(Higgins & Green, 2011). I indeværende systematiske review lægges stor vægt på sensitiviteten for ikke at overse relevante studier, selvom det betyder, at der vil kunne forekomme en søgning med mere støj samt et højere antal studier, som skal screenes. Ligeledes understreger Cochrane Handbook (2011), at der ikke bør anvendes flere forskellige søgekoncepter i en systematisk litteratursøgning, men at der bør være overensstemmelse og transparens i valget af søgetermer på tværs af databaser. Da databaserne indekserer nye artikler med forskellige kontrollerede emneord, vil systematikken altså bestå i at skabe transparens i søgestrategien. I dette review sikres systematikken ved at opstille de overordnede fagbegreber, som i de enkelte databaser oversættes til kontrollerede emneord samt fritekstord, der således danner udgangspunkt for samtlige systematiske søgningerne i de forskellige databaser (se tabel 4.3).

De kontrollerede emneord og selve søgestrategien for de enkelte databaser kan derfor forekomme forskellige, idet de kontrollerede emneord i de forskellige databaser ikke er de samme, men valget af disse afspejles i de overordnede begreber for søgningen. Det samme gør sig gældende for fritekstord, som skræddersys til hver enkelt database, således at der udføres testsøgninger på de enkelte fritekstord, og den søgning med flest hits og relevante studier vælges. Dermed vil der forekomme forskellige fritekstord i blokkene afhængigt af databasen (se bilag 2).

4.5.1 PIO

Opbygningen af selve den systematiske litteratursøgning tager udgangspunkt i PICO-modellen, som det er anbefalet af Cochrane Handbook (2011). I udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning ud fra PICO bør der, ifølge Cochrane Handbook (2011), søges på en specifik intervention og eventuelt dennes comparison, da målet med Cochrane reviews ofte er at generere viden om en sammenligning af disse to. Det er dog ikke tilfældet i indeværende speciales systematiske litteratursøgning, da målet her er at generere viden om, hvilke interventioner der eksisterer målrettet de specifikke outcomes præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn. Derfor struktureres den systematiske litteratursøgning uden comparison blokken, hvilket vil sige ud fra PIO-modellen, som beskriver de tre elementer *Participants*, *Intervention* og *Outcome*. Med identifikation af centrale begreber indenfor hvert element lettes processen med søgning og sortering af litteratur. Strukturen øger de kliniske problemstillinger præcision og frembringer mere præcise og relevante søgeresultater (Frandsen, Dyrvig, Christensen, Fasterholdt, & Oelholm, 2014). I PIO-modellen anvendes blokke, som hver indeholder et element. Altså en blok omhandlende participants, en blok omhandlende intervention og en blok omhandlende outcome. Sidstnævnte blok inddeles yderligere i tre omhandlende de tre forskellige outcomes A, B og C.

Participants	Intervention	Outcome
Sårbare gravide.	Udvidet svangreomsorgs-tilbud.	A. Præterm fødsel B. Lav fødselsvægt C. Relationsdannelse mellem mor og barn

Tabel 4.3: PIO-modellens fagbegreber som udgangspunkt for de systematiske litteratursøgninger.

I ovenstående tabel ses de opstillede overordnede fagbegreber, der skal danne udgangspunkt for de systematiske litteratursøgninger i de forskellige databaser og valget af søgeord. Fagbegreberne udspringer blandt andet af den viden, der er opnået gennem problemanalysen og ligeledes fra den litteratur, der er anvendt hertil. Derudover ligger flere testsøgninger til grund for blokkene og deres indhold.

Søgeteknisk anvendes de boolske operatorer ”AND” og ”OR” til at kombinere søgninger (Buus, Boldrup, Rossen, & Kristiansen, 2008). En søgning kan udvides ved at kombinere søgetermerne med ”OR” og dermed opnås foreningsmængden af søgningerne. Ligeledes kan en søgning indsnævres ved at kombinere søgetermerne med ”AND”, hvormed fællesmængden af søgningerne opnås. Anvendes en opstilling med blokke, som det er tilfældet i specialets systematiske litteratursøgning, fås væsentlig hjælp til at forberede søgningen, netop fordi ”OR” anvendes mellem de forskellige synonymer for søgetermerne inden for blokken og ”AND” anvendes mellem blokkene (Buus et al., 2008; Lund et al., 2017).

4.5.2 Søgetermer

For at generere så mange relevante studier som muligt er det vigtigt at udarbejde præcise søgetermer med afsæt i den givne problemstilling (Kristiansen & Hjørland, 2013). Dette gøres blandt andet med kædesøgning, som ifølge Rienecker & Jørgensen (2012) har sin styrke ved at føre fra en god reference til en anden samt bevidst tilfældig søgning, som beror på at lade sig inspirere og at man bevidst lader tilfældighederne råde. Inden for søgetermer kan der skelnes mellem kontrollerede emneord og fritestord (Buus et al., 2008). En kortlægning af de forskellige databasers kontrollerede emneord er essentiel i udførelsen af et systematisk review, da disse er med til at sikre en øget præcision og dermed et bedre søgeresultat (Lund et al., 2017). Ifølge Cochrane Handbook (2011) er det et krav, at der søges

på både fritekst og kontrollerede emneord for at litteratursøgningen bliver udtømmende samt at der skal anvendes en bred varians af synonyme søgetermer inden for hver blok. Derfor er der i denne systematiske litteratursøgning udført talrige, grundige indledende søgninger med fokus på at identificere de mest præcise synonymer for forskningsspørgsmålets fagbegreber. I overensstemmelse med Cochrane Handbooks (2011) anbefalinger findes det i høj grad nødvendigt at inkludere fritekstsøgninger i denne systematiske litteratursøgning, idet målgruppen for problemfeltet er en snæver, men dog svært definerbar gruppe, som ikke med sikkerhed er indeholdt i de indekserede, kontrollerede emneord. I bilag 2 ses de valgte kontrollerede emneord og fritekstsøgninger for de enkelte databaser. Ifølge Cochrane Handbook (2011) må der søges en balancegang mellem høj sensitivitet og præcisionen af litteratursøgningen, hvilket i indeværende systematiske litteratursøgning søges gjort ved en systematisk afvejning af, hvilke og hvor mange kontrollerede emneord og fritekstsøgninger, der anvendes. På denne måde sikres en tilstrækkelig afdækning af problemfeltet, uden at søgningen vil præges af for meget støj.

4.5.3 Databaser

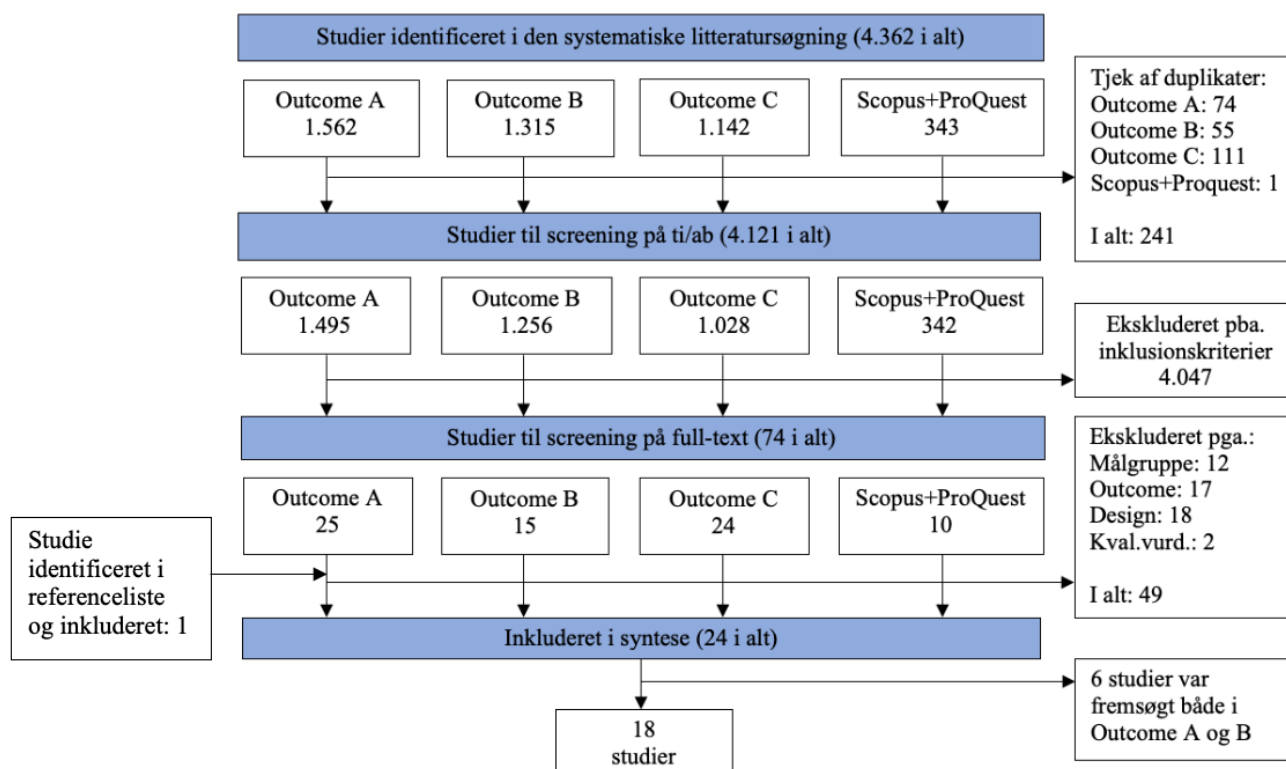
For at få en reelt udtømmende søgning, som kan give svar på specialets forskningsspørgsmål, må der søges i flere databaser, hvilket ifølge Lund et al. (2017) også vil resultere i et tværfagligt vidensgrundlag. Indenfor evidensbaseret praksis er der, ifølge Birger Hjørland (2010), belæg for at udvælge og prioritere i de databaser, der kan bidrage med evidens inden for det givne problemfelt. De følgende databaser er relevante at afsøge, idet disse er medicinske, sociologiske, psykologiske og samfundsvidenskabelige, og indeholder relevante studier indenfor problemfeltet. Databaserne for det medicinske felt, *Cochrane Library*, *Embase* og *PubMed*, forventes at bidrage med studier om interventioner indenfor svangreomsorgen til sårbare gravide. Særligt Embase og PubMed indeholder studier indenfor det medicinske felt, hvor Cochrane Library er en samling af seks databaser som indeholder forskellige typer evidens af høj kvalitet, navnlig randomiserede kontrollerede forsøg (Lund et al., 2017). Det forventes at de sårbare kvinders oplevelser af interventionerne i svangreomsorgen og at viden om negative utilsigtede konsekvenser bliver udfoldet og kan fremanalyses via litteratur fra de sundhedsvidenskabelige databaser *Cinahl* og *Psycinfo*. Disse databaser indeholder litteratur fra sygeplejefaglige, psykologiske, sociale og sundhedsfaglige tidsskrifter (Lund et al., 2017). I ovennævnte databaser udføres systematiske søgninger funderet i både kontrollerede emneord og fritekstsøgninger, da disse databaser netop indekserer deres artikler med kontrollerede emneord. Derudover afsøges de tværfaglige databaser *ProQuest* og *Scopus*, da disse indeholder en bred dækning indenfor humaniora, samfundsvidenskab, naturvidenskab, medicin samt socialvidenskabelig litteratur

(Lund et al., 2017), og således forventes at indeholde litteratur indenfor hele problemfeltet. I disse databaser indekseres artiklerne ikke med kontrollerede emneord og derfor søges kun på fritekstsøgninger. Således adskiller søgningen i Scopus og ProQuest sig fra søgningerne i de andre databaser.

4.5.4 Udvalgelse og kvalitetsvurdering af relevante studier

I udvælgelsen af de fremsøgte studier skal der ifølge Meade og Richardson (1997) anvendes reliable, upartiske og eksplicitte strategier for at sikre en objektiv, værdineutral udvælgelse af relevante studier, som ikke er påvirket af de udvælgende subjekter. Cochrane Handbook (2011) refererer til Meade og Richardson (1997) i deres anbefalinger for udvælgelse af relevante studier, hvor det anbefales at mindst to personer læser og vurderer studierne med henblik på at reducere fejlvurderinger. To af specialegruppens medlemmer vurderer titel og abstract på de fremsøgte studier. Såfremt abstract ikke er tilgængeligt læses andre summariske afsnit, såsom studiets konklusion (Gough et al., 2013). Alle fremsøgte studier overføres til referencehåndteringssystemet RefWorks, som bidrager med overblik over studierne. I RefWorks tjekkes for duplikater, studierne screenes og in- og eksklusionsårsager kan noteres. Efterfølgende nærlæses full-text versionen af de tilbageværende studier, og vurderer studierne relevans ud fra inklusionskriterierne.

I flowdiagrammet (figur 4.4) ses udvælgelsesprocessen, som er illustreret med en opdeling af antallet af hits fordelt på de outcomes, de er fremsøgt på, herunder A: præterm fødsel, B: lav fødselsvægt og C: relationsdannelse mellem mor og barn. Søgningen på Scopus og ProQuest er ikke foretaget fordelt på outcomes, hvorfor disse er lagt sammen i deres egen rubrik i flowdiagrammet. Ved inklusion af studier i syntese ses det, at studierne fundet i disse to databaser er blevet fordelt på de outcomes, som var relevant for det enkelte studie. Antallet af inkluderede studier er 24 efter tjek af duplikater samt første og anden screening. Ud af disse 24 studier, er 18 heraf forskellige studier. Det vil sige, at den samme artikel er fremsøgt flere gange, men på forskellige outcomes. Dette er tilfældet med seks artikler, der både er fremsøgt og inkluderet for outcome A: præterm fødsel og outcome B: lav fødselsvægt.



Figur 4.4: Flowdiagram over screening og inklusion af studier

I begge udvælgelsesfaser diskuteres uoverensstemmelser i forhold til udvælgelsen mellem de to gruppemedlemmer. Hvis nødvendigt inddrages det tredje gruppemedlem vedrørende beslutningen om udvælgelsen, som anbefalet af Meade og Richardson (1997). Efterfølgende foretages en kritisk kvalitetsvurdering af de udvalgte studier med afsæt i relevante kvalitetsvurderingsredskaber (Buus et al., 2008), hvilket i dette speciale er CASP, ROBIN-I og RoB II (se kvalitetsvurdering, bilag 3). Den kritiske kvalitetsvurdering af studierne fokuserer primært på om studiets resultater er valide (Booth et al., 2016). Dette fokus medvirker til belysning af styrker og begrænsninger ved de enkelte studier, som vil få betydning for, hvorvidt de skal medtages i udarbejdelsen af det endelige vidensgrundlag. Derudover vurderes studiernes evidensniveau med afsæt i kvalitetsvurderingsredskaberne og evidenshierarkiet (tabel 4.5). CASP anvendes ved kvalitative studier. ROBIN-I til kvasi-eksperimentelle studier. RoB II benyttes til studier med randomiserede kontrollerede forsøg.

Niveau	Studietype
1a	Systematiske reviews af RCT.
1b	Enkeltstående RCT af god kvalitet.
1c	Kontrollerede, men ikke randomiserede forsøg.
2a	Systematiske reviews af kohortestudier.
2b	Enkeltstående kohortestudier. Dårlige RCT.
3a	Systematiske reviews over casekontrolstudier.
3b	Enkeltstående casekontrolstudier.
4	Caseserier eller kohortestudier eller casekontrol af dårlig kvalitet.
5	Ekspertvurderinger, konsensuskonferencer, kvalitative designs mv.

Tabel 4.5: Evidenshierarkiet fra metodedebatten om evidens, side 19 (Rieper & Hansen, 2007).

Samtidig vil kvalitetsvurderingen på tværs af alle studierne fokusere på validitet, reliabilitet og generaliserbarhed (Booth et al., 2016). Inden for vurderingen af de kvalitative studier oversættes disse kvalitetsparametre til transparens, gyldighed og genkendelighed (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Gruppemedlemmerne vurderer studierne ud fra tjeklisterne og de relevante kvalitetsparametre, og foretager en samlet vurdering heraf. Er der uoverensstemmelse mellem gruppemedlemmernes vurdering afklares dette indbyrdes, og der tages en endelig beslutning vedrørende vurderingen af det givne studie.

4.6 Dataekstraktion

Dataekstraktion er kernen i det systematiske review, og nøglen til at demonstrere den systematiske tilgang. Ved dataekstraktion identificeres relevant information systematisk i forhold til forskningsspørgsmålet (Booth et al., 2016). Ifølge Buscemi et al. (2006) er dette trin i det systematiske review særdeles vigtigt og kritisk for resultaterne og konklusionen, da den efterfølgende syntetisering og analyse stammer fra dataekstraktionen. Ifølge Booth et al. (2016) omformes ellers forskellige studier til et ensartet format, ved at studierne behandles ens. På baggrund af dette bliver sammenligning og afrapporteringen af studierne resultater faciliteret i forhold til fund og mangler (Booth et al., 2016). Ud fra en forudbestemt og struktureret formular er det specificeret, hvilke data der skal fokuseres på i hvert studie. Med afsæt i forskningsspørgsmålet nærlæses alle inkluderede studier, og kun relevante data trækkes ud af disse (Booth et al., 2016; Buscemi et al., 2006). I indeværende speciale udføres *single data extraction* (figur 4.6). Ved single data extraction udføres ekstraktion af én reviewer, og en anden reviewer kvalitetstjekker og verificerer dataekstraktionen. Eventuelle uenigheder løses ved diskussion eller ved at inddrage en tredje person (Buscemi et al., 2006).

	Single data extraction	Double data extraction
Fordele	Tids- og ressourcebesparende Hurtig ekstraktionsmetode	Gylden standard Alt data er ekstraheret og valideret af to reviewere Mindre risiko for bias
Ulemper	Risiko for fejl Udfordringer i forhold til uenigheder mellem reviewere	Tids-og ressourcekrævende
Anvendes ved	Udvikling af retningslinjer	Udvikling af retningslinjer

Figur 4.6: Udformet med inspiration fra Buscemi et al. (2006), med oversigt over tilgange til dataekstraktion.

Som det fremgår af ovenstående model, er der fordele og ulemper både ved brugen af *single data extraction* og *double data extraction*. Dog angiver Buscemi et al. (2006), at der ikke eksisterer empirisk evidens for forskellige ekstraktionsmetoder og omfanget af potentielle fejl som følge af metodernes udførelse og indflydelse på studierne fund. Både Mathes et al. (2017) og Buscemi et al. (2006) tilføjer yderligere, at trods en øget risiko for fejl ved single data extraction, vil det ikke nødvendigvis have indflydelse på fundene. Single data ekstraktion kan i nogle tilfælde være fordelagtigt i forhold til undersøgelsens egenskaber og elementer såsom outcomes og patientoplevelser (Higgins & Green, 2011; Higgins, Lasserson, Chandler, Tovey, & Churchill, 2018; Mathes et al., 2017). Da dataekstraktion er en tidskrævende proces, er faktorer som ressourcer og tidsaspekt væsentlige at overveje i forhold til valg af ekstraktionsmetode, idet utilstrækkelig tid og ressourcer kan have negativ indflydelse på dataekstraktionen (Buscemi et al., 2006). Således findes valget af single data ekstraktion frem for double data ekstraktion relevant for dette speciales reviewproces. Den strukturerede formular til ekstraktionen er udarbejdet af specialegruppens medlemmer og inspireret af Booth et al. (2016) og Cochrane's Data Collection Form (2011) (se bilag 4). Den ekstraherede mængde data overføres til en overbliksskabende matrice (Garrard, 2017).

4.7 Syntetiseringsstrategi

I dataekstraktionen skabes data til syntetiseringen som er et væsentligt trin i reviewprocessen (Booth et al., 2016). I syntesen skabes ny viden, da data fra forskellige kilder sammenfattes og dermed tillader at sammenlægge fund fra studier for at identificere mønstre og retninger i resultaterne (Booth et al., 2016). Ved systematiske reviews, som inkluderer både kvantitative og kvalitative primærstudier, er det relevant at udføre en narrativ syntese, hvilket er en syntese som primært opsummerer fund af

studierne i tekst (Booth et al., 2016). Syntetiseringen vil foretages med afsæt i den udarbejdede matrice, som indeholder materialet fra dataekstraktionen. Når der udarbejdes en syntese integreres informationen fra matrixens kolonner på tværs af studierne (Garrard, 2017) og dermed vil syntesen bero på en tværgående analyse af temaer samt ligheder og forskelle på tværs af studierne. På denne måde foretages en sammenligning af de metodiske styrker og begrænsninger på tværs af studierne, ligheder og forskelle mellem sårbarhederne, som karakteriserer de deltagende kvinder samt de forskellige studiers ligheder og forskelle i forhold til interventionen og resultaterne heraf. På denne måde bidrager syntesen med en sammenfatning af tematiske elementer på tværs af studierne og således fremlægges den samlede evidens for, hvilke indsatser der virker for sårbare gravide med hensyn til forebyggelse af præterm fødsel, lav fødselsvægt samt at støtte relationsdannelsen mellem mor og barn. Efterfølgende vil der foretages en analyse af brugeroplevelsen af interventionerne samt negative utilsigtede konsekvenser heraf. Således vil syntetiseringen udføres i parallelle spor (Higgins & Green, 2011) afhængigt af og med fokus på kvantitative og kvalitative outcomes samt det sekundære outcome om negative utilsigtede konsekvenser.

5 Syntese af resultater

I det følgende foretages en tværgående analyse af de inkluderede studier. Analysen opdeles i flere dele for at skabe gennemsigtighed og består af følgende: *ligheder og forskelle ved studiernes metodiske tilgang, sårbarheder hos deltagergrupperne samt ligheder og forskelle ved interventionerne og resultaterne heraf*. Herudover foretages en analyse af *brugeroplevelsen og negative utilsigtede konsekvenser*. Analysen understøttes af tabeller, som medvirker til at underbygge systematikken i analysen. Med dette afsæt vil første del af problemformuleringen således besvares.

5.1 Oversigt over inkluderede studier

Dette systematiske review inkluderer i alt 18 studier, hvoraf 12 er interventionsstudier, der har undersøgt effekten af en intervention i forhold til præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelse mellem mor og barn. Derudover inkluderes seks kvalitative studier, der bidrager med brugeroplevelser af deltagelse samt viden om negative utilsigtede konsekvenser ved svangreomsorgstilbud. Nedenstående tabel 5.1 er en oversigt over de inkluderede studier med oplysninger om de enkelte studiers design og evidensniveau. Rækkefølgen af studierne er baseret på deres evidenshierarkiske placering.

Titel, forfatter, årstal	Design	Evidensniveau
Doyle, McGlanaghy, Palamaro-Munsell og McAuliffe, 2014: <i>Home based educational intervention to improve perinatal outcomes for disadvantaged community: A randomized control trial.</i> Irland.	Randomiseret kontrolleret forsøg	1b
Ortiz Collado, Sáez, Favrod og Hatem, 2014: <i>Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France.</i> Spanien og Frankrig.	Randomiseret kontrolleret forsøg	1b
Felder, Epel, Lewis, Cunningham, Tobin, Rising, Thomas og Ickovics, 2017: <i>Depressive Symptoms and Gestational Length among Pregnant Adolescents: Cluster Randomized Control Trial of Centering Pregnancy Plus Group Prenatal Care.</i> USA.	Cluster randomiseret forsøg	1b
Kemp, Harris, McMahon, Matthey, Vimpani, Anderson, Schmied, Aslam og Zapart, 2011 <i>Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomized controlled trial.</i> Australien.	Randomiseret kontrolleret forsøg	1b

Lee, Mitchell-Herzfeldt, Lowenfels, Greene, Dorabawila og Dumont, 2009: <i>Reducing low birth weight through home visitation - a randomized controlled trial</i> USA.	Randomiseret kontrolleret forsøg	1b
Brooten, Youngblut, Brown, Finkler, Neff og Madigan, 2001: <i>A randomized controlled trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs.</i> USA.	Randomiseret kontrolleret forsøg	1b
Cooper, De Pascalis, Woolgar, Romaniuk og Murray, 2015: <i>Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother-infant relationship: a randomized controlled trial.</i> England.	Randomiseret kontrolleret forsøg	1b
Brownell, Chartier, Nickel, Chateau, Martens, Sarkar, Burland, Jutte, Taylor, Santos og Katz, 2016: <i>Unconditional Prenatal Income Supplement and Birth Outcomes.</i> Canada.	Kvasiekperiment	1c
Guthrie, Gaziano, og Gaziano, 2009: <i>Toward better beginnings. Enhancing Healthy Child Development and Parent-Child Relationships in a High-Risk Population.</i> England.	Kvasiekperiment	1c
Smith, Shao, Howell, Lin og Yonker, 2010: <i>Perinatal Depression and Birth Outcomes in a Healthy Start Project.</i> USA	Non-randomiseret forsøg	1c
Moore, Meis, Ernest, Wells, Zaccaro og Terell, 1998: <i>A Randomized Trial of Nurse Intervention to Reduce Preterm and Low Birth Weight Births.</i> USA.	Randomiseret kontrolleret forsøg	2b
Field, Diego, Hernandez-Reif, Deeds og Figueiredo, 2009: <i>Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression.</i> USA.	Randomiseret kontrolleret forsøg	2b
Birtwell, Hammond og Puckering, 2015: <i>'Me and my Bump': An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women.</i> England.	Kvalitativt studie	5
Jakobsen og Overgaard, 2018: <i>'They'll be judging us' a qualitative study of pregnant women's experience of being offered participation in a supportive intervention.</i> Danmark.	Kvalitativt studie	5
Kirkpatrick, Barlow, Stewart-Brown og Davis, 2007: <i>Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting.</i> England.	Kvalitativt studie	5

Balaam og Thomson, 2018: <i>Building capacity and wellbeing in vulnerable/marginalised mothers: A qualitative study.</i> England.	Kvalitativt studie	5
Moore, Ketner, Walsh og Wagoner, 2004: <i>Listening to women at risk for preterm birth - their perceptions of barriers to effective care and nurse telephone intervention.</i> USA.	Brugerperspektiv	5
Saías, Lerner, Greacen, Emer, Guédeney, Dugravier, Tubach, Tereno og Guédeney, 2016: <i>Parent-Provider relationship in home visiting interventions.</i> Frankrig.	Kvalitativ evaluering af en intervention	5

Tabel 5.1: Oversigt over inkluderede studier

5.2 Matrice

Fundene i det systematiske review vil ligge til grund for det evidensbaserede vidensgrundlag med henblik på at styrke anbefalingerne til svangreomsorgen. De nedenstående matricer er udarbejdet for at skabe overblik over de inkluderede studier (Garrard, 2017). Matricerne indeholder studierne generelle informationer, evidensniveau, studiets design og metode, formål, outcome og studiepopulation samt intervention og studiets resultater. Derudover angives den kritiske kvalitetsvurdering af studiet. De præsenterede resultater er særligt udvalgt med afsæt i dette speciales interesse-outcomes: præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn. Matricerne er systematiseret efter studierne evidenshierarkiske placering.

Matrice 5a

<i>Home based educational intervention to improve perinatal outcomes for disadvantaged community: A randomised control trial</i> af O. Doyle, E. McGlanaghy, E. Palamaro-Munsell, F.M. McAuliffe. 2014. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg efter intention-to-treat. Barselsklinik i Irland, Dublin. Interventionsgruppen: 115 Kontrolgruppen: 118 Randomisering udført via en hjemmeside, som automatisk fordeler deltageren. Researcheren var blindet, og foretog indsamling af data til baseline i deltagernes hjem.	Undersøger: Effekten af hjemmebesøg, Preparing for Life, på perinatale outcomes, målrettet kvinder bosat i socialt udsatte lokalsamfund. Neonatale outcomes: fødselsvægt, gestationel alder, præmaturitet, Apgar score. Maternelle outcomes: spontan fødsel, kejsersnit (også akut og selvvalgt). Anden instrumentalt indgreb under fødslen. Inklusionskriterier: Arbejdsløse, lavtuddannede, enlige gravide bosiddende i socialt udsatte områder. Modtager af økonomisk støtte.	Interventionen, PFL: Udføres af trænedde mentorer med baggrund i eks. psykologi og børneområdet. Disse fik intensiv oplæring og ugentlig supervision. Kvinderne havde altid kontakt til samme mentor. De modtog besøg hver anden måned i en varighed af en time. I gennemsnit, blev der gennemført seks besøg, trods aftaler for 10 besøg. Emner: forberedelse til fødsel, social støtte, sund kost, psykisk tilstand og bekymringer ift. graviditet. Kontrol: Tilbydes pjecer om graviditet og kan benytte sig af standardiserede prænatale svangreomsorgstilbud.	Resultatet af studiet viste ingen statistisk signifikante præventive effekter i forhold til præterme fødsler eller fødselsvægt ((præterm fødsel: OR: 1,04 [0,36; 2,98] p=0,473)(fødselsvægt: mean kontrol 3302 vs mean intervention 3268, p=0,349))	Checkliste: ROB II Vurdering: 'Some concerns'. Reliabilitet: Fin redegørelse for metode og statistisk analyse. Der argumenteres ikke for håndtering af missing/dropouts, hvilket anses er en svaghed. Validitet: Intern: Stor andel der slet ikke modtager hjemmebesøg. Stor forskel i hvor mange besøg deltagerne har fået. Antallet af deltagere er relativt lille. Ekstern: Generaliserbarheden til andre lokalsamfund og boligområder er usikker, da studiet ikke er udført på tværs af flere socialt udsatte lokalsamfund.

Matrice 5b

<i>Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France</i> af M.A. Ortiz Collado, M. Saez, J. Favrod & M. Hatem. 2014. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg efter intention-to-treat. Tre offentlige hospitaler i Barcelona og Figueres, Spanien og Beziers, Frankrig. Randomisering til grupperne blev udført af en ekstern, blindet statistiker. Interventionsgruppe: 92 Kontrolgruppen: 92 Samplesize/powerberegning: den ideelle samplesize er beregnet til 200, men der analyseres kun på 127 Baseline data: Vurdering af risiko for postnatal depression ved første eller anden ultralydsskanning ud fra spørgeskema. Postpartum selvadministreret, spørgeskema, udfyldt senest 12 uger efter fødslen.	Undersøger: Evaluere effekten af en psykosomatisk prænatal indsats, ift. reducere af symptomer på postpartum depression Primært outcome: postpartum depression Sekundært outcome: præterm fødsel, fødselsvægt. Inklusionskriterier: Gravide i risiko for postnatal depression og deres partnere ud fra tre risikofaktorer: socioøkonomisk status, ringe social support og risiko for postpartum depression.	Intervention: 10 ugentlige gruppemøder med seks til otte par i hver gruppe, med start i andet trimester. Gruppemøderne blev faciliteret af jordemødre. Emner: individuelle følelser, følelsesmæssige bånd mellem de individuelle par. Telefonopkald mellem møderne for at reducere frafald og dokumentere utilsigtede hændelser. Kontrol: Standardiseret prænatal svangreomsorg som indeholder otte til 10 sessioner med fokus på fødsel, af to timers varighed.	Andelen af præmature fødsler afveg signifikant ($p=0,003$) mellem de to grupper: 22,4% (n:13) i kontrolgruppen og 4,40% (n:3) i interventionsgruppen. Desuden vejede spædbørnene i kontrolgruppen signifikant mindre end babyerne fra mødre i interventionsgruppen. (Kontrol: 3019,01 gram SD: 668,83. Intervention: 3301,87 gram, SD: 506,65. $p=0,01$) (jf. tabel 4).	Checkliste: ROB II Vurdering: Lav til moderat risiko for bias. Reliabilitet: Metodiske og analytiske valg beskrives tydeligt. Der argumenteres ikke for håndtering af missing/bortfald. . Validitet: Intern: Validiteten af studiet påvirkes af det gennemsnitligt store dropout, som medvirker til en relativ lille sample. Dette kan medvirke til at resultaterne er behæftet med usikkerhed. At der ikke fandtes statistiske signifikante effekter af indsatsen kan ligeledes være påvirket af samplesize.

Matrice 5c

<i>Depressive Symptoms and Gestational Length among Pregnant Adolescents: Cluster Randomized Control Trial of Centering Pregnancy Plus Group Prenatal Care</i> af J.N. Felder, E. Epel, J.B. Lewis, S.D. Cunningham, J.N. Tobin, S.S. Rising, M. Thomas, J.R. Ickovics. 2017. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Cluster randomiseret forsøg efter intention-to-treat. 14 randomiserede sundhedscentre og hospitaler i New York, USA. Ingen argumentation for udførelse af randomisering. Intervention: 569 Kontrol: 566 Selvadministreret spørgeskema, udfyldt i 2., og 3. trimester samt seks og 12 måneder efter fødsel. Der blev tilbudt hjælp til ordblinde, enten spørgeskemaer med lyd eller assistance af en forskningsmedhjælper. Missings håndteres med multiple imputation. MCAR til bortfaldsanalyse.	Undersøger: 1) Effekten af interventionen på perinatal depression hos unge gravide. 2) Hvordan depressive symptomer påvirker den gestationelle alder for fødsel. Primært outcome: Graden af depression under graviditeten og efter fødslen måles ved depressionsskala, CES-D. GSA. Sekundært outcome: gestationel alder og præterm fødsel. Inklusionskriterier: Unge gravide kvinder 14-21 år, graviditetsuge < 24. Ikke højrisiko graviditet, engelsk- eller spansktalende, villig til deltagelse.	Interventionen, Centering Pregnancy Plus: I alt 20 timers støtte og gruppeundervisning. Udføres af obstetriker eller jordemoder, sammen med en anden sundhedsprofessionel. 10 møder af to timers varighed i grupper med 8-12 gravide, ca. samme graviditetslængde. Emner: kost, fysisk aktivitet, afslapningsmetoder, graviditetsrelaterede problemer, forældreskab og pleje af en nyfødt mm. Kontrol: Individuel standard prænatal omsorg.	Depression i tredje trimester og stigende grad af depressive symptomer gennem graviditeten var forbundet med signifikant højere risiko for en kortere gestationel periode, med 2,33 dage. Gruppebaseret svangreomsorg er en effektiv ikke-medicinsk metode, med positiv indvirkning på antallet af præterme fødsler. Gruppebaseret svangreomsorg reducerede graden af depressive symptomer hos unge gravide kvinder med 31% sammenlignet med individuel prænatal omsorg (15%) (jf. tabel 1).	Checkliste: ROB II Vurdering: 'Some concerns' Reliabilitet: Tydelig argumentation for metode og statistisk analyse. Anvendelse af multiple imputation til at håndtere missings, hvilket anses som en styrke. Validitet: Intern: Der er ikke indsamlet data om kvindernes brug af medicin eller psykologkonsultationer, hvilket øger risikoen for confounding. Ekstern: Studiet kan generaliseres til andre befolkningsgrupper svarende til studiets, dvs. unge gravide.

Matrice 5d

<i>Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomized controlled trial</i> af L. Kemp, E. Harris, C. McMahon, S. Matthey, G. Vimpani, T. Anderson, V. Schmied, H. Aslam, S. Zapart. 2011. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg efter intention-to-treat. Sydney, Australien. Interventionsgruppen: 111 Kontrolgruppen: 97 Ingen argumentation for udførelse af randomiseringen. Data blev indsamlet første gang ved rekruttering, og igen ved et, seks, 12, 18 og 24 måneder efter fødslen vha. forskellige redskaber, herunder: SF-12 (sundheden hos moderen), Edinburgh Depression Scale (EDPS) og McMaster Family Assessment Device (familiens funktionsniveau). Anvendelse af maximisation imputation for at håndtere missings.	Undersøger: Effekten af hjemmebesøg som en del af den universelle svangreomsorg ift. at forbedre overgangen til forælderrollen ved at støtte moderen i graviditeten samt forbedre den gravides og barnets helbred. Outcome: Primære: Kvaliteten af miljøet i hjemmet, der kan sikre en udvikling af barnet, interaktionen mellem barn og forældre, motorisk og adfærdsmæssig udvikling. Sekundære: Lav fødselsvægt, præterm fødsel, kvindens oplevelse af at være blevet mor. Inklusionskriterier: Gravide, engelsktalende og mindst én af følgende: alder under 19 år, score >10 på EDPS, manglende støtte, sen opstart af svangreomsorg (efter uge 20), større stressfaktorer de sidste 12 måneder, tidligere psykiske sygdomme, vold i opvækst.	Interventionsgruppen: Hjemmebesøg, udført af syge- eller sundhedsplejersker. Hjemmebesøg af en varighed på 60-90 min som havde fokus på den gravides behov. Derudover et forløb med 12 møder fordelt på et år, med fokus på barnets udvikling. Desuden adgang til andre relevante gruppeaktiviteter, indsatser eller samarbejdspartnere på børne- og sundhedsområdet. Kontrolgruppen: Standard prænatal svangreomsorg samt et hjemmebesøg af sundhedsplejersken to uger efter fødslen.	Der var ingen effekt af interventionen på lav fødselsvægt (OR 3,22 [0,65; 15,90] p=0,15) og præterm fødsel (OR 1,69 [0,60;4,74] p= 0,32) (jf. tabel 4). Kvinderne der modtog interventionen var mere følelsesmæssigt og verbalt interagerende med deres barn, sammenlignet med kontrolgruppen Intervention, M: 9,35 SE: 0,13. Kontrol, M: 8,88, SE: 0,14. mean difference: 0,47 (0,09;0,85) p= 0,02) (jf. tabel 2). Ingen forskel i følelsen af at være blevet mor mellem de to grupper (mean difference 0,22 [-1,16; 1,59] p= 0,76) (jf. tabel 5).	Checkliste: ROB II Vurdering: Lav risiko for bias. Reliabilitet: Fin argumentation for metode og statistisk analyse. Anvendelse af imputation til at håndtere missings, anses som en styrke Validitet: Intern: Den største begrænsning ved studiet er den forholdsvist lille studiepopulation, hvilket har betydet, at nogle af de statistiske beregninger ikke er stærke nok. Den lille studiepopulation hang sammen med interventionens indlejring i den universelle svangreomsorg, da sample size dermed blev begrænset af svangreomsorgens kapacitet.

Matrice 5e

<i>Reducing low birth weight through home visitation - a randomized controlled trial</i> af E. Lee, S. D. Mitchell-Herzfeldt, A. A. Lowenfels, R. Greene, V. Dorabawila, K. Dumont. 2009. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg efter intention-to-treat.. Tre klinikker beliggende i New York, USA. Interventionsgruppen: 621 Kontrolgruppen: 633 Der argumenteres ikke for udførelsen af randomisering. Missing håndteres, men er ikke anvist. Fødselsdata fra NYSDOH register ved New York State Department of Health. Baseline interview og follow-up interview efter fødslen.	Undersøger: Vurdere effekten af prænatale hjemmebesøg i forhold til reduktion af ugunstige graviditetsudfald blandt socialt sårbare gravide. Støtte den gravide til en positiv graviditetsoplevelse. Outcome: Lav fødselsvægt, præterm fødsel og SGA. Inklusionskriterier: Gravide (før 30. graviditetsuge) og nybagte mødre med børn <3 mnd. Økonomisk belastet, lav socioøkonomisk status. Kvinder med potentiel risiko for at yde omsorgssvigt overfor barnet.	Interventionen, Healthy Families of New York (HFNY): Hjemmebesøg hver anden uge, en times varighed. Emner: forbedre social støtte, prænatal uddannelse og henvise til øvrige relevante instanser. Leveres af personer med fællestræk med den gravide, som sprog og kulturel baggrund. De havde erfaring med arbejde med spædbørn/børn og modtog intensiv træning og supervision undervejs. Ledsager også den gravide til andre graviditetsrelaterede aktiviteter. Kontrol: Modtog information og henvisning til øvrige omsorgstilbud.	Interventionen er associeret med et signifikant reduceret antal af børn med lav fødselsvægt (AOR: 0,43 (0,21;0,89) p=0,022). Tidlig indsats påvirkede forekomsten af lav fødselsvægt positivt. Ved indsats før 24. graviditetsuge reduceres odds for lav fødselsvægt (AOR: 0,32 (0,14;0,74) p= 0,008), da den gravide potentielt kan få hjemmebesøg i mindst tre måneder. Ved indsats før 16. graviditetsuge: AOR: 0,13 (0,03;0,59) (p= 0,008) (jf. tabel 2). Der var ikke forskel i antallet af præterme fødsler blandt interventions- og kontrolgruppen (p-værdi opgives ikke i studiet). Kvinder i interventionsgruppen fødte færre SGA babyer end kontrolgruppen (8,8% vs 11,6%) Dog er disse forskelle ikke statistisk signifikante.	Checkliste: ROB II. Vurdering: Lav risiko for bias. Reliabilitet: Tydelig redegørelse for metodiske beslutninger, og udførelsen af dataindsamling. Validitet: Intern: Overordnet anses metoden velegnet til at undersøge outcomet. Ekstern: Usikkerhed om hvorvidt den hjemmebesøgendes personlighed kan påvirke resultatet.

Matrice 5f

<i>A randomized controlled trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: outcomes and costs</i> af D. Broton, J.M. Youngblut, L. Brown, S.A. Finkler, D.F. Neff, E. Madigan. 2001. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg per protocol. Specialiseret hospital i Pennsylvania, USA. Randomisering udført med nummererede konvolutter, forberedt af en statistiker. Interventionsgruppe: 85 Kontrol: 88 Sygeplejerske indsamler data ved tjekliste for den materielle affekt (Multiple Affect Adjective Checklist) i 1., 2. og 3. trimester og tre, seks, ni og 12 måneder efter fødslen. i begge grupper. Risiko for præterm fødsel: Creasy Screening Tool.	Undersøger: Prænatal, materielle og spædbørns relaterede outcomes og omkostninger gennem et år efter intervention. Outcome: Præterm fødsel og lav fødselsvægt. Antallet af indlæggelsesdage. Inklusionskriterier: Kvinder med prægestationel diabetes, kronisk hypertension og i risiko for præterm fødsel og lav fødselsvægt. Engelsktalende og adgang til telefon.	Interventionen: Standard svangreomsorg, hvor halvdelen af besøgene hos lægen erstattes med hjemmebesøg af en specialiseret sygeplejerske. Hjemmebesøgene fokuserer på kvindens fysiske tilstand, undervisning og støtte til kvinden samt henviser til andre ydelser. Postnatalt besøg i den første uge efter fødslen. Kontrol: Standard præ- og postnatal svangreomsorg. Postnatal besøg 4-6 uger. Begge grupper får samme antal besøg. Efter fødslen blev alle kvinderne kontaktet telefonisk ugentligt de første otte uger, og havde mulighed for at ringe til sygeplejersken alle ugens dage.	Interventionsgruppen havde 11 færre præmature spædbørn og seks færre spædbørn som er født før 29. graviditetsuge ift. kontrolgruppen. Dog er ingen af disse resultater statistiske signifikante (jf. tabel 2). Børn født af kvinder i interventionsgruppen vejede i gennemsnittet 300 g. mere end børn i kontrolgruppen og der blev født færre børn under 1250 g. Disse resultater er statistisk signifikante. Resultater gør sig især gældende for kvinder med lavt uddannelsesniveau, enlige mødre, dem uden sygeforsikring og med lav indkomst (jf. tabel 2).	Checkliste: ROB II Vurdering: Lav risiko for bias. Reliabilitet: Velbeskrevet intervention og metode. Det anses dog som en svaghed at der ikke argumenteres for missing ift. abort/spædbarnsdød. Validitet: Intern: Der er ingen forskel på interventions- og kontrolgruppe, hvilket er positivt for studiet validitet. Studiet indeholder ikke et flow-chart, hvilket anses som en svaghed. Ekstern: Studiets generaliserbarhed begrænses til populationer præget af fattigdom, aleneforældre og etniske grupper.

Matrice 5g

<i>Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother-infant relationship: a randomized controlled trial</i> af P.J. Cooper, L. De Pascalis, M. Woolgar, H. Romaniuk, L. Murray. 2015. Evidensniveau: 1b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg per protocol. Reading, Berkshire, England. To interventionsgrupper: Nord Reading: 102, non-randomiserede, da alle deltagere henvises til denne gruppe. Syd Reading: 91, randomiserede Kontrolgruppen: 99 (bosiddende i Syd Reading). Ingen argumentation for udførelse af randomisering. Data indsamles med Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Structured Clinical Interview for DSM-IV diagnoses (SCID), interaktioner mellem moder og barn ud fra forskellige skalaer. Observation af kvindernes interaktion med deres børn. Al behandling af data blev udført af blindede eksterne personer. Ingen argumentation for håndtering af missings. Dropout omtales kun i flowchart.	Undersøger: Hvorvidt intervention gennem moder-barn interaktionen, kan forebygge udvikling af postnatal depression samt fremme forældrekompetencerne og barnets udvikling. Outcome: Postnatal depression og interaktionen mellem moder og barn. Inklusionskriterier: Gravide, risiko for udvikling af postnatal depression, førstegangsgavid, engelsk som modersmål.	Interventionsgruppen: Syd Reading: Udføres af NHS medarbejdere, der har fået tre måneders oplæring og udført en pilottest af interventionen under supervision af forskerne. Nord Reading: Udføres af NHS medarbejdere, som har fået fem dages instruktion på en måned og sideløbende supervision. Interventionen (i begge grupper) bestod af 11 hjemmebesøg, to før fødsel og ni efter fødsel i løbet af de første 16 uger, med fokus på: støttende vejledning, strategier til at øge moderens opmærksomhed på barnets adfærd og specifik hjælp til de mødre, der oplevede adfærdsvanskeligheder hos deres børn. Kontrolgruppen: Modtager standard svangreomsorg.	SCID status forbedres for alle grupper over tid, dog er dette ikke statistisk signifikant (Interventionsgrupper 8 uger: 31,71% og 36,21%. 18 mdr: 6,76% og 8,0%. Kontrol 8 uger: 25,30%. 18 mdr: 12,16%) (jf. tabel 2). Ift. outcomes for interaktionen mellem moder og barn ses ingen signifikant effekt på graden/kvaliteten af disse interaktioner ($p > 0,233$). Kvinder vurderede selv interaktionen med deres barn bedre end kontrolgruppen.	Checkliste: ROB II Vurdering: Lav til moderat risiko for bias. Reliabilitet: Non-randomisering af deltagere i Nord, hvor alle i stedet tilskrives en intervention kan have medført selektionsbias. Interventionsgruppen i Nord beskrives ikke for frafald, missings og eksklusion af deltagere i studiets flowchart. Validitet: Intern: Der er ingen forskel på interventions- og kontrolgruppe, hvilket er positivt for studiet validitet. Ekstern: Kan overføres til lignende populationer.

Matrice 5h

<i>Unconditional Prenatal Income Supplement and Birth Outcomes</i> af M.D. Brownell, M.J. Chartier, N.C. Nickel, D. Chateau, P.J. Martens, J. Sarkar, E. Burland, D.P. Jutte, C. Taylor, R.G. Santos & A. Katz. 2016. Canada. Evidensniveau: 1c				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvasi-eksperiment og dermed ingen randomisering af grupperne Sundhedscenter i Manitoba, Canada. Intervention, Healthy Baby Prenatal Benefit: 10.738 Kontrol: 3853 Baseline data kom fra medicinske journaler ifm. indlæggelse og lægebesøg. Data om fødselsoutcomes kom fra hospitalepikriser. Data om moderen kom fra The Population Health Registry. Data om socioøkonomisk status kom fra Canada census data. Justering for confounding, men ingen argumentation for missings/dropout.	Undersøger: Om et økonomisk supplement til gravide med lav indkomst er associeret med forbedrede fødselsoutcomes. Outcome: Lav fødselsvægt, præterm fødsel, SGA, LGA, Apgar score, påbegyndt amning, genindlæggelse mm. Inklusionskriterier: Gravide, med lav indkomst: < 32 canadiske dollars/årligt. Modtagere af velfærdsydelse i graviditeten.	Interventionen, Healthy Baby Prenatal Benefit (HBPB): Et ubetinget, økonomisk supplement, op til 81,41 canadiske dollars/måned, i andet og tredje trimester. Kontrol: Standard velfærdsydelse.	Gravide kvinder som modtager et økonomisk supplement er associeret med en signifikant reduktion i lav fødselsvægt RR: 0,71 (0,63;0,81 p < 0,0001) (jf. tabel 3). I tillæg hertil ses at interventionen er associeret med reduktion i præmaturitet RR: 0,76 (0,69;0,84 p < 0,0001) og SGA RR: 0,90 (0,81;0,99 p = 0,05) (jf. tabel 3)	Checkliste: ROBINS-I Vurdering: Lav risiko for bias. Reliabilitet: Justering for confoundere, med variable fra baseline. Dette vurderes som en styrke. Ved manglende data blev der tilføjet en "missing" kategori. Dog belyses missings ikke yderligere og det beskrives ikke hvorledes de behandles, hvilket anses som en svaghed. Validitet: Intern: Overordnet god, med en usikkerhed ift. at afgøre, hvordan det økonomiske supplement medvirker til de gunstige fødselsoutcomes. Ekstern: Specifik gruppe af deltagere. Generaliserbart til lignende grupper af sårbare gravide.

Matrice 5i

<i>Toward better beginnings. Enhancing Healthy Child Development and Parent-Child Relationships in a High-Risk Population</i> af K. F. Guthrie, C. Gaziano og E. P. Gaziano. 2009. Evidensniveau: 1c				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvasiekperiment Sundhedsklinik, Midwest, England. Intervention: 33 Comparison: 30 Grupperne er ikke randomiseret Data blev indsamlet ved to skalaer: Adult-Adolescent Parenting Inventory (AAPI), som er et selvadministreret instrument, der måler forældrenes viden og holdninger. Den anden, IT-HOME måler kvaliteten og mængden af erfaringer, der er til stede for børnene i hjemmemiljøet. Ingen argumentation for håndtering af missings	Undersøger: Om kortsigtede interventioner kan forbedre mødrenes holdninger og hjemmemiljø, målrettet gravide i højrisiko. Outcome: Forældre-spædbarns relation (målt på mødrene), sund børneudvikling (emotionelt og kognitivt) Inklusionskriterier: Kvinder over 18 år, tilknyttet sundhedsklinikken, høj-risiko patienter med lav indkomst, afhængig af velfærdsydelser.	Postnatale hjemmebesøg som udføres af de trænede sygeplejersker, med anvendelse af guidede videooptagelser af interaktion med barnet. Støtte mødrene til selv-observation for at fremme forståelse og følsomhed over for spædbarnets tegn. Udføres første gang på sygehuset efter fødslen, og siden to besøg per måned i tre måneder. Hjemmebesøgene består af elementer fra modellen "touchpoints" hvor trænede sygeplejersker fremmer mødrenes følsomhed og forståelse for barnets udvikling, for at udvikle en kultur som støtter forælderrollen og sikrer at de modtager ens kommunikation. Kontrol: Modtager besøg af sygeplejersker tre måneder efter fødslen, her udfyldes AAPI og IT-HOME.	I forhold til IT-HOME, scorede interventionsgruppen signifikant højere end comparison gruppen, på parametrene respons (Intervention, M: 42,44. Comparison, M:31,47. $P \leq 0,05$) og læring (Intervention, M: 41,94. Comparison, M: 31.90. $P \leq 0,05$) (jf. tabel 4.). Interventionsgruppen har forbedret deres AAPI score sammenlignet med comparison. Intervention, M: 125,17, SE: 2,47. Comparison, M: 119,45, SE: 2.28 (jf. tabel 3).	Checkliste: ROBINS-I Vurdering: Lav til moderat risiko for bias. Reliabilitet: Kort og uklar redegørelse for metodiske beslutninger, og udførelsen af dataindsamling, hvilket ses som en svaghed. Tilstrækkelig argumentation af de statistiske analyser. Validitet: Intern: Validiteten af studiet påvirkes af den relative lille sample. Dette kan medvirke til at resultaterne er behæftet med usikkerhed. Ekstern: Overførbarheden af studiets resultater må foretages med forbehold, da gruppen af deltagere er sammensat af etniske minoriteter, der ofte ikke er forekommende i dansk kontekst.

Matrice 5j

Perinatal Depression and Birth Outcomes in a Healthy Start Project af M.V. Smith, L. Shao, H. Howell, H. Lin & K.A. Yonkers. 2010. Evidensniveau: 1c				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Non-randomiseret forsøg New England, USA. Tre grupper: 1) Kontrol: 344 kvinder der modtager svangreomsorg samme sted, før interventionen startede. 2) Interventionsgruppe: 330. 3) Kontrol: 436 kvinder der modtager svangreomsorg samme sted, men ikke inkluderes pga. manglende interesse, manglende tilgængelighed, den sundhedsprofessionelles vurdering af kvinden. Spørgeskema blev anvendt til at indsamle baseline data. The PRIME-MD BHQ spørgeskema blev anvendt til at fastslå tilstedeværelsen af mulige depressive lidelser. De to kontrolgrupper blev anvendt som led i kontrol for confounding.	Undersøger: Evaluerer Healthy Start Program, som screener gravide kvinder for depression og tilbyder støtte til kvinder med depressiv eller psykiatrisk sygdom. Fokus på om indsatsen er associeret med en reduktion i forekomsten af lav fødselsvægt, SGA eller præterm fødsel. Outcome: Præterm fødsel, lav fødselsvægt og SGA. Inklusionskriterier: Bo i hovedbyen/en af de otte omkringliggende byer. Gravid eller barn <2 år, modtaget sundhedspleje fra tilknyttede klinikker eller henvist til via en opsøgende ansat i lokalsamfundet.	Interventionen, Healthy Start Initiative (HSI): Består af fire funktioner: skabe kontakt til gravide, at indmelde gravide i indsatsen, at opspore, planlægge behandling, pleje og henvise til relevante samarbejdspartnere og endeligt at holde kontakt og følge de gravide. En medarbejder fra HSI hjælper den gravide med at modtage relevant svangreomsorg. Kontrolgrupper: Standardiseret svangreomsorg.	Der er ikke signifikant forskel i forhold til lav fødselsvægt eller SGA for interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (lav fødselsvægt: OR: 1,69 (0,89; 3,22), SGA: OR: 0,95 (0,50; 1,79)) (jf. tabel 3) Når der justeres for "depression": var de depressive kvinder over 1,5 gange mere tilbøjelige til at føde for tidligt, end de ikke-deprimerede kvinder (OR: 1,83 (1,17;2,86) p<0,01) (jf. tabel 3).	Checkliste: ROBINS-I Vurdering: Moderat risiko for bias. Reliabilitet: Selektionsbias ved at en sundhedsprofessionel vurderer, hvem der kan/ikke kan deltage i interventionen. Studiet mangler flowchart, ingen information om missings. Evalueringsperioden for interventionen var kort, hvorfor ændringer i kvindernes depressive symptomer muligvis ikke kunne identificeres. Validitet: Intern: Lav validitet, grundet store forskelle mellem interventionsgruppe og kontrolgrupper ift. etnicitet og grad af depression. Ekstern:

Matrice 5k

<i>A Randomized Trial of Nurse Intervention to Reduce Preterm and Low Birth Weight Births</i> af M.L. Moore, J. Meis, J.M. Ernest, H.B. Wells, D.J. Zaccaro og T. Terrell. 1998. Evidensniveau: 2b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret forsøg efter intention-to-treat. North Carolina, USA. Intervention: 775 Kontrol: 779 Randomisering blev udført af en biostatistiker med nummererede konvolutter, fordelt ved et computerprogram. Samplesize/powerberegning: samplesize beregnes til at skulle omfatte 1540 deltagere. Kun 1433 indgår i analysen. Baseline data blev indhentet ved interview i kvindens hjem, af en ekstern sygeplejerske. Både interventions- og kontrolgruppen modtager et spørgeskema per mail ved 34. graviditetsuge som opfølgning. Prænatal journaler, fødselsjournaler og en log af sygeplejerskerne fra interventionen. Der argumenteres ikke for håndtering af missings/dropouts.	Undersøger: Effekten af telefonopkald fra sygeplejersker til lav-indkomst gravide, ift. reduktion af lav fødselsvægt og præterm fødsel. Outcome: Lav fødselsvægt, præterm fødsel. Inklusionskriterier: Gravid i 22. til 32. graviditetsuge. Risiko for præterm fødsel (vurderes ved Wake Forest University School of Medicine risk assessment tool). Engelsktalende, adgang til telefon.	Intervention: Tre opkald om ugen af en sygeplejerske som planlægges til at starte fra 22. til 32. graviditetsuge, til og med 37. graviditetsuge. Sygeplejersken rådgav kvinderne om emner, der var vigtige for kvinderne. Derudover omhandlede telefonopkaldene: rygning, kost, opfattelsen af forandringer i graviditeten mm. Kontrol: Får udleveret pjece om at forebygge præterm fødsel.	Resultaterne i dette studie er ikke fyldestgørende i forhold til fordelene ved en telefon intervention. Overordnet blev der ikke fundet statistisk signifikant forskel mellem interventionen og kontrolgruppen.	Checkliste: ROB II Vurdering: Lav til moderat risiko for bias Reliabilitet: Valg af metode og analysestrategi ekspliciteres kort, men præcist. Interventionen havde et mål om at foretage tre ugentlige opkald, dog blev der kun foretaget 1,5. Dette kan have påvirket resultaterne af studiet, da intensiteten af interventionen reduceres ift. målsætning. Der mangler flowdiagram. Tabellerne er uklare. Validitet: Intern: Telefonopkaldenes emner er sporadisk beskrevet. Derfor kan indholdet af telefonopkaldene være vanskelige at associere med resultaterne af studiet, hvilket må anses som en svaghed. Ekstern: Overførbarheden af studiets resultater foretages med forbehold, da gruppen af deltagere er sammensat af etniske minoriteter, der ofte ikke er forekommende i dansk kontekst.

Matrice 5I

<i>Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression</i> af T. Field, M. Diego, M. Hernandez-Reif, O. Deeds, B. Figueiredo. 2009. Evidensniveau: 2b				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Randomiseret, kontrolleret forsøg. USA. Interventionsgruppen: 88 Kontrolgruppen: 61 Der argumenteres ikke for udførelsen af randomisering eller håndtering af missings/bortfald. Data indsamles i 16-20 og 32. graviditetsuge og indenfor de første to dage efter fødslen. Data indsamles ved spørgeskema, skalaer og interviews: Sociodemografisk spørgeskema, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-D), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (DES-D), State Anxiety Inventory (STAI), State Anger Inventory (STAXI), Daily Hassles Scale, Sleep Disturbances Scale og Back Pain Scale. Neonatale data: barnets vægt, spytprøver og Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale (BNBAS).	Undersøger: Effekten af massage under graviditeten på flere perinatal og postnatale outcomes mhp. at reducere graden af depression. Derudover reducere følgende materielle outcomes: depression, angst, vrede, dagligt besvær ved graviditeten og lændesmerter. Outcome: Barnets motoriske evner, barnets kortisol niveau, præmaturitet og fødselsvægt. Inklusionskriterier: Gestationsalder mellem 16. og 20 uge, 18-30 år, gravid med et barn, ukompliceret graviditet, depression gennem graviditeten og samlevende med partner.	Intervention: Modtager massage to gange ugentligt i 12 uger af partneren, ud fra oplæring af en massør. Derudover udleveres DVD'er til vejledning af massage i eget hjem. Interventionen foregik i 20-32 graviditetsuge. Kontrol: Standard behandling, som ikke beskrives yderligere.	Der var signifikant lavere incidens af præterme fødsler i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (incidens præmaturitet (%): 4,0 vs 16,4 p=0,04) (jf. tabel 3) Andre outcomes: Børn af kvinder i interventionsgruppen havde signifikant lavere incidens af lav fødselsvægt sammenlignet med kontrolgruppen (incidens lav fødselsvægt (%) 2,0 vs 10,5 p= 0,02) (jf. tabel 3).	Checkliste: ROB-II Vurdering: Lav til moderat risiko for bias. Reliabilitet: Mangelfuld beskrivelse af studiets design. Udførlig beskrivelse af metode relateret til interventionen. Dog mangler information om kontrolgruppens behandling. Der er ikke et flowchart Validitet: Intern: Uklart om udførelsen af intervention afhænger af deltagerne selv. Der kan således være kontrol med, om deltagerne har udført massagen korrekt og kontinuerligt. Ekstern: Målgruppen er svarende til sårbare gravide i niveau tre i den danske svangreomsorg, og kan derfor generaliseres til disse.

Matrice 5m

<i>'Me and my Bump': An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women</i> af B. Birtwell, L. Hammond og C. Puckering. 2015. Evidensniveau: 5				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvalitativt studie England. Otte kvinder. Individuelle semistrukturerede interviews med tre guidende temaer: oplevelse af graviditet, oplevelse af deltagelse i Mellow Bumps og kvindernes tanker om dem selv og deres baby i fremtiden. Fænomenologisk analysetilgang (IPA), med tematisk kodning af materialet. Materialet blev kodet gentagende gange.	Undersøger: 1) Sårbare gravides oplevelse af graviditeten 2) Oplevelserne af at deltage i interventionen, Mellow Bumps. Inklusionskriterier: Bosat i socialt udsatte boligområder, fra 17 år. Påvirket mental helbred. Kvinderne skulle have gennemført Mellow Bumps. Rekrutteres i fjerde uge af Mellow Bumps (informationsorienteret udvælgelse).	Formålet med den forudgående intervention var at øge maternal velvære og reducere stress, ved at tilbyde social og professionel støtte. Interventionen har til formål at hjælpe moderen med at forstå vigtigheden af følsomhed og opmærksomhed i relationen med barnet gennem graviditeten, ved at tilbyde vejledning omkring barnets udvikling og interaktionen mellem mor og barn. Forløb fra 14. til 40. gestationsuge. 6-ugers antenatal gruppeintervention hvor de gravide møder andre gravide i lignende situation. Indeholder aktiviteter og diskussioner som har fokus på at kvinderne opbygger en relation til deres børn.	Studiet identificerer fem temaer: 1) En tid til refleksion 2) Min krop bliver overtaget 3) Graviditet som en følelsesmæssig rutsjebane 4) Relationer er vigtige 5) Adskille identiteter. Graviditet bliver normaliseret og Mellow Bumps gør det muligt at opbygge en anderledes og positiv opfattelse af sig selv. Dette er beskyttende for relationen mellem mor og barn.	Checkliste: CASP. Transparens: Udførlig argumentation for metode og analysestrategi. Der anvendes citater til at underbygge resultaterne. Gyldighed: Som metode, findes anvendelsen af individuelle semistrukturerede interviews velegnet til formålet og til de sårbare gravide som målgruppe. Genkendelighed: Kvindernes karakteristik, vurderes generaliserbar til andre sårbare gravide.

Matrice 5n

<i>'They'll be judging us' a qualitative study of pregnant women's experience of being offered participation in a supportive intervention af S.P.</i> Jakobsen, C. Overgaard. 2018. Evidensniveau: 5				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvalitativt studie. Danmark. Otte gravide kvinder. Udvælges randomiseret efter at være rekrutteret ved gatekeeper. Semistrukturerede interviews. Fænomenologisk-hermeneutisk metode. Anvendelse af Dahlager og Fredslunds analysestrategi.	Undersøger: Formålet med studiet er at undersøge gravide kvinders oplevelse af at blive tilbudt deltagelse i en støttende intervention, og hvordan denne oplevelse influerede på interventionens outcome. Ingen på forhånd opsatte outcome målinger. Inklusionskriterier: Kvinder som har født inden for tre måneder. Dansktalende. Desuden skal de have deltaget og afsluttet interventionen (gatekeeper).	Den forudgående intervention havde til formål at styrke den gravides mestrings- og forældreskabs evner. Blev leveret af jordemødre, men der kunne også inddrages andre relevante samarbejdspartnere. Bestod af møder af 90 minutters varighed, med fokus på den gravides sårbarheder, fire møder før fødsel og to efter fødsel.	Studiet identificerer fire overordnede temaer: 1) At føle sig sat i bås. 2) Ikke at vide, hvad man kan forvente. 3) At gå med til jordemoderens forslag. 4) Etablering af et tillidsfuldt forhold. At blive inviteret til at deltage i en støttende intervention målrettet sårbare gravide kan medføre en utilsigtet følelse af at blive stigmatiseret og dømt, samt en følelse af, at man ikke er i stand til at varetage rollen som moder. Derudover er et tillidsfuldt forhold mellem jordemoder og den gravide kvinde afgørende for udfaldet af interventionen.	Checkliste: CASP Transparens: Tydelig argumentation for formål, metode og analyse. Gyldighed: Rekrutteringen foregik vha. gatekeeper metoden, og dernæst randomiseret udvælgelse af de otte kvinder, hvilket kan minimere bias. Genkendelighed: Antallet af deltagere er lavt, hvilket er en begrænsning for studiets generaliserbarhed. Målgruppen er i høj grad overførbart til øvrige gravide i svangreomsorgens niveau tre.

Matrice 5o

<i>Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting</i> af S. Kirkpatrick, J. Barlow, S. Stewart-Brown og H. Davis. 2007. Evidensniveau: 5				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvalitativt studie. Oxfordshire og Buckinghamshire, England. De første 20 kvinder som har gennemført intervention. Semistruktureret interviews, med anvendelse af software program, NUDIST N5 QSR til at udføre tematisk analyse.	Undersøger: At udforske sårbare kvinders oplevelse af intensive hjemmebesøg i graviditeten og det første år af barnets liv. Inklusionskriterier: Kvinder som identificeres sårbare: <17 år, udfordringer i hjemmet, økonomiske vanskeligheder, socialt isoleret, mentale udfordringer. Kvinderne skal have modtaget hjemmebesøgene (Informationsorienteret udvælgelse).	I den forudgående intervention var der fokus på udvikle relationer baseret på tillid, empati og respekt samt at fremme relationen mellem mor og spædbarn ved: babymassage, sang og musik. Ugentlige hjemmebesøg, begyndende i andet trimester og 18 måneder frem - 72 besøg i alt. Udføres af erfarne sundhedsprofessionelle som har modtaget otte ugers træning, med udgangspunkt i Family Partnership Model. Kontrol: Modtager standardiserede svangreomsorgstilbud.	Studiet identificerer otte temaer: 1) Indledende bekymringer 2) Førstehåndsindtryk 3) Opfattelser af "homevisitors" 4) Den udviklende relation 5) Henvisning til sociale ydelser 6) At have en for dig 7) Fordelene ved relationer til "homevisitors" 8) Ændringer i holdninger til sundhedsfaglige De sundhedsprofessionelles evne til at skabe en tillidsfuld relation spiller en vigtig rolle i påvirkningen af de sårbare gravides opfattelse af sundhedsfaglige.	Checkliste: CASP. Transparens: Der er redegjort for metodiske beslutninger, men tydelig redegørelse for analysestrategi mangler. Der anvendes citater til at underbygge resultaterne. Gyldighed: Metoden anses egnet til at undersøge kvindernes oplevelser af hjemmebesøgene. Det er en styrke at kodningen af temaerne er gennemgået og valideret af en ekstern forsker. Genkendelighed: Det vurderes at der kan generaliseres til sårbare gravide med forskellige sociodemografiske forhold og karakteristika (jf. tabel 1).

Matrice 5p

<i>Building capacity and wellbeing in vulnerable/marginalised mothers: A qualitative study</i> af M. Balaam og G. Thomson. 2018. Evidensniveau: 5				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvalitativ studie Maternelt Hospital, London, England. 11 gravide: fem kvinder i BC, to i VABM og fire VABM/BC. Semistrukturerede interviews. MAXQDA analyse software og Braun og Clarkes tematiske analyse.	Undersøger: Sammenligne sårbare/marginaliserede kvinders syn og opfattelser af at modtage, målrettet støtte fra en specialiseret og trænet jordemoder og/eller en frivillig fra en velgørhedsorganisation. Inklusionskriterier: Gravide eller nybagte mødre. Engelsktalende, ingen fysiske graviditetskomplikationer. Kvinderne blev rekrutteret ved jordemoderen i graviditetens tredje semester eller umiddelbart efter fødslen (gatekeeper).	Interview er baseret på intervention som er opdelt i to indsatser: 1) Vulnerable Adults and Babies Midwives (VABM) som udføres af jordemødre. Kvinder hvor det er usandsynligt at de vil deltage i traditionel svangreomsorg tilknyttes VABM. 2) Birth Companions (BC) er en lokal velgørhedsorganisation, udført af frivillige, som har gennemgået et års træningsforløb. Kvinder med begrænset socialt netværk eller er socialt isolerede tilknyttes BC.	Studiet identificerer fire temaer: 1) Muliggøre behovstyret pleje og støtte 2) Styrke gennem viden, tillid og accept 3) Værdien af en støttende tilstedeværelse 4) Udvikling af evner og selvtillid. Specialiseret støtte faciliterer mulighederne for behovsstyret pleje og udvikling af sårbare kvinders muligheder og motivation for at engagere sig i sundhed og "forældre-adfærd".	Checkliste: CASP Transparens: Udførlig argumentation for metode og analysestrategi. Tydeligt og overskueligt resultatafsnit, hvor resultaterne understøttes af citater. Gyldighed: Som metode, findes anvendelsen af de semistrukturerede interviews velegnet til både formål og sårbare gravide som målgruppe. Genkendelighed: De sårbare/marginaliserede kvinders karakteristik kan indplaceres i niveau tre i den danske svangreomsorg. Resultaterne af interventionen vurderes ligeledes overførbart.

Matrice 5q

<i>Listening to women at risk for preterm birth - their perceptions of barriers to effective care and nurse telephone intervention</i> af M.L Moore, M. Ketner, K. Walsh, S. Wagoner. 2004. Evidensniveau: 5				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Brugerperspektiv North Carolina, USA Ni kvinder som tidligere har deltaget i et randomiseret forsøg. Data indsamles via sygeplejerskernes logbøger, deltagernes besvarelse af et spørgeskema, og via mundtlige/skriftlige samtaler. Interviews udføres mellem to og fire uger efter fødslen. Kodning og kategorisering af det transskriberede materiale.	Undersøger: Kvindernes oplevelse af at deltage i intervention med prænatale telefonsamtaler samt barrierer for den prænatale indsats. Inklusionskriterier: Ingen konkret anvisning af inklusionskriterier. Studiepopulationen består af kvinder, der har lav indkomst, oplevelser med tidligere aborter, lændesmerter, graviditet og fødsel af tvillinger.	Den forudgående intervention havde til formål at identificere kvinder i risiko for præterm fødsel, for at reducere præmaturitet. Forløb over en femårig periode, og forløb fra 22. graviditetsuge.	Studiet identificerer fem barrierer: 1) Misforståelser mellem kvinden og en sundhedsprofessionel. 2) Multiple sundhedsprofessionelle giver modstridende information 3) Forkert information ift. kvinders situation 4) Manglende respons på kvindernes bekymringer 5) Generel opfattelse af sundhedsprofessionelle som usympatiske. Tjekliste med fokus på, hvordan der bør kommunikeres mellem sundhedsprofessionelle og den gravide kvinde.	Checkliste: CASP Transparens: Der argumenteres ikke for metoden, beskrivelsen af og argumentationen for valg af dataanalysen er ringe. Det fremkommer ikke tydeligt, hvordan barriererne er udledt. Forfatterne beskriver ikke deres egen rolle ift. udførelsen af studiet og dermed heller ikke hvilke bias der kunne påvirke analysen og resultaterne. Gyldighed: Påvirkes negativ, da studiet ikke tydeligt ekspliciterer og argumenterer for de valg, der er truffet. Dette medvirker til ringe grad af transparens, som påvirker validiteten af studiet. Genkendelighed: Forskerne argumenterer (vagt) for at resultaterne af studiet kan overføres til andre omstændigheder. Dog vurderes det at overførbarheden af resultaterne må foretages med varsomhed.

Matrice 5r

<i>Parent-Provider relationship in home visiting interventions</i> af T. Saïas, E. Lerner, T. Greacen, A. Emer, A. Guédeney, R. Dugravier, F. Tubach, S. Tereno & N. Guédeney. 2016. Evidensniveau: 5				
Studiedesign og metode	Formål, outcome og studiepopulation	Intervention	Resultater	Kvalitetsvurdering
Kvalitativ evaluering af en intervention. Paris, Frankrig. 103 kvinder. Der måles på kvaliteten af interaktionen, ved en valideret likert skala fra 1-9 og Attachment Style Questionnaire (VASQ), The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Case noter fra hjemmebesøg, som anvendes som proxy for en reel beskrivelse af hjemmebesøgene. Tematisk analyse med afsæt Grounded Theory og Charmaz' procedure for kodning og analyse.	Undersøger: Kvaliteten af relationen mellem hjemmebesøgeren og forældrene, mhp. at påvirke postpartum depression, udvikle barnets mentale sundhed, fremme forældrekompetencer, udvikle mor-barn interaktionen og moderens viden om og brug af sociale, medicinske og uddannelsesmæssige støttende tilbud. Inklusionskriterier: Bosat i Paris, flydende fransk, første graviditet, højst 26 år gammel samt én af disse tre parametre: mindre end 12 års uddannelse, hensigt om at opfostre barn med faderen eller lav indkomst. Derudover: deltagelse i interventionsgruppen i CAPEDP interventionen (informationsorienteret udvælgelse).	Den forudgående intervention består af hjemmebesøg fra syvende graviditetsmåned frem til barnet blev to år. Blev udført af et team med trænede psykologer, og sker hver anden måned. Emner: familien og dennes sociale og kulturelle netværk, moderens behov og sundhed, udvikling af et sikkert og stimulerende miljø for babyen samt babyens udvikling.	Studiet identificerer otte overordnede temaer: Tema 1-4, tæt relation: 1) Nærhed 2) Interventionens kvalitet 3) Måder at samarbejde 4) Interventionens indhold Tema 5-8, "dårlig" relation: 5) Relation 6) Hjemmebesøgerens arbejde 7) Forstyrrelser i interventionen 8) Interventionens indhold Tæthed i relationen mellem hjemmebesøgeren og forældrene kan udvikle en sikker relation mellem forældre og barn, og ændre opfattelsen af fysisk og mental sundhed.	Checkliste: CASP Transparens: Der argumenteres eksplicit for relevansen af studiet og valget af undersøgelsens design. Desuden er rekruttering tydeliggjort. Gyldighed: Dataindsamlingsmetoden afspejler ikke til fulde undersøgelsens formål, da det kun er hjemmebesøgerens perspektiv der afdækkes og således ikke familiernes. Dette vurderes at være en svaghed. Genkendelighed: Studiets resultater om relationen mellem hjemmebesøger og familier vurderes at kunne overføres, idet kvinderne i familierne i studiet kan indplaceres i svangreomsorgens niveau tre.

5.3 Ligheder og forskelle ved studiernes metodiske tilgang

I det følgende syntetiseres datamaterialet på tværs af de inkluderede studiers metodiske tilgange med henblik på at kunne tillægge de enkelte studiers resultater en vægtning, som vil medtages fremadrettet i udarbejdelsen af vidensgrundlaget. Dette skal bidrage til at vidensgrundlaget funderes i den bedste tilgængelige evidens (se tabel 5.2).

5.3.1 Randomiserede kontrollerede forsøg

Dette afsnit har til formål at syntetisere metodiske valg og udførelse heraf i de studier, der bygger på randomiserede forsøg. Disse er studierne af Doyle et al. (2014), Collado et al. (2014), Felder et al. (2017), Kemp et al. (2011), Lee et al. (2009), Brooten et al. (2001), Cooper et al. (2015), Moore et al. (1998) og Field et al. (2009).

Randomisering

Ifølge Kirkwood & Sterne (2016) sikrer randomiseringen, at der ikke forekommer systematisk forskel, i både kendte og ukendte prognostiske faktorer, under allokeringen til grupperne. Dette medvirker til at den estimerede behandlingseffekt ikke er biased af confounding, hvilket vil sige, at der ikke forekommer årsagsforveksling af effekten af interventionen (Kirkwood & Sterne, 2016). Doyle et al. (2014) og Moore et al. (Moore et al., 1998) udfører randomisering via et computersystem, som tilfældigt fordeler deltagerne. I studiet af Collado et al. (2014) foregår randomiseringen ved en blinded statistiker. I studiet af Brooten et al. (2001) er det ligeledes en statistiker, der fordeler konvolutter med tildeling af enten interventions- eller kontrolgruppe, men denne er ikke blinded. Trods randomisering af deltagerne i studierne af Cooper et al. (2015), Kemp et al. (2011), Field et al. (2009), Felder et al. (2017) og Lee et al. (2009) er der ingen beskrivelse af, hvordan denne er udført, hvilket kan påvirke reliabiliteten af begge studier. Måden hvorpå der randomiseres kan være afgørende for risikoen for bias, og dermed kvaliteten af studiet, da fordelingen ikke må være præget af bevidst udvælgelse af deltagerne (Svend Juul, 2007). Studiet af Felder et al. (2017) har som det eneste et cluster randomiseret design. Dette design har både fordele og ulemper, da udvælgelsen af deltagere foregår på forskellige lokaliteter. Dette giver mulighed for en stor sample size, og dermed styrkelse af den statistiske signifikans samt en styrkelse af den eksterne validitet på baggrund af en repræsentation af en bredere målpopulation, der muligvis er bosat i forskellige områder (Kirkwood & Sterne, 2016). I studiet af Felder et al. (2017) er det dog uvist, hvilke forskellige lokaliteter, der er udvalgt deltagere fra, og om der er forskel på deltagerne fordelt på de forskellige clusters. Derudover angiver studiet, som det eneste, en signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppe, hvor interventionsgruppen har

en større andel af gifte deltagere eller deltagere med partnere.

Studierne af Doyle et al. (2014), Moore et al. (Moore et al., 1998) og Collado et al. (2014) har dermed de sikreste randomiseringsprocedurer, da disse vurderes at være mindst behæftet med bias, grundet sikringen af tilfældighed ved hjælp af computersystem og blinding. Dette har betydning for, hvordan studierne vægtes i forhold til at danne grundlag for en styrkelse af anbefalingerne i svangreomsorgen. Således vil studierne af Doyle et al. (2014), Moore et al. (Moore et al., 1998) og Collado et al. (2014) vægtes højest i relation til randomiseringen.

Analyseprincip

Studierne af Doyle et al. (2014), Kemp et al. (2011), Felder et al. (2017), Moore et al. (Moore et al., 1998), Lee et al. (2009), Brooten et al. (2001) og Collado et al. (2014) analyseres efter *intention to treat* princippet. Dette princip beror på, at alle deltagere i interventions- og kontrolgruppen inkluderes i analysen og forbliver i den gruppe de blev randomiseret til, uanset compliance. Ved at anvende intention to treat udnyttes randomiseringens mulighed for at forebygge confounding bedre end ved *per protocol* princippet, da der er lavere risiko for at overestimere effekten af interventionen og risikoen for utilsigtede konsekvenser ved interventionen mindskes (Ranganathan, Pramesh, & Aggarwal, 2016). Dog har det den ulempe, at den observerede effekt "fortyndes" af estimatet for ikke-deltagere og cross-overs, altså deltagere der skifter mellem interventions-og kontrolgruppe i løbet af interventionen. Intention to treat er den foretrukne analyse til randomiserede kontrollerede forsøg, da dette analyseprincip medvirker til reducere af bias som skyldes frafald, mis-allokering eller manglende fastholdelse af deltagere (Kirkwood & Sterne, 2016; Ranganathan et al., 2016).

Studiet af Cooper et al. (2015) analyserer resultaterne af interventionen ud fra per protocol princippet, hvor deltagere der ikke følger kriterierne for interventionen ekskluderes. Ved anvendelse af analyseprincippet per protocol forekommer der større risiko for confounding pga. flere faktorer. Som den vigtigste ses dette princip påvirkning på randomiseringen, da ekskludering af deltagere undervejs i interventionen kan påvirke, hvorvidt interventions- og kontrolgruppe forbliver tilfældigt fordelt (Ranganathan et al., 2016). Studiets tilgang til analyse af resultater ud fra per protocol påvirker dermed, hvorvidt randomiseringen overholdes gennem studiet, da det ikke er muligt at vurdere, om det er en bestemt gruppe af deltagere, der falder fra. I studiet af Field et al. (2009) er det utydeligt hvilket analyseprincip, der er anvendt, da det ikke er beskrevet. Analyseprincippet kan heller ikke aflæses ud fra tabellerne, da der kun angives procentsatser eller means for resultaterne og ikke antal af kvinder. Studiet har ydermere ikke udarbejdet et flowdiagram over inklusion af deltagere. Disse faktorer skaber usikkerhed om den endelige inklusion af deltagere og påvirker den samlede vurdering af studiets kvalitet og anvendelighed i forhold til specialets formål.

I forhold til valg af analyseprincip vægtes studierne af Doyle et al. (2014), Collado et al. (2014), Felder et al. (2017), Kemp et al. (2011), Lee et al. (2009), Brooten et al. (2001) og Moore et al. (Moore et al., 1998), der anvender intention to treat, højere i dette speciale, end Cooper et al. (2015), der anvender per protocol. Dog tildeles studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) en lavere vægtning, da dette studie til trods for randomisering og intention to treat har en mangelfuld metodisk forklaring, mangler flowdiagram over deltagere og ikke får gennemført interventionen efter hensigten. Disse mangler er vurderet så alvorlige, at studiet placeres lavere i evidenshierarkiet og ender på niveau 2b, fremfor niveau 1b.

Blinding

I studierne af Doyle et al. (2014), Collado et al. (2014) og Cooper et al. (2015) var forskeren *blinded* ved indsamling af baseline data. Ifølge Kirkwood & Stern (2016) betyder blinding af forskeren, at vurderingen af resultaterne foretages af en forsker, der er uvidende om den behandling, deltagerne har modtaget. Dette er en styrke for studierne, da det er med til at mindske risikoen for bias.

Der er ikke foretaget blinding af deltagerne i interventions- og kontrolgrupperne i nogle af de inkluderede studier. Ifølge Juul (2007), vil nogle interventioner være umulige at blinde, da det er for tydeligt for deltagerne om de modtager en intervention eller ej. Dette vurderes at være tilfældet her, da alle interventionerne er tydelige for deltagere og de personer, der leverer disse. Dermed vurderes den manglende blinding af deltagerne ikke at være afgørende set i forhold til en samlet vurdering af disse studier.

Missings

Doyle et al. (2014), Ortiz Collado et al. (20014) Brooten et al. (2001), Cooper et al. (2015), Moore et al. (1998) og Field et al. (2009) beskriver ikke hvordan håndtering af missings og bortfald er foretaget. Ifølge Kirkwood & Stern (2016) er information om dette afgørende, da det kan påvirke den eksterne validitet, idet der kan være risiko for, at de tilbageværende deltagere ikke er en repræsentativ gruppe for den indledningsvise rekrutterede gruppe. Ligeledes bliver sample size i høj grad reduceret ved et stort antal missings, hvilket vil påvirke resultaternes signifikansniveau og kan medføre risiko for, at meningsfulde forskelle i effekterne af interventionen udebliver (Padgett, Skilbeck, & Summers, 2014). Felder et al. (2017) er som de eneste tydelige omkring håndtering af både missings og bortfald, begge dele foretages ved statistiske metoder. Studiet af Kemp et al. (2011) anvender imputation til at erstatte missings med en udskiftet værdi. Lee et al. (2009) skriver, at missings håndteres i deres studie, men uden tydelig beskrivelse af hvordan. Kemp et al. (2011) og Lee et al. (2009) beskriver ligeledes ikke håndtering af bortfald.

I forhold til håndtering af missings og beskrivelse heraf vurderes studierne af Felder et al. (2017), Kemp et al. (2011) og Lee et al. (2009) dermed at være stærkest.

Kvalitetsvurdering og rangering

Studierne med randomiserede forsøg som design har håndteret deres forskning forskelligt, hvilket har betydning for, hvordan de vægtes i dette speciales vurdering af, hvilke studiers interventioner, der kan medtages i vidensgrundlaget til styrkelse af svangreomsorgens sårbare gravide. Da alle studier har udført randomiserede kontrollerede forsøg, er alle kvalitetsvurderet ud fra kvalitetsvurderingsværktøjet RoB II (bilag 3) i forhold til studiernes risiko for bias, herunder særligt confounding.

Ud fra ovenstående analyse klassificeres syv studier på et evidenshierarkisk niveau 1b og dermed også i toppen af dette speciales rangering. Disse er studierne af Doyle et al. (2014), Collado et al. (2014), Felder et al. (2017), Kemp et al. (2011), Lee et al. (2009), Brooten et al. (2001) og Cooper et al. (2015). Af disse rangeres Doyle et al. (2014) og Collado et al. (2014) øverst, da disse lever op til flest af de opstillede kvalitetskriterier for randomiserede forsøg. Dernæst kommer studierne af Felder et al. (2017), Kemp et al. (2011), Lee et al. (2009) og Brooten et al. (2001). Studiet af Cooper et al. (2015) placeres i bunden inden for evidensniveau 1b, da dette har anvendt det mindre foretrukne per protocol analyseprincip. På grund af utydelighed og mangler i de metodiske tilgange, som tidligere beskrevet, er studierne af Moore et al. (Moore et al., 1998) og Field et al. (2009) placeret på evidensniveau 2b, til trods for randomiseret forsøg som studiedesign. Se i øvrigt tabel 5.2 for skematisk overblik over rangering af studierne.

5.3.2 Non-randomiserede forsøg og kvasi-eksperimenter

Studiet af Brownell et al. (2016) og Guthrie et al. (2009) beskrives som et kvasiekperiment, og studiet af Smith et al. (2011) beskrives som et non-randomiseret forsøg.

I disse studier er der ikke foretaget en randomisering af deltagere til interventions- og kontrolgruppe. En manglende randomisering kan medføre confounding, fordi randomiseringen netop medvirker til at sikre, at der ikke opstår signifikante forskelligheder imellem grupperne. Når der ikke tages højde for confounding i designet, kan det håndteres ved statistiske analytiske metoder, eksempelvis i form af multipel lineær regression eller Mantel Haenszel (Svend Juul, 2007; Kirkwood & Sterne, 2016). I alle studierne udføres regressionsanalyser til at kontrollere for confounding, hvilket i dette tilfælde sidestiller studierne i en vægtning af deres kvalitetsmæssige tilgang.

Blinding

I studiet af Smith et al. (2011) beskrives det, at forskerne der foretager vurderinger af effekten af interventionen blindes for, hvorvidt deltageren er i interventions- eller kontrolgruppe. Dette medvirker til at forebygge forekomsten af selektionsbias, idet forskeren der foretager vurderinger af udfaldet, ikke kan foretrække at afrapportere bestemte resultater eller at vægte bestemte resultater højere end andre (Svend Juul, 2007). Dog er de, der vurderer om kvinderne skal tilbydes interventionen eller ej, ikke blindede, hvorfor der er risiko for, at denne vurdering påvirkes af de sundhedsprofessionelles subjektive holdninger eller kvindernes behov for interventionen. Dette kan ligeledes medføre risiko for selektionsbias, og følgerne heraf kan være at studiepopulationen ikke er en repræsentativ gruppe, hvormed effekterne ifølge Juul (2007) systematisk over- eller undervurderes. I hverken studiet af Brownell et al. (2016) eller Guthrie et al. (2009) beskrives principper om blinding. Som nævnt i afsnittet om randomiserede forsøg kan deltagerne i de inkluderede studier ofte ikke blindes, og således påvirker den manglende beskrivelse af blinding-principperne ikke vægtningen af studierne.

Ud fra ovenstående vurderes Smith et al. (2011) at have den største risiko for bias, til trods for deres forsøg på at blinde undervejs i studiet, da der i dette studie er høj risiko for selektionsbias ved allokering af deltagerne i interventions- og kontrolgruppe.

Missings

Ingen af studierne der anvender dette studiedesign, argumenterer for hvorledes missings er håndteret. Manglende håndtering af missings kan påvirke den interne validitet, da resultaterne, som tidligere beskrevet, kan være behæftet med usikkerhed og sample size reduceres, hvilket kan påvirke resultaternes signifikansniveau (2014). Ligeledes påvirker manglende håndtering af missings den eksterne validitet, da der kan være risiko for at de tilbageværende deltagere ikke er en repræsentativ gruppe for målpopulationen (Kirkwood & Sterne, 2016). Manglende beskrivelse af håndtering af missings vurderes som en væsentlig svaghed for studiet af Guthrie et al. (2009), da dette studie har en lille sample size. Dermed øges usikkerheden omkring resultaterne, da sample size påvirker bredden af konfidensintervallet (Kirkwood & Sterne, 2016).

Kvalitetsvurdering og rangering

Studierne af Brownell et al. (2016), Guthrie et al. (2009) og Smith et al. (2011) er blevet kritisk kvalitetsvurderet med ROBINS-I (bilag 3) og klassificeres til evidensniveau 1c. Studierne er designmæssigt ensartede og håndterer confounding ved korrekte statistiske analyser. Dog er der i studiet af Smith et al. (2011) risiko for selektionsbias i udvælgelsen af deltagerne, hvorfor kvalitetsvurderingen af dette studie resulterer i moderat risiko for bias. Studierne af Brownell et al.

(2016) og Guthrie et al. (2009) vurderes derfor stærkest i estimeringen af resultater, og vægtes dermed højere end studiet af Smith et al. (2011) i forhold til at kunne bidrage med evidensbaseret viden til dette speciales vidensgrundlag. Se tabel 5.2 for skematisk overblik over rangering af studierne.

5.3.3 Kvalitative studier

Der er inkluderet seks studier med kvalitativt design i denne syntese, disse er studierne af Birtwell et al. (2015), Jakobsen og Overgaard (2018), Kirkpatrick et al. (2007b), Balaam og Thomson (2018), Moore et al. (2004) og Saïas et al. (2016).

I de fleste af studierne er der udført individuelle semistrukturerede interviews med kvinderne. Studierne af Moore et al. (2004) og Saïas et al. (2016) har en anden tilgang. Saïas et al. (2016) gør brug af casenoter fra hjemmebesøg som en proxy for oplevelsen af disse, hvilket reelt kun afdækker hjemmebesøgerens perspektiv, og således ikke kvindernes. Moore et al. (2004) anvender en log, der er oprettet under det randomiserede forsøg, som studiet bygger på, hvor sundhedspersonalet har identificeret barrierer for svangreomsorgen i løbet af forsøget. Derudover anvendes udfyldte spørgeskemaer og tilfældige samtaler over mail og telefon. Disse metoder vurderes at påvirke studiets gyldighed i forhold til formålet med at undersøge de sårbare gravides oplevelser af svangreomsorgen og interventionerne i studiet.

I alle studierne er kvinderne rekrutteret ud fra deres deltagelse i en intervention. I studierne af Balaam og Thomson (2018) og Jakobsen og Overgaard (2018) er kvinderne rekrutteret via en gatekeeper. For at minimere udfordringer ved at anvende en gatekeeper, har studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) valgt at oversample ved at inkludere 15 kvinder, velvidende at nogle af kvinderne potentielt ikke ville deltage i interviewet. Af disse 15 kvinder var der otte kvinder, som gav samtykke til at deltage i interviews. Studiet af Balaam og Thomson (2018) argumenterer ikke for anvendelsen af en gatekeeper. Dette kan medføre problemer relateret til, at gatekeeperen forhindrer eller fremmer bestemte deltageres medvirken (Schmidt & Dyhr, 2006), hvilket kan betyde, at den inkluderede gruppe af kvinder ikke er repræsentativ for den målrettede studiepopulation. I studierne af Saïas et al. (2016), Moore et al. (2004), Kirkpatrick et al. (2007b) og Birtwell et al. (2015) anvendes informationsorienteret udvælgelse af deltagerne, hvor deltagerne vælges ud fra forventningen om, hvad de kan bidrage med (Flyvbjerg, 2015) og således maksimeres værdien af kvindernes information om oplevelsen af interventionerne.

I alle de kvalitative studier er der argumenteret for rekrutteringsstrategien, særligt studiet af Birtwell et al. (2015) forklarer tydeligt, hvornår og hvordan rekrutteringen er foregået. Dette gør sig også gældende for studiet af Jakobsen og Overgaard (2018), som derudover også har argumenteret for de mulige ulemper, gatekeeper-strategien kan medføre. Studierne af Balaam og Thomson (2018), Birtwell

et al. (2015), Jakobsen og Overgaard (2018) og Saïas et al. (2016) har en udførlig og tydelig argumentation for studiets relevans, valg af design, metode og analysestrategi hvilket øger studierne transparens. Studiet af Kirkpatrick et al. (2007b) har også redegjort for de metodiske beslutninger, men mangler tydelig redegørelse for analysestrategien. Dette påvirker transparensen og således også graden af metodologisk refleksion (Tanggaard & Brinkmann, 2015). Studiet af Moore et al. (2004) har væsentlige mangler inden for beskrivelsen af og argumentationen for valg af design og metode, men beskriver analysestrategien kort.

De kvalitative studier er kvalitetsvurderet ud fra kvalitetsvurderingsværktøjet CASP (bilag 3), og klassificeres alle til evidensniveau 5. De kvalitative studier vægtes lavt i evidenshierarkiet, da de ikke kan sige noget om effekterne af interventionerne set i forhold til præterm fødsel, lav fødselsvægt samt relationsdannelsen mellem mor og barn, på samme vis som de randomiserede kontrollerede forsøg. De kvalitative studier kan derimod give et indblik i kvindernes oplevelser af at have deltaget i interventionerne. Anvendelsen af andre evidensstypologier end den evidenshierarkiske, kan bidrage til at anvende undersøgelsesdesign, der tager udgangspunkt i en specifik problemstilling fremfor en bestemt videnskabsteoretisk position (Rieper & Hansen, 2007), og således bidrage med et mere helhedsorienteret perspektiv på svangreomsorgstilbuddene. De mest velbeskrevne studier vægtes højest i anvendelsen i dette speciale, disse er studierne af Birtwell et al. (2015), Jakobsen og Overgaard (2018), Kirkpatrick et al. (2007b) og Balaam og Thomson (2018). Studiet af Moore et al. (2004) og Saïas et al. (2016) vægtes lavere på grund af den manglende inddragelse af brugeroplevelser. I nedenstående afsnit ses den skematiske rangering af studierne (tabel 5.2).

5.3.4 Opsamling af studierne metodiske tilgang på tværs af outcomes

Ovenstående syntese af studierne metodiske fællestræk bidrager til at kunne rangere de inkluderede studier i en prioriteret rækkefølge. Rækkefølgen er i første omgang baseret på studierne evidenshierarkiske placering og derefter underinddelt på baggrund af de metodiske valg samt udførelse heraf. Rangeringen har konsekvenser for, hvilke studiers resultater, der vægtes højest i udarbejdelsen af et vidensgrundlag til styrkelse af anbefalingerne til sårbare gravide differentieret til niveau tre i den danske svangreomsorg. I nedenstående tabel 5.2 ses rangeringen af de inkluderede studier og hvilke parametre, der har haft indvirkning på deres placering. Parametrene for denne vurdering skifter alt efter studierne forskningsdesign. Her ses det eksempelvis, at Doyle et al. (2014) og Collado et al. (2014) placeres i toppen, hvilket betyder at disse to studier vurderes at være de metodisk stærkeste og dermed de studier med de sikreste estimater og således et højt evidensniveau. Derefter ses studier på næstbedste rangerede niveau og sådan fortsættes rangeringen nedad.

Evidens-niveau	Vægtning	Forfattere af studier	Design	Analyseprincip	Rand	Blinding	Håndtering af missings
1b	1	Doyle et al. (2014)	RCT	ITT	+	+ (U)	%
		Ortiz Collado et al. (2014)	RCT	ITT	+	+ (U)	%
	2	Felder et al. (2017)	Cluster RCT	ITT	%	%	+
		Kemp et al. (2011)	RCT	ITT	%	%	+
		Lee et al. (2009)	RCT	ITT	%	%	+
		Brooten et al. (2001)	RCT	ITT	+	%	%
	3	Cooper et al. (2015)	RCT	PP	%	+ (U)	%
Evidens-niveau	Vægtning	Forfattere af studier	Design	Confounding kontrol		Blinding	Håndtering af missings
1c	1	Brownell et al. (2016)	Kvasi-eksp.	+		%	%
		Guthrie et al. (2009)	Kvasi-eksp.	+		%	%
	2	Smith et al. (2010)	Non-rando.	+		+ (U)	%
Evidens-niveau	Vægtning	Forfattere af studier	Design	Analyseprincip	Rand	Blinding	Håndtering af missings
2b	1	Moore et al. (1998)	RCT	ITT	+	%	%
	2	Field et al. (2009)	RCT	?	%	%	%
Evidens-niveau	Vægtning	Forfattere af studier		Brugerperspektiv	Positive utilsigtede konsekvenser		Negative utilsigtede konsekvenser
5	1	Birtwell et al. (2015)		+			+
		Jacobsen og Overgaard (2018)		+			+
		Kirkpatrick et al. (2007)		+			+
		Balaam og Thomson (2018)		+	+		
	2	Moore et al. (2004)		%			+
		Saías et al. (2016)		%			+

ITT= Intention to treat. PP = per protocol. + (U) = blinding af undersøger

Tabel 5.2: Skematisk overblik over vægtning af inkluderede studier.

5.4 Sårbarheder hos deltagergrupperne

Gruppen af sårbare kvinder, der i den danske svangreomsorg er differentieret til niveau tre er en kompleks, heterogen gruppe, som repræsenterer mange forskellige sårbarheder. I de inkluderede studier inddrages kvinder med forskellige typer sårbarheder og karakteristika og hensigten med det følgende er at kortlægge, hvilke typer af sårbarheder, kvinderne har. Sårbarhederne, der er repræsenteret i studierne, relaterer sig til svangreomsorgens differentieringsniveau tre i forhold til fysiske, psykiske, sociale og andre sårbarheder (afsnit 2.2), hvilket skitseres i nedenstående tabel (tabel 5.3). Temaerne repræsenterer forskellige karakteristika, og særligt inden for kvinder med sociale sårbarheder, er et flertal af temaerne repræsenteret.

Sårbarhedstyper		Forfattere af studier
Fysisk	Tidligere aborter	Moore et al. (1998), Moore et al. (2004), Birtwell et al. (2015)
	Depression	Ortiz Collado et al. (2014), Field et al. (2009), Smith et al. (2010), Kemp et al. (2011), Cooper et al. (2015)
Social	Unge (14-21 år)	Felder et al. (2017), Jakobsen og Overgaard (2018)
	Manglende socialt netværk	Doyle et al. (2014), Ortiz Collado et al. (2014), Jakobsen og Overgaard (2018), Balaam og Thomson (2018), Kirkpatrick et al. (2007)
	Lavt uddannelsesniveau	Brooten et al. (2001), Doyle et al. (2014), Saías et al. (2016), Guthrie et al. (2009), Kemp et al. (2011)
	Lav indkomst	Moore et al. (1998), Moore et al. (2004), Brownell et al. (2016), Lee et al. (2009), Birtwell et al. (2015), Guthrie et al. (2009), Kirkpatrick et al. (2007), Saías et al. (2016)
	Arbejdsløshed	Doyle et al. (2014)
	Lav socioøkonomisk status	Ortiz Collado et al. (2014), Brooten et al. (2001), Field et al. (2009)
	Enlige/ugifte	Doyle et al. (2014), Lee et al. (2009), Brooten et al. (2011), Guthrie et al. (2009), Saías et al. (2016)
	Bosiddende i socialt udsatte områder	Doyle et al. (2017), Guthrie et al. (2009), Balaam og Thomson (2018), Kirkpatrick et al. (2007), Saías et al. (2016), Birtwell et al. (2015)
	Problematisk hjemmesituation	Kirkpatrick et al. (2007), Birtwell et al. (2015)
	Dårlig erfaring med tilknytning fra egen opvækst	Kemp et al. (2011), Jakobsen & Overgaard (2018), Kirkpatrick et al. (2007)
	Kompleks social baggrund	Jakobsen og Overgaard (2018), Kirkpatrick et al. (2007)
Andet	Etniske minoriteter	Lee et al. (2009), Brooten et al. (2001), Moore et al. (1998), Moore et al. (2004), Smith et al. (2010), Guthrie et al. (2009), Birtwell et al. (2015), Balaam og Thomson (2018)
	Manglende følelser for eller engagement i graviditeten	Jakobsen og Overgaard (2018)

Tabel 5.3: Oversigt over fællestræk af kvindernes sårbarheder

De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb beskrives som en nøgledeterminant for udfaldet af sundhedsyndelser, hvorfor der i problemanalysen er argumenteret for, at sårbarhed anses som et dynamisk begreb, der er afgørende for den gravides modtagelighed for negative, særligt sundhedsrelaterede udfald, som følge af tilstedeværelsen af personlige og miljømæssige risici. Således anskues sårbarhed hos gravide som nettoresultatet af risikofaktorer og tilgængeligheden af personlige og sociale ressourcer (De Groot et al., 2016). I problemanalysen fremkom det, at gruppen af sårbare kvinder er en kompleks, heterogen gruppe, hos hvem mange forskellige sårbarheder er repræsenteret. I de inkluderede studier er der repræsenteret kvinder med forskellige karakteristika og sårbarhedstyper. Disse fire kategorier af sårbarheder har fokus på determinanter og kontekstuelle faktorer af både fysisk, psykisk og social art (Brot & Poulsen, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2018b). Den komplekse diversitet i

gruppen af sårbare gravide på differentieringsniveau tre, opstår netop fordi de forskellige sårbarheder er af forskellig karakter.

Fysiske sårbarheder

Tidligere aborter fremhæves i studierne af Birtwell et al. (2015) og Moore et al. (Moore et al., 1998) som en fysisk sårbarhed. En af kvinderne i studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) havde oplevet fire spontane aborter, hvilket satte stort præg på hendes svangreforløb og tilgang til svangreomsorgens tilbud. I forhold til De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb er det især risikofaktorer relateret til disse tidligere aborter samt personlige og sociale ressourcer, der gør sig gældende for disse kvinders modtagelighed for negative sundhedsrelaterede udfald.

Psykiske sårbarheder

På tværs af studierne af Field et al. (2009), Smith et al. (2011), Collado et al. (2014), Kemp et al. (2011) og Cooper et al. (2015) ses fællestræk i forhold til mentalt helbred, herunder depression, hvilket i *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2013) anskues som en psykisk sårbarhed. Dette stemmer ligeledes overens med studiet af Collado et al. (2014), hvor depression beskrives, som værende en afgørende sårbarhed associeret med præterm fødsel og lav fødselsvægt. Over halvdelen af kvinderne i studiet af Cooper et al. (2015), angav at have følt sig depressive den sidste uge. I studiet af Field et al. (2009) var 20% af kvinderne deprimerede, hvor knap 45% i studiet af Kemp et al. (2011) var psykisk belastet. Studiet af Smith et al. (2011) bestod af både depressive og ikke-depressive kvinder. Ifølge Alhusen (2012) har den gravides mentale sundhed afgørende betydning for udfaldet af graviditeten og det ses, at psykiske belastninger, som depression, kan have indvirkning på ikke alene risikoen for præterm fødsel og lav fødselsvægt, men også på om det er muligt for moren at danne en relation til barnet. Ud fra De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb, anskues depression som en af de personlige risici i sårbarhedsbegrebet, der kan påvirke den gravides modtagelighed for negative sundhedsrelaterede udfald. De nævnte studier omhandler, i varierende omfang, sårbare depressive kvinder, hvorfor disse vurderes at kunne sige noget om psykisk sårbare, og hvorvidt interventionerne har haft effekt for disse i forhold til enten præterm fødsel, lav fødselsvægt eller relationsdannelsen.

Sociale sårbarheder

Flere af kvinderne har komplekse sociale baggrunde som i studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) og Kirkpatrick et al. (2007b), hvor over halvdelen (53,2%) af kvinderne har udfordringer i hjemmet, og hvor flere af kvindernes hjem bærer præg af fattigdom, uroligheder, vold og utryghed (Birtwell et al., 2015). I studierne af Kemp et al. (2011), Jakobsen og Overgaard (2018) og Kirkpatrick et al.

(2007b) er kvindernes egen opvækst præget af vold og misbrug og således dårlige tilknytningserfaringer fra egen opvækst.

I relation til den komplekse sociale baggrund ses et fælles karakteristika i form af mangel på socialt netværk, hos kvinderne i studiet af Doyle et al. (2014), Collado et al. (2014), Balaam og Thomson (2018) samt Kirkpatrick et al. (2007b). I studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) befinder flere af kvinderne sig i ustabile forhold, hvor partneren eksempelvis har en mental psykisk lidelse eller et tidligere stofmisbrug. Disse sociale sårbarheder stemmer overens med de psykosociale problemer og afsavn som er identificeret i problemanalysen (De Groot et al., 2016). I studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) er en tredjedel af kvinderne unge mødre, hvor målgruppen for interventionen i studiet af Felder et al. (2017) er unge gravide mellem 14 og 21 år, hvilket relateres til lav alder og mental umodenhed på differentieringsniveau tre i svangreomsorgen (Brot & Poulsen, 2013). Som fremanalyseret i problemanalysen vil unge mødre, alene grundet alderen, defineres som sårbare gravide, da disse oplever psykopatologiske eller psykosociale problemer samtidig med at de lider afsavn af forskellig art (De Groot et al., 2016).

En betragtelig andel af kvindernes sårbarheder i de inkluderede studier relaterer sig til den sociale sårbarhedstype på differentieringsniveau tre. Mange af de indlejrede sårbarheder i denne type er af sociodemografisk karakter. I studierne af Guthrie et al. (2009), Balaam og Thomson (2018), Kirkpatrick et al. (2007b), Birtwell et al. (2015) og Saïas et al. (2016) ses en fælles karakteristika for kvinderne idet de er bosat i socialt udsatte miljøer. I studierne af Guthrie et al. (2009), Kirkpatrick et al. (2007b) og Birtwell et al. (2015) bor kvinderne i områder med økonomisk deprivation, hvor 50% af kvinderne i studiet af Doyle et al. (2014) er bosat i sociale boligbyggerier. Ifølge flere studier er det at bo i et belastet boligområde associeret med en øget risiko for ugunstige fødselsudfald, og mindre brug af lokale sundhedstilbud (De Graaf et al., 2013; Downe et al., 2009; Feijen-De Jong et al., 2011). Således er den gravides lokalmiljø en afgørende faktor i forhold til sårbarhed. Med afsæt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb anses den sårbare gravides boligområde som en miljømæssig risikofaktor, der kan påvirke udfaldet af interventioner i svangreomsorgen og hvorvidt disse har effekt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og udvikling af relationen mellem mor og barn.

Endnu en sociodemografisk karakter er kvindernes økonomiske situation. I studierne af Collado et al. (2014) og Field et al. (2009) ses socioøkonomisk status som en psykosocial faktor for sårbarhed og også Brooten et al. (2001) nævner ringe økonomisk position, som en socioøkonomisk risiko, herunder fattigdom, som også er en væsentligt karakteristika i studiet af Lee et al. (2009). I studierne af Moore et al. (Moore et al., 2004, 1998) og studiet af Brownell et al. (2016) er alle kvinderne karakteriseret

ved at have lav indkomst, hvilket ligeledes gør sig gældende i studierne af Guthrie et al. (2009), Kirkpatrick et al. (2007b) og Birtwell et al. (2015). Herudover er 45% af kvinderne i studiet af Saïas et al. (2016) berettiget til sundhedsydelser fra det offentlige.

I relation til disse sårbarheder af demografisk karakter, har kvinderne i studierne af Brooten et al. (2001), Field et al. (2009) og Doyle et al. (2014) lav socioøkonomisk status, hvilket af Doyle et al. (2014) beskrives ved at 97% af kvinderne er lavtuddannede og 63% er arbejdsløse. I studiet af Saïas et al. (2016) har knap 84% af kvinderne en uddannelseslængde under 12 år, hvilket også gør sig gældende i studiet af Kemp et al. (2011) hvor 80% af kvinderne i både interventions- og kontrolgruppen højest har gennemført high-school. Kvinderne i studiet af Guthrie et al. (2009) har i gennemsnit et uddannelsesniveau svarende til high-school. Som en sociodemografisk faktor, kan uddannelsesniveauet være afgørende for sundhedsudfaldet for bestemte grupper i samfundet og i særdeleshed i forhold til social ulighed i sundhed. Med udgangspunkt i den sociale gradient (afsnit 2.5.1) er der fokus på, at der kan findes en gradient i helbreds niveauet. For kvinderne i disse studier kunne dette eksempelvis være uddannelsesniveauet – forstået således, at jo lavere uddannelsesniveau, jo højere risiko for eksempelvis dårligt helbred (Bak & Vardinghus-Nielsen, 2018). For den sårbare gravide med lavt uddannelsesniveau, er der dermed større risiko for et ugunstigt helbred. Ydermere bliver den sociale ulighed mellem forskellige samfundsgrupper særligt tydeligt når der måles på spædbørnsdødelighed, da det her ses, at der er dobbelt så stor risiko for spædbørnsdødelighed hos børn, der fødes af mødre med et lavt uddannelsesniveau (Hollowell et al., 2011).

I studiet af Field et al. (2009) er kvinderne alle bosiddende med en partner, idet partnere indgik som et vigtigt led i interventionen, der omhandlede massage i hjemmet. Derudover ses samlivsstatus i flere af studierne som en social sårbarhedstype, idet gravide kvinder, der er single eller ugifte er repræsenteret i flere af studierne, herunder Lee et al. (2009) og Brooten et al. (2001). I studiet af Doyle et al. (2014) var 85% af kvinderne ugifte, og næsten 60% af mødrene i studiet af Guthrie et al. (2009) var single og således uden støtte fra en partner. Studiet af Saïas et al. (2016) beskriver et andet perspektiv af kvindernes samlivsstatus, da omkring 30% af de gravide kvinder planlagde at opdrage barnet uden inddragelse af faderen. Socialt netværk, særligt i form af en fast partner, spiller en væsentlig rolle i forhold til gravide kvinders sårbarhed. I problemanalysen fandt vi, at det ifølge Raleigh et al. (2010) tyder på, at samlivsstatus er en faktor, der påvirker effekten af svangreomsorgstilbud, da enlige gravide i højere grad er sårbare og ikke opnår samme effekt af indsatserne sammenlignet med kvinder i et fast forhold. Kvindernes sårbarhed bliver i disse tilfælde en følge af kvindens personlige risici og tilgængeligheden af sociale ressourcer (De Groot et al., 2016), fra eksempelvis en partner. Dermed er disse enlige kvinder i større risiko for ugunstige

graviditetsudfald set i forhold til præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn.

Andre sårbarheder

I forhold til *andre sårbarheder* fremkommer det, at uønsket graviditet i studiet af Jakobsen og Overgaard (2018), kan relateres til manglende følelser for eller engagement i graviditeten på differentieringsniveau tre i svangreomsorgen (figur 2.1). En stor andel af de inkluderede studier repræsenterer en bred gruppe af etniske minoriteter (Balaam & Thomson, 2018; Birtwell et al., 2015; Brooten et al., 2001; Guthrie et al., 2009; Lee et al., 2009; Moore et al., 2004, 1998; Smith et al., 2011). Disse studier adresserer nogle udfordringer relateret til etnicitet som er særligt fremtrædende i bestemte lande. I vestlige lande har kvinder fra etniske minoritetsgrupper dårligere maternelle og perinatale udfald sammenlignet med øvrige befolkningsgrupper (De Jonge et al., 2011). Etniske minoritetsgrupper, har ifølge De Jonge et al. (2011) særlige psykosociale problemstillinger som fattigdom, dårlige boligforhold og frygt for udvisning som kan påvirke brugen af svangreomsorgen, hvilket øger risikoen for ugunstige graviditetsudfald. Dog er der ingen af de inkluderede studier, der undersøger effekten af konkrete indsatser over for hverken etniske minoritetsgrupper eller kvinder med tilknytningsforstyrrelser, som manglende følelser for eller engagement i graviditeten, hvorfor der i udarbejdelsen af vidensgrundlaget ikke kan udformes specifikke anbefalinger målrettet sårbare gravide med disse sårbarhedstyper. Derfor fordrer dette område yderligere forskning.

5.5 Ligheder og forskelle ved interventionerne og resultaterne heraf

I interventionsstudierne gennemføres interventioner, der sigter mod at forebygge præterm fødsler, lav fødselsvægt og/eller at støtte en god relationsdannelse mellem mor og barn. Interventionerne er af meget forskellig karakter (tabel 5.4). Analysen i dette afsnit består i, at interventionerne sammenlignes på tværs af studierne og interventionernes effekt rapporteres. Forud for den tværgående analyse er der med afsæt i matricerne (matrice a-r) dannet temaer, som beskriver interventionernes primære karakteristika. Denne analyse skal bidrage med viden til udarbejdelsen af et vidensgrundlag, der skal medvirke til at styrke anbefalingerne til svangreomsorgen for sårbare gravide.

Studie	Intervention	Præterm fødsel	Lav fødselsvægt	Relationsdannelse	Signifikans
Doyle et al. (2014)	Hjemmebesøg	X	X		%
Ortiz Collado et al. (2014)	Gruppemøder + telefonopkald	X	X		+
Felder et al. (2017)	Gruppemøder	X	X		+
Brooten et al. (2001)	Hjemmebesøg + telefonopkald	X	X		% signifikans for præterm fødsel + signifikans for lav fødselsvægt
Lee et al. (2009)	Hjemmebesøg	X	X		% signifikans for præterm fødsel + signifikans for lav fødselsvægt
Moore et al. (1998)	Telefonopkald	X	X		%
Field et al. (2009)	Massage	X	X		+
Brownell et al. (2016)	Økonomisk supplement	X	X		+
Smith et al. (2010)	Opsøgende, støttende tilbud	X	X		%
Kemp et al. (2011)	Hjemmebesøg + gruppemøder	X	X	X	% signifikans for præterm fødsel og lav fødselsvægt + signifikans for følelsesmæssig interaktion
Cooper et al. (2015)	Hjemmebesøg			X	%
Guthrie et al. (2009)	Hjemmebesøg			X	+

Tabel 5.4: Oversigt over interventionsstudiernes intervention, outcome og signifikans

Hjemmebesøg

Seks af de 12 interventionsstudier omhandler hjemmebesøg. Temaet, der omhandler hjemmebesøg, er den største gruppering på tværs af interventionsstudierne. Studierne af Doyle et al. (2014), Brooten et al. (2001), Lee et al. (2009), Kemp et al. (2011), Cooper et al. (2015) og Guthrie et al. (2009) karakteriseres alle ved at have udført interventioner, der er baseret på hjemmebesøg. Studierne af Doyle et al. (2014), Brooten et al. (2001), Lee et al. (2009), Kemp et al. (2011) har outcomes, der omhandler præterm fødsel og lav fødselsvægt. Studierne af Kemp et al. (2011), Cooper et al. (2015) og Guthrie et al. (2009) har outcomes omhandlende relationsdannelsen mellem mor og barn (tabel 5.4). Disse grupperinger inden for temaet beskrives adskilt.

Hjemmebesøg med sigtet om forebyggelse af præterm fødsel og lav fødselsvægt

I studiet af Doyle et al. (2014) søges det at forebygge præterme fødsler og lav fødselsvægt ved at kvinderne modtager hjemmebesøg. Det blev planlagt at gennemføre ti hjemmebesøg med henblik på at uddanne og støtte kvinderne. Mentorerne, der kom på hjemmebesøg, havde baggrunde indenfor psykologi og barnepleje og det var den samme mentor, der kom på besøg gennem hele forløbet (Doyle et al., 2014). I dette studie var der således fokus på at skabe kontinuitet i relationen mellem kvinden og fagpersonen i svangreomsorgsforløbet. Resultatet af studiet viste ingen statistisk signifikante præventive effekter i forhold til præterme fødsler eller fødselsvægt (præterm fødsel: OR: 1,04 (0,36; 2,98) $p=0,473$) (fødselsvægt: mean kontrol 3302 versus mean intervention 3268, $p=0,349$) (matrice 5a). Således ses, at en intervention med hjemmebesøg og kontinuitet i relationen mellem kvinden og

fagpersonen, ikke nødvendigvis har en præventiv effekt i forhold til præterme fødsler og lav fødselsvægt.

Interventionen i studiet af Brooten et al. (2001) handlede om, at halvdelen af besøgene hos lægen erstattes med hjemmebesøg af en specialiseret sygeplejerske. Hjemmebesøgene fokuserede på kvindens fysiske tilstand, undervisning og støtte til kvinden samt henvisning til andre ydelser når relevant. Derudover aflagdes et postnatalt besøg i den første uge efter fødslen. Hertil kom at kvinderne modtog et telefonopkald umiddelbart efter fødslen og kvinderne havde mulighed for at ringe til sygeplejersken alle ugens dage (matrice 5f). Altså var sygeplejersken i høj grad tilgængelig for kvinden i tiden efter fødslen. Resultaterne af studiet viste, at der i interventionsgruppen blev født 11 færre præmature spædbørn samt seks færre spædbørn før 29. graviditetsuge i forhold til kontrolgruppen. Dog er ingen af disse resultater statistiske signifikante (matrice 5f). Herudover viste resultaterne, at børn født af kvinder i interventionsgruppen i gennemsnit vejede 300 gram mere end børn i kontrolgruppen samt at der i interventionsgruppen blev født færre børn som vejede under 1250 gram. Disse resultater er statistisk signifikante. Resultaterne gør sig især gældende for kvinder med lavt uddannelsesniveau, enlige mødre, dem uden sygeforsikring og med lav indkomst (matrice 5f). Således ses, at interventionen bestående af hjemmebesøg og telefonopkald ikke havde signifikant præventiv effekt i forhold til præterm fødsel. Dog ses signifikante præventive effekter i forhold til lav fødselsvægt.

Interventionsstudiet af Lee et al. (2009) bygger på hjemmebesøg af en times varighed hver anden uge. Emnerne for hjemmebesøgene omhandler forbedring af social støtte, prænatal uddannelse samt henvisning til øvrige relevante instanser. Interventionen leveres af fagpersoner med fællestræk, som sprog og kulturel baggrund, med den gravide. Fagpersonerne havde erfaring med arbejde med spædbørn/børn og modtog intensiv træning og supervision undervejs. Fagpersonerne ledsager ligeledes den gravide til andre graviditetsrelaterede aktiviteter. Resultaterne af studiet af Lee et al. (2009) viser, at interventionen er associeret med et signifikant reduceret antal af børn med lav fødselsvægt (AOR: 0,43 (0,21;0,89) $p=0,022$). Dertil kommer, at en tidlig indsats påvirkede forekomsten af lav fødselsvægt positivt. Ved indsats før 24. graviditetsuge reduceredes odds for lav fødselsvægt (AOR: 0,32 (0,14;0,74) $p=0,008$). Ved indsats før 16. graviditetsuge reduceredes odds yderligere for lav fødselsvægt (AOR: 0,13 (0,03;0,59) $p=0,008$) (matrice 5e). Altså ses der en sammenhæng mellem tidlig indsats og graden af den præventive effekt i forhold til lav fødselsvægt. Lee et al. (2009) foretog en yderligere analyse af sammenhængen mellem intensiteten af hjemmebesøg og lav fødselsvægt. Her sås det, at der blandt gruppen af kvinder, der modtog syv besøg eller derover, er en signifikant lavere prævalens af babyer med lav fødselsvægt end blandt kvinderne, der modtog 1-6 hjemmebesøg (2,7% vs. 7,2%; OR 0.30; $p=0,079$). Dette betyder altså, at intensiteten af

hjemmebesøg er en udslagsgivende faktor i forhold til den præventive effekt af lav fødselsvægt. I studiet af Lee et al. (2009) viste resultaterne, at der ikke var signifikant forskel mellem interventions- og kontrolgruppen i forhold til præterm fødsel. Det ses dog at kvinderne i interventionsgruppen fødte færre SGA-babyer end kontrolgruppen (8,8% vs. 11,6%). Men denne forskel er ej heller statistisk signifikant (matrice 5e). Ses der på tværs af studierne af Brooten et al. (2001) og Lee et al. (2009) fremkommer der enighed om, at der ikke er signifikant præventiv effekt af hjemmebesøg i forhold til præmatur fødsel. Dog ses der i studiet af Brooten et al. (2001) positive tendenser, der peger i retning af, at hjemmebesøg kan have en indvirkning på reduktionen af antallet af præmature fødsler. Og i studiet af Lee et al. (2009) ses en positiv tendens, der peger i retning af, at kvinder i interventionsgruppen føder færre SGA-babyer. I begge studier fremkommer der signifikante præventive effekter i forhold til antallet af fødsler af børn med lav fødselsvægt. Denne effekt forøges jo tidligere interventionen initieres. Dette fund understøttes af problemanalysen, som fremhæver, at blandt de vigtigste faktorer for en effektiv organisering af svangreomsorgen er, at indsatsen igangsættes tidligt i graviditetsforløbet (afsnit 2.4). Denne sammenfattede evidens inden for forebyggelse af præterm fødsel og lav fødselsvægt tages med videre i udarbejdelsen af vidensgrundlaget, der skal medvirke til at styrke anbefalingerne til svangreomsorgen for sårbare gravide.

I studiet af Kemp et al. (2011) sigtes mod at forbedre overgangen til forælderrollen ved at støtte moren i graviditeten samt at forbedre den gravides og barnets helbred. Interventionen karakteriseres ved hjemmebesøg udført af syge- eller sundhedsplejersker, med udgangspunkt i den gravides behov og tolv hjemmebesøg fordelt på et år, med fokus på barnets adfærdsmæssige og motoriske udvikling. Som tillæg til dette, fik den gravide adgang til relevante gruppeaktiviteter og indsatser med sigtet om at forbedre overgangen til forælderrollen og således sikre udviklingen af interaktionen mellem mor og barn ved at støtte moren i graviditeten (resultaterne vedrørende denne del af interventionen behandles adskilt i temaet ”gruppemøder”). Resultaterne af studiet, der omhandler barnets helbred, viste ingen signifikant præventiv effekt af interventionen i forhold til lav fødselsvægt ($p=0,15$) og præterm fødsel ($p=0,32$) (matrice 5d).

Overordnet set kan der opsummerende siges, at studiet af Brooten et al. (2001) og Lee et al. (2009) viste signifikant præventiv effekt af en intervention baseret på hjemmebesøg i forhold til lav fødselsvægt. Denne signifikante præventive effekt kunne ikke måles i studiet af Kemp et al. (2011). Således er der divergerende svar på, hvorvidt effekten af interventioner baseret på hjemmebesøg er signifikant eller ej. Dertil kommer, at der ikke er fundet evidens for, at en intervention baseret på hjemmebesøg har en signifikant præventiv effekt i forhold til præterm fødsel (Brooten et al., 2001; Kemp et al., 2011; Lee et al., 2009). Altså ser det ud til, at hjemmebesøg er en effektiv strategi i forhold

til forebyggelsen af fødsler af børn med lav fødselsvægt blandt sårbare gravide. Men strategien er ikke effektiv i forhold til at forebygge præterm fødsel blandt sårbare gravide.

Hjemmebesøg med sigtet om at støtte relationsdannelsen mellem mor og barn

Studiet af Kemp et al. (2011), som er beskrevet i forrige afsnit viste, at mødrene i interventionsgruppen er mere følelsesmæssigt interagerende med deres barn, sammenlignet med mødrene i kontrolgruppen ($p=0,02$) (matrice 5d). Studiet påviste en tendens til at psykosocialt sårbare og førstegangsmødre i interventionsgruppen, havde mere positive oplevelser med det at være mor end mødrene i kontrolgruppen. Dermed kan interventioner, som ligner studiet af Kemp et al. (2011), have positive effekter i relationsdannelsen mellem mor og barn. Studiet af Cooper et al. (2015) sigtede mod at forebygge udviklingen af postnatal depression og fremme forældrekompetencer og barnets udvikling, ved at kvinderne modtog hjemmebesøg med fokus på støtte, vejledning og strategier til at øge morens opmærksomhed på barnets adfærd. I alt var der 11 hjemmebesøg, hvoraf to foregik prænatalt og de resterende ni foregik postnatalt i de første 16 uger efter fødslen. Hjemmebesøgene blev udført af sundhedsprofessionelle, som havde modtaget forskellige niveauer af oplæring, henholdsvis tre måneders oplæring med en superviseret pilottest og fem dages instruktion med sideløbende supervision, hvilket ikke kan udelukkes at have påvirket udfaldet af intervention, da der kan være forskelle i kvaliteten af interventionen i de to interventionsgrupper. I forhold til kvaliteten af interaktionen mellem mor og barn, viste resultatet af studiet ingen signifikant effekt ($p > 0,233$). Kvinderne i interventionsgruppen vurderede dog selv, at interaktionen med deres barn som bedre end kontrolgruppen. Desuden udtrykte kvinderne, at interventionen var en betydelig følelsesmæssig og praktisk støtte, og en væsentlig hjælp i at øge deres evne til at påskønne og kommunikere med deres spædbarn. Kvindernes positive opfattelser kan bidrage med vigtig viden i forhold til viden om målrettede og individuelle interventioner som et led i et vidensgrundlag (Cooper et al., 2015). I studiet af Cooper et al. (2015) vises resultater, der tyder på en bedring i kvindernes grad af depressive symptomer, når de modtager hjemmebesøg. Til trods for den manglende signifikante effekt tages denne viden med fremadrettet i udarbejdelsen af vidensgrundlaget. Særligt fordi der foreligger andre studier, der påviser en association mellem graden af postpartum depression og forringelse af mor-barn relationen (Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996). Således kan det antages, at en bedring af depressive symptomer hos moren kan have positiv indvirkning på relationsdannelsen til barnet. Studiet af Guthrie et al. (2009) har særligt fokus på at forbedre nybagte mødres hjemmemiljø og holdninger til forældrerollen. Interventionen foregik med postnatale hjemmebesøg, med første besøg på sygehuset efter fødslen og herefter to besøg pr. måned i tre måneder. Hjemmebesøgene havde til formål at fremme mødrenes følsomhed og forståelse for barnets udvikling, for at udvikle

forældrerollen. Besøgene udførtes af trænede sygeplejersker, som anvendte videooptagelser af sekvenser af interaktioner mellem mor og barn for at italesætte og tydeliggøre interaktionen og kontakten mellem mor og barn. Studiet viste effekt på kvaliteten og omfanget af stimulering af barnet, som måles ved en række komponenter. Kvinderne i interventionsgruppen viste signifikant højere score, særligt på komponenterne i forhold til respons (Intervention, *mean*: 42,44. Kontrol, *mean*: 31,47) og læring (Intervention, *mean*: 41,94. Kontrol, *mean*: 31,90) (matrice 5i). I forhold til disse komponenter viste studiet, at særligt enlige kvinder, havde ringere effekt af interventionen sammenlignet med kvinder i et forhold. Altså tyder det på, at kvindens samlivsstatus har en betydning for, om de opnår effekt af interventioner, der er funderet i hjemmebesøg. I forhold til kvindernes holdninger til opdragelse forbedrede interventionsgruppen deres score sammenlignet med kontrolgruppen (Intervention, *mean*: 125,17, SE: 2,47. Kontrol, *mean*: 119,45, SE: 2,28 (Guthrie et al., 2009). Trods enkelte resultater, som ikke er statistisk signifikante, tyder det på, at interventioner som består af hjemmebesøg, kan have positive effekter på flere komponenter i forhold til relationsdannelsen mellem mor og barn. Guthrie et al. (2009) diskuterer selv, om effekterne af hjemmebesøgene kunne være bedre i tilfældet af, at interventionen havde forløbet over en længere tidsperiode. Denne overvejelse og resultaterne af Guthrie et al. (2009) er væsentlig at medtage i udarbejdelsen af et vidensgrundlag, som skal medvirke til at styrke anbefalingerne for svangreomsorgen til sårbare gravide.

I studierne af Kemp et al. (2011), Cooper et al. (2015) og Guthrie et al. (2009) er der identificeret henholdsvis 16, 11 og syv hjemmebesøg i de givne interventioner. I studierne af Kemp et al. (2011) og Guthrie et al. (2009) ses der signifikant effekt af interventionerne i forhold til henholdsvis morens følelsesmæssige interaktion med barnet og komponenter som respons og læring. Studiet af Cooper et al. (2015) viste ingen signifikante effekter. Det tyder på, at intensiteten af hjemmebesøgene kan være en udslagsgivende faktor i forhold til om der er signifikant effekt af interventionen. Således er resultaterne af foreliggende evidens forskelligartet. Denne diskrepans i evidensen er vigtig at medtage i udarbejdelsen af et vidensgrundlag, der skal medvirke til at styrke anbefalingerne til svangreomsorgens sårbare gravide. I alle de tre ovennævnte studier udføres hjemmebesøgene af en sundhedsprofessionel. I studierne af Kemp et al. (2011) og Guthrie et al. (2009) udføres alle hjemmebesøgene af trænede syge- eller sundhedsplejersker. I studiet af Cooper et al. (2015) er der stor forskel på det faglige niveau hos de sundhedsprofessionelle, der kommer på hjemmebesøg. Denne forskel i det faglige niveau kan ikke udelukkes at have indvirket på resultaterne af studiet. Trods manglende signifikant effekt på kvindernes depressive symptomer, ses en større reduktion i gennemsnit fra målingerne udført otte uger og 18 måneder efter fødslen, for kvinderne i interventionsgruppen i syd. Disse kvinder har været tilknyttet de sundhedsprofessionelle som

gennemgår fem dages oplæring, hvor de sundhedsprofessionelle i interventionsgruppen i nord modtog tre måneders oplæring. Ud fra Cooper et al.'s (2009) resultater tyder det på, at niveauet for kvalificeringen af de sundhedsprofessionelle er tilstrækkeligt med fem dages oplæring. Samlet set tyder det altså på, at graden af den sundhedsprofessionelles uddannelsesniveau spiller en vigtig rolle i forhold til, at der opnås en effekt af hjemmebesøg, der medvirker til at fremme relationsdannelsen mellem mor og barn. Denne viden om vigtigheden af den sundhedsprofessionelles uddannelsesniveau medtages i udarbejdelsen af dette speciales vidensgrundlag.

Gruppemøder

Tre af de 12 interventionsstudier omhandler gruppemøder. Andelen af studier, der intervenserer med gruppemøder, er altså halvt så stor som andelen, der intervenserer med hjemmebesøg. Studierne af Collado et al. (2014), Felder et al. (2017) og Kemp et al. (2011) handler om interventioner, der er funderet i gruppemøder. Studierne af Felder et al. (2017) og Collado et al. (2014) funderes i interventioner, der sigter mod forebyggelse af præterm fødsel og lav fødselsvægt. Studiet af Kemp et al. (2011) sigter mod forebyggelse af både præterm fødsel, lav fødselsvægt samt støtte af relationsdannelsen mellem mor og barn, hvoraf den del af interventionen der funderes i postnatale gruppemøder kobles op på målet om at støtte relationsdannelsen. I studiet af Collado et al. (2014) omhandlede interventionen ti ugentlige prænatale gruppemøder med seks til otte par i hver gruppe, med start i andet trimester. Gruppemøderne blev faciliteret af jordemødre. Resultaterne af studiet af Collado et al. (2014) viste, at andelen af præmature fødsler afveg signifikant mellem de to grupper: 22,4% (n:13) i kontrolgruppen og 4,40% (n:3) i interventionsgruppen ($p = 0,003$) (matrice 5b). Derudover vejede spædbørnene i kontrolgruppen signifikant mindre end spædbørnene fra mødre i interventionsgruppen ($p=0,01$) (matrice 5b). Dermed ses en statistisk signifikant præventiv effekt af interventionen bestående af de ti ugentlige gruppemøder både i forhold til præterm fødsel og lav fødselsvægt. I studiet af Felder et al. (2017) omhandlede interventionen ti prænatale møder af to timers varighed i grupper med 8-12 gravide, hvor der var fokus på støtte og gruppeundervisning. Interventionen initieredes fra 24. graviditetsuge. Gruppemøderne blev afholdt af en jordemoder eller obstetriker og en anden sundhedsprofessionel. I studiet af Felder et al. (2017) viste resultaterne, at depression i tredje trimester og stigende grad af depressive symptomer gennem graviditeten var forbundet med signifikant højere risiko for en kortere gestationel periode. Den gestationelle periode blev afkortet med 2,33 dage hos gruppen af depressive kvinder. Dermed kan det antages, at en intervention, der forebygger depression og reducerer depressive symptomer blandt gravide, kan have en præventiv effekt i forhold til for tidlig fødsel. Med afsæt i studierne af Collado et al. (2014) og Felder et al. (2017) er der evidens for, at gruppemøder kan have en signifikant præventiv effekt i

forhold til præterm fødsler. Således er gruppebaseret svangreomsorg en effektiv præventiv ikke-medicinsk forebyggelsesstrategi, der har positiv indvirkning på antallet af præterm fødsler. Et gennemgående element i disse to interventioner er, at der er en jordemoder og/eller en anden sundhedsprofessionel til stede til at facilitere afholdelsen af gruppemøderne. Det tyder altså på, at en udslagsgivende faktor i gruppebaserede svangreomsorgsinterventioner er tilstedeværelsen af en jordemoder og/eller en anden sundhedsprofessionel, der fungerer som igangsætter og har en funktion i forhold til at fastholde kvinderne. Dertil kommer, at interventionerne i studierne af Collado et al. (2014) og Felder et al. (2017) begge initieres i andet trimester af kvindernes graviditetsforløb. Det tyder dermed på, at en tidlig initiering af interventioner, der sigter mod at forebygge præterm fødsel og lav fødselsvægt er en vigtig faktor for at opnå signifikant effekt. Dette underbygges af problemanalysen, som viser, at en af de vigtigste faktorer for en effektiv organisering af svangreomsorgen er, at indsatsen igangsættes tidligt i graviditetsforløbet (Downe et al., 2009). Som beskrevet i afsnittet om hjemmebesøg viser resultaterne i studiet af Kemp et al. (2011) ingen signifikant præventiv effekt af interventionen i forhold til lav fødselsvægt ($p=0,15$) og præterm fødsel ($p=0,32$) (matrice 5d). Disse resultater står i kontrast til resultaterne i studierne af Collado et al. (2014) og Felder et al. (2017).

Dermed er der diskrepans i evidensen for, om der er en signifikant præventiv effekt af gruppemøder i forhold til præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelse mellem mor og barn. To tredjedele af studierne angiver, at der er signifikant effekt mens en tredjedel af studierne angiver, at der ikke er effekt. Dog ses der i studiet af Kemp et al. (2011) signifikant effekt af interventionen i forhold til at støtte kvinderne i relationsdannelsen med barnet. Den del af interventionen, der omhandler gruppemøder initieres postnatalt. Dermed antages det, at gruppemøderne fokuserede på at støtte relationsdannelsen, mens hjemmebesøgene i højere grad fokuserede på forebyggelse af præterm fødsel og lav fødselsvægt. Altså tyder det på, at det forebyggelsesmæssige sigte med interventionen er afgørende for, om gruppemøder er effektive eller ej. Og ud fra de inkluderede studier i dette systematiske review tyder det på, at prænatale gruppemøder kan være effektive i forhold forebyggelsen af præterm fødsel og lav fødselsvægt, mens postnatale gruppemøder har effekt på relationsdannelsen mellem mor og barn. Denne samlede evidens tages med fremadrettet i udarbejdelsen af et vidensgrundlag, der skal medvirke til at styrke anbefalingerne til svangreomsorgens sårbare gravide.

Telefonopkald

Tre af interventionsstudierne omhandler telefonopkald til de sårbare gravide kvinder. Således er andelen af studier, der handler telefonopkald halvt så stor som andelen af studier, som funderer interventionen i hjemmebesøg. Studierne omhandler Collado et al. (2014), Brooten et al. (2001) og

Moore et al. (Moore et al., 1998). Disse studiers sigte er at forebygge præterm fødsel og lav fødselsvægt (tabel 5.4).

Interventionen i studiet af Collado et al. (2014), som er beskrevet ovenfor, suppleres af et yderligere fokuspunkt, som omhandler telefonopkald mellem gruppemøderne. Telefonopkaldene gennemføres for at reducere frafald samt for at få vished om eventuelle utilsigtede konsekvenser ved interventionen. I interventionen af Moore et al. (Moore et al., 1998) foretages tre opkald om ugen af en sygeplejerske. Interventionen initieres i perioden fra 22. til 32. graviditetsuge og fortsatte til og med 37. graviditetsuge. Sygeplejersken rådgav kvinderne om emner, der var vigtige for kvinderne. Derudover omhandlede telefonopkaldene: rygning, kost og opfattelsen af forandringer i graviditeten. Interventionen søgte at forebygge præterm fødsel og lav fødselsvægt blandt sårbare gravide (matrice 5k). Resultaterne af studiet af Collado et al. (2014) er, som beskrevet ovenfor, statistisk signifikante og interventionen har en præventiv effekt i forhold til både præterm fødsel og lav fødselsvægt. Resultaterne i studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) viser ikke en statistisk signifikant præventiv effekt i forhold til præterm fødsel og lav fødselsvægt ved at gennemføre telefonopkald. Således er evidensen omkring effekten af telefonopkald i forhold til at forebygge præterm fødsel og lav fødselsvægt divergerende. Den udslagsgivende faktor i forhold til den præventive effekt i studiet af Collado et al. (2014) kan muligvis tilskrives, at interventionen bygger på både gruppemøder og telefonopkald. Ligeledes kan den signifikant præventive effekt af interventionen i studiet af Brooten et al. (2001) også formodes at kunne tilskrives den flerstrengede intervention, som både omfatter hjemmebesøg og telefonopkald. Derudover kan den høje grad af tilgængeligheden til sygeplejersken formodes at være en udslagsgivende faktor. Dette synspunkt underbygges problemanalysens afsnit 2.4, hvor det fremhæves, at Newton et al. (2016) beskriver væsentlige positive resultater af at have en fast jordemoder, som kan tilkaldes 24 timer i døgnet, og således i høj grad er tilgængelig for den gravide kvinde. Disse positive resultater, som Newton et al. (2016) angiver, kan således være i form af nedsat risiko for præterm fødsel og fødsler af børn med lav fødselsvægt.

Sammenholdes resultaterne af studierne af Collado et al. (2014), Brooten et al. (2001) og studierne af Moore et al. (Moore et al., 1998) kan forskellen i resultaternes præventive effekt diskuteres. Det kan tyde på, at en udslagsgivende faktor kan være den flerstrengede strategi for intervention som gennemføres af Collado et al. (2014). Denne flerstrengede strategi anlægges ligeledes i studiet af Brooten et al. (2001), hvor der er fokus på hjemmebesøg, telefonopkald og høj grad af tilgængelighed til sundhedsfagligt personale. I studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) gennemføres en enkeltstregen intervention kun med fokus på telefonopkaldene. Altså tyder det på, at en flerstrengt intervention er mest effektiv i forhold til at forebygge præterm fødsel og lav fødselsvægt blandt sårbare

gravide. Denne viden medtages i udarbejdelsen af vidensgrundlaget, der skal medvirke til at styrke anbefalingerne til svangreomsorgen for sårbare gravide.

Massage

Studiet af Field et al. (2009) funderer, som det eneste af de inkluderede studier, interventionen i udøvelse af massage. Fra 20. til 32. gestationsuge skulle kvindens partner to gange om ugen give kvinden massage, med det sigte at forebygge præterm fødsel (Field et al., 2009). Altså var der i denne intervention fokus på at opstarte interventionen tidligt i svangreforløbet. Studiets resultater viser en statistisk signifikant præventiv effekt i forhold til præterme fødsler, idet incidensen for børn født præterm var lavere i interventionsgruppen (4%) sammenlignet med kontrolgruppen (16,4%) (matrice 5l). Altså kan der påvises statistisk signifikant præventiv effekt i forhold til præterm fødsel via massageinterventioner.

Opsøgende, støttende tilbud

I studiet af Smith et al. (2011) gennemføres en intervention, som bygger på at skabe kontakt til gravide, at opspore, planlægge behandling, pleje og henvise til relevante samarbejdspartnere samt at holde kontakten til og følge de gravide. Dog findes der ikke signifikant forskel i forhold til lav fødselsvægt eller SGA for interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (lav fødselsvægt: OR: 1,69 (0,89; 3,22), SGA: OR: 0,95 (0,50; 1,79)) (matrice 5j). I tillæg hertil ses, når der blev justeret for "depression", statistisk signifikante resultater i form af at depressive kvinder var over 1,5 gange mere tilbøjelige til at føde for tidligt, end de ikke-deprimerede kvinder (OR: 1,83 (1,17;2,86) $p<0,01$) (matrice 5j). Heraf kan det tolkes, at det kan have en præventiv effekt at indføre interventioner, der sigter mod at forebygge og/eller reducere depression blandt gravide kvinder, da det kan forebygge præterme fødsler. Det kan formodes at faktorerne, der ligger til grund for denne effekt kan relateres til interventionens indhold - nemlig initierende kontakt, opsporing, planlægning, henvisning til relevante samarbejdspartnere samt vedligeholdelse af relationen mellem den sundhedsprofessionelle og den gravide. Med andre ord ser det ud til at en tovholderfunktion i svangreomsorgen til sårbare gravide, kan have en positiv effekt i forhold til depressive kvinders risiko for at føde præterm. Dette stemmer overens med problemanalysens afsnit 2.4, hvor det fremanalyseres, at en sundhedsfaglig kontaktperson spiller en afgørende rolle for svangreomsorgsforløbet for sårbare gravide. Dette resultat tages med i udarbejdelsen af et vidensgrundlag, der skal være med til at styrke svangreomsorgen for sårbare gravide.

Økonomisk supplement

I studiet af Brownell et al. (2016) gennemføres en intervention, hvor gravide med lav indkomst får et økonomisk tilskud med fokus på at forebygge lav fødselsvægt, præterm fødsel og SGA. Der ses statistisk signifikante resultater for at gravide kvinder, som modtager et økonomisk supplement, er associeret med reduktion i lav fødselsvægt ($p < 0,0001$)) (matrice 5h). Således er der evidens for at et økonomisk tilskud til gravide med lav indkomst, har en præventiv effekt i forhold til en reduktion i lav fødselsvægt. I tillæg hertil ses at interventionen er associeret med reduktion i præmaturitet ($p < 0,0001$) og SGA ($p = 0,05$) (matrice 5h) og dermed har et økonomisk indkomst-supplement til gravide med lav indkomst også en signifikant præventiv effekt på præmaturitet og SGA. Faktorerne, der ligger til grund for disse effekter er dog ikke kortlagt, men det kan muligvis handle om, at kvinderne i mindre grad er stressede, da de ikke er økonomisk lige så pressede som før det supplerende økonomiske tilskud blev bevilliget. Ligeledes kan det dreje sig om, at kvinderne i højere grad brugte pengene på næringsrig kost (Brownell et al., 2016). Det kommer her frem, at svære økonomiske kår kan anses som en sårbarhed, der kan påvirkes positivt med et økonomisk supplement, hvormed både lav fødselsvægt, for tidlig fødsel og SGA kan forebygges.

5.6 Brugeroplevelsen og negative utilsigtede konsekvenser af interventioner

De kvalitative studier af Kirkpatrick et al. (2007b) og Saïas et al. (2016) tager begge afsæt i interventioner karakteriseret ved hjemmebesøg. Kirkpatrick et al. (2007b) udforsker sårbare kvinders oplevelse af hjemmebesøg ved kvalitative interviews, hvor studiet af Saïas et al. (2016) anvender de sundhedsprofessionelles casenoter fra hjemmebesøg, til at identificere kvaliteten af relationen mellem forældrene, særligt kvinderne, og den sundhedsprofessionelle. Studierne kommer frem til divergerende resultater af hjemmebesøgene som intervention, hvilket kan skyldes de forskellige perspektiver, som interventionen belyses fra. Studiet af Kirkpatrick et al. (2007b) finder både positive og negative udfald af hjemmebesøgene, da kvindernes opfattelse til hjemmebesøgeren i udgangspunktet bar præg af modstand og mistillid, for sidenhen at udvikle sig til en positiv og tæt relation. For nogle, udviklede relationen sig dog negativt, til at bære præg af mistillid, at føle sig overvåget og for én kvinde også svigt af den opbyggede tillid. Disse oplevelser medførte en utilsigtet frygt for at miste sit barn. Kvinderne refererede til hjemmebesøgene, som noget der var påduttet dem, fremfor noget der foregik som et samarbejde, hvilket studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) ligeledes finder. En klar fordel ved hjemmebesøgene, var at det foregik i kvindernes hjem, og således sikrede trygge og private rammer til at diskutere personlige emner. Studiet bestod af 72 hjemmebesøg, som foregik hver uge, fra andet trimester og 18 måneder frem. Ingen af kvinderne modtog alle 72 besøg, dog modtog de

interviewede kvinder et væsentligt højere antal hjemmebesøg sammenlignet med resten af de inkluderede kvinder (Kirkpatrick et al., 2007b). De ugentlige hjemmebesøg og en fast sundhedsprofessionel gav kvinden mulighed for at opnå et kendskab til den sundhedsprofessionelle. Netop kendskab til en fast sundhedsprofessionel kan være udslagsgivende for at kvinden kan få en tæt relation til hende, hvilket kan styrke tilliden og øge tilfredsheden under graviditeten og sidenhen også fødslen (Williams et al., 2010). I det kvalitative studie af oplevelserne af en støttende indsats af Balaam og Thomson (2018) satte kvinderne pris på kontinuitet, da der således blev skabt grobund for at opbygge en tillidsfuld relation med den sundhedsprofessionelle. Særligt én af kvinderne blev introduceret til forskellige sundhedsprofessionelle, hvilket medførte at hun aldrig rigtig vidste, hvem hun kunne forvente at se. Studiet af Balaam og Thomson (2018) finder at sårbare kvinder drager nytte af en støttende relation, som tager udgangspunkt i en helhedsorienteret tilgang baseret på kvindens individuelle behov. Aspektet med kontinuitet og en fast sundhedsprofessionel person, stemmer overens med fund fra problemanalysen, hvor fødslen og den nyfødtes helbred er bedre hos de gravide, der har oplevet kontinuitet hos jordemoderen, ved eksempelvis at være tilknyttet en eller flere faste jordemødre sammenlignet med de gravide, hvor et forløb med fast sundhedsprofessionelle ikke har været en prioritet (Sandall et al., 2013).

To studier undersøger kvinders oplevelse af at blive tilbudt deltagelse i en støttende intervention (Jakobsen & Charlotte Overgaard, 2018) og kvindernes oplevelse af at deltage i telefonsamtaler (Moore et al., 2004). Studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) identificerede at manglende eller uklar information, om tilbuddets formål og hvad dette indebar, i høj grad medførte forvirring, uklare forventninger og bekymringer for kvinderne om at blive vurderet som mor og bedømt som ”dårlig mor”. Ligesom i studiet af Kirkpatrick et al. (2007) var kvinderne i studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) præget af forudindfattede negative opfattelser af selve interventionen. Dette skyldes at kvinderne havde svært ved at identificere sig med målgruppen som sårbar gravid. Denne identitet kan forårsage negative utilsigtede konsekvenser, såsom risikoen for at blive stigmatiseret. Ifølge Link og Phelan (Benoit, Shumka, & Barlee, 2010) består stigmatisering blandt andet af, at en person identificeres eller kategoriseres som anderledes. Stigmatisering er både en årsag til og et resultat af social eksklusion (Benoit et al., 2010) hvorfor en kategorisering, og risiko for stigmatisering, som sårbar gravid kan forværre psykosociale problemer samt mentalt og fysisk helbred. Jakobsen og Overgaard (2018) finder at introduktionen til indsatsen, og tilstrækkelig forklaring på årsagen til at deltage er, væsentlig for kvindernes selvtilid/selvbillede og opfattelse af forældrekompetencer (Jakobsen & Charlotte Overgaard, 2018). I tråd med dette identificerer studiet af Moore et al. (2004) en række barrierer som i høj grad er relateret til de sundhedsprofessionelle såsom: misforståelser,

modstridende og forkert information, manglende respons på kvindernes bekymringer og en generel opfattelse af de sundhedsprofessionelle som usympatiske. Kvinderne fremhæver fejlkommunikation som en væsentlig barriere, og udtrykker at en konsekvens heraf kan være at kvinderne ikke føler sig velkommen og således ikke ønsker at fortsætte i den prænatale svangreomsorg, når de ikke forstår information og vejledning (Moore et al., 2004). Derudover kan det medføre negative utilsigtede konsekvenser, som at kvinderne føler sig misforstået, forvirret, ikke set eller hørt og risikerer at blive udsat for victim-blaming af de sundhedsprofessionelle, hvor de selv pålægges skylden for deres situation.

I studiet af Saïas et al. (2016) bærer de sundhedsprofessionelles casenoter præg af et udfordret samarbejde, da forældrene er modvillige overfor hjemmebesøgene. Generelt var det svært for de sundhedsprofessionelle at skabe kontakt til familierne fordi besøgene ofte blev aflyst, udskudt eller glemt af forældrene. Ifølge casenoterne fremstod familierne både distancerede under hjemmebesøgene og de sundhedsprofessionelle oplevede udfordringer med at etablere en dialog som blev mere end blot overfladiske diskussioner (Saïas et al., 2016). Ifølge Saïas et al. (2016) er interventionen tilgængelig og gavnlig for alle, og er udviklet til at reducere social ulighed, men det fremhæves dog, at interventionen, modsat og utilsigtet, kan øge den sociale ulighed, hvis den ikke er fleksibel og tager afsæt i de individuelle familiemønstre og behov. I forebyggende og sundhedsfremmende tiltag kan der opstå etiske problemstillinger relateret til utilsigtet, ulige sundhedsudbytte, som når udbyttet af interventionen afhænger af familiernes, herunder kvindernes, aktive deltagelse (Holtug, Kongsholm, Lægaard, & Nielsen, 2009), hvilket understøtter Saïas et al. (2016) i at, der kan være fare for at den sociale ulighed øges, og der således opstår social ulighed i udbyttet af hjemmebesøgene. Svangreomsorgstilbud bør være skræddersyet og tilpasset konteksten og de omstændigheder den sårbare gravide er en del af (Downe et al., 2009). Dette vil bidrage til at familierne i studiet af Saïas et al. (2016) i højere grad vil involvere sig i hjemmebesøgene. Ifølge Jakobsen og Overgaard (2018) er den sundhedsprofessionelles evne til at skabe en tillidsfuld, støttende og ikke-dømmende relation en nøglefaktor i interventioner som disse. Dette understøttes af studiet af Balaam og Thomson (2018), som finder at interventioner målrettet individbaserede omstændigheder frem for generelle behov er nøglen til at sikre at marginaliserede kvinder drager nytte af interventioner i svangreomsorgen. Ifølge Kirkpatrick et al. (2007b) øger interventioner baseret på en partnerskabs-tilgang, kvindernes selvtillid og tro på at kunne klare egne udfordringer. Oplevelserne og erfaringerne fra studiet af Jakobsen og Overgaard (2018) og Kirkpatrick et al. (2007b) samt udfordringerne med familiernes, herunder kvindernes, modvilje til interventionen, fra studiet af Saïas et al. (2016) skal medtages i vidensgrundlaget for anbefalingerne til en styrket svangreomsorg for sårbare gravide.

Studiet af Birtwell et al. (2015) har fokus på sårbare gravides oplevelse af selve graviditeten samt oplevelsen af at deltage i et seks-ugers gruppeforløb sammen med andre kvinder i en lignende situation. Kvinderne udtrykte bekymring for selve graviditeten og deres håndtering af rollen som mor. Gruppeforløbet gav mulighed for at dele bekymringer, hvor det at høre andre kvinders tanker og erfaringer findes særligt givende, da det bidrager til refleksion over rollen som mor. Kontakten med andre kvinder havde positive udfald, da der blev skabt nye relationer indbyrdes, som reducerede social isolation samt medførte en positiv udvikling af en mentalt sundere og mere reflekterende selvopfattelse af rollen som mor. Dette fund understøttes af rapporten fra SPU (Sundhedsstyrelsen, 2018b), der fremhæver at sårbare gravide, der deltager i gruppetilbud, kan spejle sig andre og således reducere risikoen for medikalisering (Vallgård et al., 2014) og den oplevede grad af, at afvige fra det 'normale', hvilket også studiet af Birtwell et al. (2015) kommer frem til, når graviditeten normaliseres. Netop gennem refleksion, oplever kvinderne graviditeten som en tid til at foretage positive forandringer, såsom at minimere risikofyldt adfærd og starte på ny (Birtwell et al., 2015). Studiet af Birtwell et al. (2015) viser den succes der kan opnås ved et gruppeforløb, og problemanalysens fund fra studiet af Hetherington et al. (2018) understøtter dette fund, da gruppebaserede interventioner, netop er succesfulde, når der tages hensyn til den sårbare gravides ressourcer og individuelle omstændigheder.

6 Diskussion af resultater

I det følgende diskuteres resultaterne af det systematiske review. Analysen af resultaterne har bidraget med flere gennemgående temaer, på tværs af de inkluderede studier. Diskussionen inddeles i to overordnede perspektiver - et organisatorisk perspektiv og et tilpasningsperspektiv. Førstnævnte perspektiv omhandler temaerne *svangreomsorgstilbuddets intensitet, kontinuitet i relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle, initiering af svangreomsorgstilbuddet, kvalificering af de sundhedsprofessionelle*. Tilpasningsperspektivet omhandler temaerne *tilpasning af svangreomsorgstilbuddet med afsæt i sårbarhederne og en kombineret indsats*. Disse temaer diskuteres med det formål at kunne udarbejde et evidensbaseret vidensgrundlag for styrkelse af svangreomsorgens anbefalinger. Således besvares sidste del af problemformuleringen.

6.1 Et organisatorisk perspektiv

Det viser sig i de inkluderede studier, at måden hvorpå svangreomsorgstilbuddet er organiseret, har indvirkning på graden af effekten heraf. Dette er i overensstemmelse med problemanalysens resultater. I de følgende afsnit er der derfor fokus på at diskutere generelle organisatoriske faktorer, der kan bidrage til en styrkelse af anbefalingerne til svangreomsorgen.

6.1.1 Svangreomsorgstilbuddets intensitet

Resultaterne af de inkluderede studier tager udgangspunkt i specifikke outcomes såsom præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn og kan dermed sige noget om, hvilke grupper af sårbare gravide, der kan have gavn af bestemte interventioner med sigtet om at forebygge et eller flere af de nævnte outcomes. I dette systematiske review er der hovedsageligt identificeret signifikant præventive interventioner målrettet psykiske og/eller socialt sårbare gravide. Dog vil det i praksis ikke kunne afgøres, om en gravid med disse sårbarheder er i risiko for enten en eller flere af de ovennævnte outcomes. Altså kan det være vanskeligt at målrette interventionerne ud fra kvindens risiko for enten præterm fødsel, lav fødselsvægt eller en påvirket relationsdannelse. Det vil sige, at det hovedsageligt er muligt at angive anbefalinger i forhold til, at bestemte interventioner kan medvirke til at forebygge bestemte outcomes. Det kan dermed ikke med sikkerhed afgøres, hvilke interventioner der virker for alle sårbare gravide. De kommende afsnit vil fremhæve og diskutere de inkluderede studiers evidens for interventionernes effekt i forhold til præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn.

Interventionens intensitet er et af de temaer, der fremkommer i størstedelen af de inkluderede studier, som udslagsgivende faktor for interventionens effekt. I det følgende diskuteres, hvilken intensitet der vurderes at være nødvendig for en intervention målrettet sårbare gravide. I studiet af Lee et al. (2009) måles og sammenlignes intensiteten af samme intervention, hvilket viser at syv hjemmebesøg eller derover har signifikant større effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt sammenlignet med seks hjemmebesøg eller derunder. Dette studie påviser således en effekt, der gradueres efter antallet af hjemmebesøg. Dette fund suppleres af andre studier. I studiet af Broton et al. (2001), som også indeholder en intervention, der bygger på hjemmebesøg, ses det at hjemmebesøgene foregår hver anden uge. I de uger hvor der ikke er hjemmebesøg, er der arrangeret møder hos den gravides praktiserende læge. De ugentlige svangreomsorgsmøder i interventionen viser signifikant effekt på lav fødselsvægt. Studiet af Doyle et al. (2014) er ligeledes baseret på hjemmebesøg og har en forventning om, at kvinderne skal modtage ti besøg. Det bliver dog kun til seks besøg i gennemsnit, og i studiets flowchart over deltagelse i interventionen ses det, at 23 ud af 115 kvinder slet ikke modtager besøg. Det insignifikante resultat af interventionen antages at kunne være påvirket af, at interventionen ikke lever op til forventningen om at give ti hjemmebesøg til deltagerne. Resultatet i studiet af Doyle et al. (2014) understøtter dermed resultaterne fra Lee et al. (2009) og Broton et al. (2001) og indikerer, at minimum syv hjemmebesøg er nødvendigt for at reducere forekomsten af lav fødselsvægt. I forhold til deltagelse i det enkelte svangreomsorgstilbud, ses det ydermere afgørende for effekten af selve tilbuddet, at kvinderne modtager den intendede intervention, da frafald blandt kvinderne kan medføre en ulighed i sundhedsudbyttet. Dette relaterer sig til, at de kvinder der har størst behov for interventionen ofte, også kan være dem, der frafalder interventionen netop fordi de i høj grad er sårbare (Saïas et al., 2016). Dette ville medføre en negativ utilsigtet konsekvens i svangreomsorgen, der potentielt kan medføre en øget social ulighed i sundhed inden for svangreomsorgen.

Studierne af Collado et al. (2014) og Felder et al. (2017) undersøger effekten af interventioner med ti gruppemøder, og begge interventioner viser signifikant effekt på forebyggelse af præterm fødsel og lav fødselsvægt. Derimod ses det i studiet af Kemp et al. (2011), at interventionen, hvor de gravide kvinder modtager 16,3 besøg i gennemsnit, ikke har signifikant effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt, hvilket stiller spørgsmålstegn ved intensiteten af interventioner målrettet sårbare gravide. Den udeblivende signifikante effekt kan eksempelvis forklares med afsæt i interventionens opstartstidspunkt, hvilket indikerer, at interventionen blev igangsat for sent i forhold til kvindernes gestationsuge. Interventionen får dermed et kort prænatale forløb, hvor der muligvis ikke er tid til at ændre på parametre for selve fødslen, såsom præterm fødsel og lav fødselsvægt.

I det kvalitative studie af Kirkpatrick et al. (2007b), der er baseret på et interventionsstudie, hvor deltagerne modtager 72 præ- og postnatale hjemmebesøg, ses flere positive udtalelser om denne

interventions intensitet. Kvinderne der bliver interviewet oplever, at der er tid til dem og at de er i stand til at opbygge en god relation til den sundhedsprofessionelle samt at relationen udvikler sig over tid. I problemanalysen (afsnit 2.4) fremkom denne relation at være betydningsfuld for udfaldet af graviditeten. I dette studie af Kirkpatrick et al. (2007b) ses det dog, at de deltagende kvinder er særdeles sårbare, hvilket tenderer til at de i højere grad i en dansk kontekst ville differentieres til niveau fire. Dermed kan det antages, at 72 hjemmebesøg ikke er nødvendigt for alle sårbare gravide på differentieringsniveau tre, men muligvis for udvalgte kvinder.

Det tyder altså på, ud fra ovenstående diskussion af inkluderede studier, at intensiteten af interventionen har afgørende betydning for den præventive effekt heraf. Set i forhold til hjemmebesøg vurderes syv hjemmebesøg eller derover at være udslagsgivende i forhold til en præventiv effekt relateret til lav fødselsvægt. Med afsæt i studierne af Collado et al. (2014) og Felder et al. (2017) er der evidens for, at gruppemøder kan have en signifikant præventiv effekt i forhold til præterm fødsler. Begge disse studier bygger på interventioner med ti gruppemøder i løbet af kvindernes graviditet, hvilket viste sig at have effekt på både præterm fødsel og lav fødselsvægt. I studiet af Kemp et al. (2011) ses signifikant effekt af gruppemøder i forhold til at støtte kvinderne i relationsdannelsen med barnet. Således kan prænatale gruppemøder være effektive i forhold forebyggelsen af præterm fødsel og lav fødselsvægt, mens postnatale gruppemøder har effekt på relationsdannelsen mellem mor og barn. Dermed kan gruppemøder for sårbare gravide og nybagte mødre have en præventiv effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt samt relationsdannelsen mellem mor og barn.

Kontinuitet i relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle

Intensiteten af interventionerne spiller en rolle for, hvorvidt disse bidrager til kontinuitet i form af, at den sundhedsprofessionelle opleves som velkendt og tilgængelig for den sårbare gravide. I ovenstående afsnit fremkom det, at kvinderne i studiet af Kirkpatrick et al. (2007b) satte pris på muligheden for at danne en relation til den sundhedsprofessionelle, der kom på hjemmebesøg, og vurderede at dette var muligt i kraft af den høje intensitet. I studiet af Brooten et al. (2001) var en sygeplejerske meget tilgængelig for den sårbare gravide, både i form af hjemmebesøg hver anden uge under graviditeten, men også ved telefonisk kontakt i de første otte uger efter fødslen, hvor kvinden havde mulighed for at kontakte den samme sygeplejerske alle ugens dage. Denne mulighed vurderes at skabe kontinuitet i forholdet mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle, og tillader at disse danner en god relation. Relationen kan være afgørende for udfaldet af graviditeten, hvilket er fremanalyseret i afsnit 2.4 i problemanalysen. Her fremkom det, at kontinuitet i konsultationerne hos en jordemoder førte til bedre fødsler og helbred for den nyfødte (Sandall et al., 2013) og ligeledes havde positive effekter på reduktionen af præterm fødsel og lav fødselsvægt (Newton et al., 2016).

Studiet af Brooten et al. (2001) viste signifikant effekt på lav fødselsvægt, men ikke på præterm fødsel. I studiet af Doyle et al. (2014) var der ligeledes fokus på at skabe kontinuitet i relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle, med det formål at forbedre perinatale outcomes. Studiet påviste ikke signifikant effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt, hvilket foranlediger til at vurdere, at interventionens omfang på ti hjemmebesøg, der reelt kun blev til seks hjemmebesøg i gennemsnit, ikke er nok til at skabe en god relation mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle. Der er altså muligvis brug for en højere grad af kontinuitet i svangreomsorgen end foreslået og afprøvet i studierne af Brooten et al. (2001) og Doyle et al. (2014). I det kvalitative studie af Kirkpatrick et al. (2007b) tilgås graden af intensitet helt anderledes, da kvinderne i dette studie modtager en intervention bestående af 72 hjemmebesøg fordelt på et år. Dette kan medføre en negativ utilsigtet konsekvens, da nogle af kvinderne følte sig overvågede (Kirkpatrick et al., 2007b), hvilket kan antages at hænge sammen med det høje antal besøg.

De inkluderede interventionsstudier var baseret på interventioner, der tilsyneladende ikke bidrog med tilstrækkelig kontinuitet i relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle. I problemanalysen fremkom det, at der ifølge Newton et al. (2016), var væsentlige effekter af at have en jordemoder, der er tilgængelig hele døgnet. Det kan derfor antages, at graden af tilgængelighed skal være højere end det, der afprøvet i de interventionsstudier, der er inkluderet i dette systematiske review. På baggrund af de inkluderede studier, der er baseret på randomiserede forsøg og dermed placeres højt i evidenshierarkiet kan det blot siges, at det ikke er tilstrækkeligt med telefonisk tilgængelighed i de første otte uger efter fødslen. I tillæg hertil indikerer kvindernes oplevelser, at der er behov for væsentligt mere kontinuitet, muligvis i form af et højt antal besøg. Dog kan der også være en øvre grænse for nogle af kvinderne, da for mange besøg medfører negative utilsigtede konsekvenser i form af en følelse af at blive overvåget. Derudover udtalte nogle af kvinderne i studiet af Moore et al. (2004), at de ville have foretrukket ansigt til ansigt samtaler frem for telefonisk kontakt under interventionen udført af Moore et al. (Moore et al., 1998). Dette siger også noget om graden og typen af tilgængelighed. Dette stemmer overens med studiet af Smith et al. (2011), hvor særligt depressive kvinder har gavn af en støttende tovholder for svangreomsorgsforløbet. Altså at en sundhedsprofessionelles fysiske tilstedeværelse kan spille en rolle for kvindernes oplevelse af støtte og tilgængelighed og dermed af kontinuiteten af svangreomsorgstilbuddet.

Der foreligger dog ikke evidens for i hvilket omfang den sundhedsprofessionelle skal være tilgængelig, hvis kontinuitet skal bidrage til at skabe en relation mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle, og dermed have en præventiv effekt i forhold til at reducere præterm fødsel og lav fødselsvægt samt at støtte kvinden i relationsdannelsen med barnet. Således kræves yderligere

forskning, der kan medvirke til at adressere en nedre grænse for tilgængelighed og dermed de positive præventive effekter der følger af kontinuitet.

6.1.2 Initiering af interventionen

I studiet af Kemp et al. (2011) ses det, at intensiteten af interventionen ikke alene afgør om denne har effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt. Tidspunktet for opstart er ligeledes betydningsfuldt. I studiet af Lee et al. (2009) sammenlignes opstart af hjemmebesøg i gestationsuge 24 med opstart i gestationsuge 16, hvor forekomsten af lav fødselsvægt reduceres signifikant ved sidstnævnte. Dette stemmer overens med den viden, der fremkom i problemanalysen, hvor tidlig indsats er associeret med lavere risiko for perinatal og maternel morbiditet og mortalitet (Downe et al., 2009). I kontrast hertil opstartes interventionen bestående af telefonopkald i studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) i gestationsuge 22-32. Det er i sig selv et bredt spænd for hvornår interventionen opstartes, men desuden også sent i graviditeten set i forhold til andre interventioner. Interventionen viser ikke nogen effekt på reduktion af præterm fødsel og lav fødselsvægt, hvilket kan antages at have en sammenhæng med opstartstidspunktet. Derudover forløb interventionen til gestationsuge 37, hvilket vil sige, at for nogle kvinder varede interventionen kun fem uger, og for andre varede den 15. Dette vurderes ligeledes at kunne påvirke, hvorvidt interventionen har haft effekt. I tillæg hertil siger kvinderne i undersøgelsen af Moore et al. (2004) selv, at de ønskede, at interventionen i studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) blev initieret tidligere. Således fremkommer det blot, at der ses en udeblivende statistisk signifikant præventiv effekt og at brugeroplevelsen af interventionen heller ikke er optimal.

Studiet af Field et al. (2009) viser en signifikant reduktion i præterme fødsler ved en massage intervention, der opstartes i 20. graviditetsuge. Denne type intervention vurderes dog at adskille sig fra de andre typer interventioner, der er inkluderet i syntesen af det systematiske reviews resultater, da denne er af mere fysisk karakter. Det vurderes derfor, at dette studies opstart som passende for denne type af intervention, da den medførte signifikante resultater. Dog lever dette studie ikke op til de kvalitetsmæssige krav for et randomiseret forsøg, hvorfor disse resultater og opsætningen af interventionen skal anvendes med visse forbehold. Altså kan tidspunktet for opstart af denne intervention heller ikke generaliseres til andre typer af interventioner for sårbare gravide. Interventionerne i studierne af Brownell et al. (2016) og Collado et al. (2014) opstartes i andet trimester uden nærmere tidsangivelse. Her er der tale om henholdsvis et økonomisk tilskud og gruppemøder. Disse studier viser begge reduktion på forekomsten af lav fødselsvægt og studiet af Collado et al. (2014) viser ligeledes effekt på præterm fødsel. For disse interventioner vurderes opstartstidspunktet således at være passende i forhold til at opnå signifikant præventiv effekt. Dette påpeger, at

interventionens type kan have betydning for, hvornår interventionen bør opstartes. Ligeledes vurderes interventionens formål at være udslagsgivende for, hvornår interventionen bør begynde. I studierne af Guthrie et al. (2009), Cooper et al. (2015) og Kemp et al. (2011) igangsættes interventionerne sent i graviditeten. Det er dog et vigtigt opmærksomhedspunkt at disse interventioner, primært har til formål at intervenere på relationsdannelsen frem for præterm fødsel og lav fødselsvægt, hvilket kunne foranledige til at vurdere, at dette stemmer overens med, at relationsdannelsen hovedsageligt foregår efter fødslen. Dog påpeger studiet af Birtwell et al. (2015) at relationsdannelsen til barnet kan starte allerede i graviditeten, hvilket øger behovet for, at en intervention målrettet forbedring af relationsdannelsen bør starte tidligt i graviditeten. Denne antagelse bakkes op af resultaterne af studierne af Guthrie et al. (2009) og Cooper et al. (2015), da disse ikke viser nogen effekt specifikt på forbedring af relationsdannelse, hvilket indikerer at interventionerne bør tilpasses for at opnå effekt. Dette kunne handle om at initiere interventionen tidligere i graviditeten.

Ud fra ovenstående, der tager afsæt i evidensbaseret viden, rettes der opmærksomhed på at planlægge opstartstidspunktet for svangreomsorgstilbuddet afhængig af type og formål. Dog har det i langt de fleste tilfælde vist sig, at en tidlig initiering af svangreomsorgstilbud reducerer præterm fødsel og lav fødselsvægt og til dels også forbedrer relationsdannelsen mellem mor og barn. Det vurderes derfor at anbefalingerne for svangreomsorgen bør stile mod opstart af interventioner målrettet sårbare gravide differentieret til niveau tre så tidligt som muligt og senest i gestationsuge 16.

6.1.3 Kvalificering af de sundhedsprofessionelle

De sundhedsprofessionelles oplæring og kvalificering kan være udslagsgivende for interventionernes effekt. I det følgende diskuteres, hvilken oplæring af de sundhedsprofessionelle, der er relevant og nødvendig for en intervention målrettet sårbare gravide.

Flere af studierne er karakteriseret ved hjemmebesøg, dog varierer hjemmebesøgerens faglige baggrund og udgangspunkt for at udføre interventionen. I studiet af Doyle et al. (2014) blev besøgene udført af en mentor med baggrund indenfor psykologi og barnepleje. I studiet af Lee et al. (2009) udføres hjemmebesøgene af fagpersoner med erfaring fra arbejde med spædbørn, og som besidder fællestræk, såsom sprog og kulturel baggrund med den gravide. Herudover modtog de træning og supervision i løbet af interventionen. I studiet af Brooten et al. (2001), Kemp et al. (2011) og Guthrie et al. (2009) udføres besøgene af specialiserede og trænede syge- eller sundhedsplejersker. Ligeledes udføres ugentlige telefonopkald af en sygeplejerske i studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998). Der er derimod stor forskel i de sundhedsprofessionelles faglige niveau i studiet af Cooper et al. (2015), fordi de modtager forskellige niveauer af oplæring, henholdsvis tre måneders oplæring med en

superviseret pilottest og fem dages instruktion med sideløbende supervision. Denne forskel i det faglige niveau kan ikke udelukkes at have indvirkning på interventionen. Trods manglende signifikant effekt på reduktion af kvindernes depressive symptomer, ses en større gennemsnitlig reduktion i målingerne udført otte uger og 18 måneder efter fødslen, for kvinderne interventionsgruppen i syd. Disse kvinder har været tilknyttet de sundhedsprofessionelle som gennemgår fem dages instruktion, sammenlignet med tre måneders oplæring hos de sundhedsprofessionelle i interventionsgruppen i nord. Ud fra Cooper et al.'s (2015) resultater tyder det på, at niveauet for kvalificeringen af de sundhedsprofessionelle er tilstrækkeligt med fem dages oplæring. I disse studier betegnes hjemmebesøgeren forskelligt, primært som sundhedsprofessionel, men også som mentor og deres faglige kvalificering bærer præg af forskellige faglige niveauer og udgangspunkter, men trods alt med en sundhedsprofessionel baggrund som fællesnævner. Det kan dermed diskuteres, om det er tilstrækkeligt at hjemmebesøgene udføres af en mentor med baggrund indenfor psykologi og barnepleje, om fem dages instruktion med sideløbende supervision, er tilstrækkeligt og endeligt og om det er afgørende, at den sundhedsprofessionelle besidder sproglige og kulturelle fællestræk med den gravide. Et andet perspektiv på de sundhedsprofessionelles kvalifikationer identificeres i studiet af Jakobsen og Overgaard (2018), hvor manglende eller uklar information, om tilbuddets formål og hvad dette indebar, i høj grad kan medføre forvirring, uklare forventninger og bekymringer for kvinderne om at blive vurderet som mor og bedømt som ”dårlig mor”. Dette kan forårsage negative utilsigtede konsekvenser, såsom risikoen for at blive stigmatiseret eller at kvinderne føler sig misforstået, forvirret samt ikke set eller hørt. For at minimere sådanne negative utilsigtede konsekvenser, kan det være væsentligt at oplæringen af sundhedsprofessionelle og frivillige indeholder emner, som kvalificerer dem til at undgå uklar kommunikation, som kvinderne i studiet af Moore et al. (2004) fremhævede som en væsentlig barriere for ønsket om at deltage i interventionen, fordi de ikke forstår information og vejledning.

De danske *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2013) lægger vægt på, at den gravide tilknyttes en kontaktperson med en relevant faglig baggrund, oftest en jordemoder, samt at komplekse svangreforløb derudover kan kræve inddragelse af øvrige specialister og andre tværfaglige samarbejdspartnere. Særligt det sidstnævnte aspekt med inddragelse af øvrige specialister, ses i studiet af Felder et al (2017), hvor den gruppebaserede intervention faciliteres af enten obstetrikere, jordemødre eller andre sundhedsprofessionelle. Derudover kan studiet af Collado et al. (2014) nævnes, idet gruppemøderne heri faciliteres af jordemødre. Begge studier finder signifikante effekter i forhold til at reducere præmature fødsler, hvormed det kan tyde på at tilstedeværelsen af specialiserede og relevante sundhedsprofessionelle, er en udslagsgivende faktor i gruppebaserede interventioner. I modsætningen til dette består støtteforløbet af Balaam og Thomson (2018) af personer med forskellige,

faglige udgangspunkter, da de gravide modtager støtte fra enten en jordemoder eller en frivillig fra en social velgørenhedsorganisation, som har gennemgået et års træningsforløb. En lignende støttende intervention udføres i studiet af Smith et al. (2011), dog udført af en sundhedsprofessionel. Studierne adskiller sig i forhold til, hvem der yder den støttende funktion for den gravide. Da studiet af Balaam og Thomson (2018) er et kvalitativt studie med udgangspunkt i brugeroplevelser, er det begrænset, hvor meget disse udtalelser kan sige om effekten af støttepersonernes kvalifikationer og niveauet for oplæringen i interventionen, men derimod kan kvindernes oplevelser bidrage med et andet perspektiv på eksempelvis brugen af frivillige støttepersoner. Kvinderne i studiet af Balaam og Thomson (2018), som har været tilknyttet en frivillig, udtrykker alle stor tilfredshed og trykthed med disse, og angiver at de fungerer som en "livline" for dem. Den faglige støtteperson i studiet af Smith et al. (2011) kan sammenlignes med kontaktpersonen, beskrevet i *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2013).

Et helt andet perspektiv herpå, kan findes i studiet af Field et al. (2009), hvor det er den gravides partner, der udfører massageinterventionen, hvilket afføder spørgsmål om, hvilken betydning det kunne have, hvis interventionen blev leveret af en sundhedsprofessionel. Partneren fik oplæring af en massageterapeut og modtog guidende videooptagelser til brug i hjemmet. Field et al. (2009) finder en statistisk signifikant reduktion i præterme fødsler, men da studiet ikke lever op til de kvalitetsmæssige krav for et randomiseret forsøg, bør resultaterne anvendes varsomt, da studiet ikke vurderes at kunne afgøre om udfaldet af interventionens resultater afhænger af om interventionen udføres af partneren eller en sundhedsprofessionel.

Den sundhedsprofessionelles kvalificeringer og uddannelsesniveau spiller altså en væsentlig rolle i forhold til at opnå effekter af interventioner målrettet sårbare gravide. Dog er det langt fra alle studier, der angiver intensiteten af oplæringen, hvorfor der ikke foreligger konkrete anvisninger for hvor meget oplæring de sundhedsprofessionelle eller frivillige har brug for, forud for interventionerne. De fremhævede studier i det ovenstående bærer præg af at bestå af forskellige typer interventioner, hvormed det kan diskuteres om dette kan kræve forskellige niveauer for oplæringen. Støtte fra frivillige kræver god oplæring, såsom et års træning, som det ses i studiet af Balaam og Thomson (2018). For både frivillige og sundhedsprofessionelle antages sideløbende supervision at være væsentlig. Derudover kræves yderligere forskning for at fastslå niveauet for intensiteten af oplæring af såvel frivillige som sundhedsprofessionelle.

6.2 Perspektiver på tilpasning

Analysen viste at, der forekommer at være forskel på, hvilke sårbarheder der intervereres over for, ligesom udformningen af interventionerne målrettet sårbare gravide er forskellige. Det er vigtigt at

tilpasse svangreomsorgstilbuddet til den gravides omstændigheder, ressourcer og kontekst, da gruppen af sårbare gravide er en særdeles heterogen gruppe, (Balaam & Thomson, 2018; Downe et al., 2009; Hetherington et al., 2018; Jakobsen & Charlotte Overgaard, 2018). Med udgangspunkt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb diskuteres studierne resultater med det formål at vurdere, hvorvidt interventionerne i studierne bidrager med viden om, hvordan svangreomsorgstilbud kan tilpasses den enkelte gravides sårbarheder. På denne måde opnås et nuanceret billede af de sårbare gravides forskellige behov.

Intervention	Forfattere	Sårbarhedstype	Signifikant effekt ift.
Hjemmebesøg	Broton et al. (2011) *	Lavt uddannelsesniveau Lav socioøkonomisk status Enlige	Lav fødselsvægt
	Lee et al. (2009)	Lav indkomst Enlige	Lav fødselsvægt
	Guthrie et al. (2009)	Lavt uddannelsesniveau Lavt indkomstniveau Enlige Bosiddende i socialt udsatte områder	Relationsdannelse mellem mor og barn
Gruppemøder	Ortiz Collado et al. (2014) *	Depression Manglende socialt netværk Lav socioøkonomisk status	Præterm fødsel Lav fødselsvægt
	Felder et al. (2017)	Unge	Præterm fødsel Lav fødselsvægt
	Kemp et al. (2011) *	Depression Lavt uddannelsesniveau Dårlig erfaring med tilknytning	Relationsdannelse mellem mor og barn
Telefonopkald	Ortiz Collado et al. (2014) *	Depression Manglende socialt netværk Lav socioøkonomisk status	Præterm fødsel Lav fødselsvægt
	Broton et al. (2011) *	Lavt uddannelsesniveau Lav socioøkonomisk status Enlige	Lav fødselsvægt
Massage	Field et al. (2009)	Depression Lav socioøkonomisk status	Præterm fødsel Lav fødselsvægt

Økonomisk supplement	Brownell et al. (2016)	Lav indkomst	Præterm fødsel Lav fødselsvægt
*Studier markeret med stjernen bygger på flerstrengede interventioner. Derfor kan effekten af interventionen ikke udelukkende tillægges enten den ene eller den anden del af interventionen.			

Tabel 6.1: Oversigt over sårbarhedstypernes sammenholdt med signifikant præventive interventioner

6.2.1 Fysiske sårbarheder

Fysiske sårbarheder er kun i kort udstrækning repræsenteret i de inkluderede studier. Kun studierne af Moore et al. (Moore et al., 1998), Moore et al. (2004) og Birtwell et al. (2015) inkluderer kvinder med fysiske sårbarheder lig dem, der er præsenteret i den danske differentieringsmodel inden for svangreomsorgen, nemlig kvinder med tidligere aborter. Det eneste studie blandt de tre nævnte, der undersøger effekten af en intervention, er studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998). Dog er dette studie vurderet til evidensniveau 2b, da det er et randomiseret forsøg af dårlig metodisk kvalitet, hvorfor der ikke findes belæg for at kunne konkludere noget på baggrund heraf. I tillæg hertil viser interventionen ingen effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt. Således foreligger der kun resultater af ringe kvalitet og uden påvisning af positive effekter, hvorfor dette studie ikke kan danne baggrund for anbefalinger om hvilke tilbud, som bør prioriteres til gravide med fysiske sårbarhedsfaktorer. Studierne af Moore et al. (2004) og Birtwell et al. (2015) er kvalitative studier, og har derfor ikke kunnet påvise effekter i forhold til præterm fødsel og lav fødselsvægt. For at der kan udarbejdes et evidensbaseret vidensgrundlag for, hvilke svangreomsorgstilbud gravide med fysiske sårbarheder skal tilbydes, kræves der yderligere forskning inden for feltet.

6.2.2 Psykiske sårbarheder

I studierne af Felder et al. (2017) og Smith et al. (2011) ses det, at interventionen, der retter sig mod at reducere graden af depressive symptomer hos gravide, har signifikant effekt på reduktion af præterme fødsler. I studierne af Collado et al. (2014) og Field et al. (2009) viser interventionen, målrettet depressive kvinder, både effekt på reduktion af præterm fødsel og lav fødselsvægt. Studiet af Cooper et al. (2015) frembringer ingen signifikant præventiv effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt for de depressive gravide. Hos kvinder med depression som psykisk sårbarhedsfaktor, er der fundet fire interventioner med positiv effekt på forekomsten af præterm fødsel - de to har herudover også positiv effekt på forekomsten af lav fødselsvægt. Indsatserne bygger blandt andet på gruppemøder, hvor indholdet skal målrettes depressive kvinder med emner som kost, fysisk aktivitet, graviditetsrelaterede problemer, forældreskab og pleje af en nyfødt.

I studierne af Felder et al. (2017), Collado et al. (2014) og Field et al. (2009) ses positive effekter af forskellige typer af interventioner, der alle funderes i gruppemøder (Collado et al., 2014; Jennifer N. Felder et al., 2017) og massage (Field et al., 2009). Gruppemøder giver mulighed for at kvinderne kan dele deres bekymringer medigestillede, indgå nye relationer og reflekterede i højere grad over rollen som mor (Birtwell et al., 2015).

Det vurderes derfor at gruppemøder er en effektiv indsats for sårbare kvinder med depression, og kan anbefales til reduktion af præterm fødsel og lav fødselsvægt. Derudover reduceres den gravides depressive symptomer, hvilket er en ekstra gevinst. Massage forekommer at være en effektiv intervention for depressive kvinder, men studiet af Field et al. (2009) vurderes kvalitetsmæssigt ringe, hvorfor resultatet heraf kun medtages med forbehold herfor. Depression er en af de psykiske sårbarheder på svangreomsorgens differentieringsniveau tre, hvor der også angives andre psykiske sårbarheder end netop depression (Brot & Poulsen, 2013). Dette systematiske review har ikke identificeret indsatser med positiv effekt på andre typer af psykiske sårbarheder end depression. Yderligere forskning af interventioner målrettet andre psykiske sårbarheder kræves fremadrettet.

6.2.3 Sociale sårbarheder

I studierne af Lee et al. (2009), Brooten et al. (2001), Collado et al. (2014), Kemp et al. (2011), Doyle et al. (2014), Guthrie et al. (2009), Felder et al. (2017), Moore et al. (Moore et al., 1998) og Brownell et al. (2016) er interventionerne rettet mod kvinder med sårbarheder af forskellig *social* karakter, herunder eksempelvis enlige, manglende socialt netværk, arbejdsløshed, lavt uddannelsesniveau med mere (tabel 5.3).

I studierne af Moore et al. (Moore et al., 1998) og Brownell et al. (2016) ses to forskellige interventioner målrettet kvinder med lav indkomst som sociale sårbarhed. I studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) modtog den gravide tre telefonopkald om ugen, som handlede om emner der var vigtige for den gravide. Derudover blev emner som rygning, kost og opfattelser af forandringer i graviditeten adresseret. I studiet af Brownell et al. (2016) gives et økonomisk supplement til kvinderne i løbet af graviditetens andet og tredje trimester. Det økonomiske supplement har en signifikant præventiv effekt i forhold til at reducere forekomsten af lav fødselsvægt og kan associeres med en reduktion i præterm fødsel (Brownell et al., 2016). Sidstnævnte er dog ikke signifikant. Studiet af Moore et al. (Moore et al., 1998) påviser ingen effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt. Kvinder med lav indkomst som sårbarhed har gavn af et økonomisk supplement. Altså kan et økonomisk supplement målrettet sårbare gravide med økonomiske udfordringer have en præventiv effekt på

præterm fødsel og lav fødselsvægt. Hermed er der evidens for, at sårbare gravide med økonomiske udfordringer blot kan have brug for en simpel intervention i form af et økonomisk tilskud for at forebygge præterm fødsel og lav fødselsvægt.

6.2.4 Psykiske og sociale sårbarheder

Kvinderne der indgår i studierne af Collado et al. (2014) og Felder et al. (2017) karakteriseres ved at være depressive, mangle social støtte og at de er socioøkonomisk udfordrede. Således kan disse kvinders sårbarheder kategoriseres som både *psykiske* og *sociale*. Denne viden er vigtig, da resultaterne af disse studier viser, at kvinder med disse sårbarheder har en præventiv effekt af gruppemøder i forhold til præterm fødsel og lav fødselsvægt, hvorfor der er grundlag for at målrette gruppebaserede svangreomsorgstilbud til kvinder med psykiske og sociale sårbarheder.

I studiet af Kemp et al. (2011) karakteriseres kvinderne ved en række sårbarheder - lav alder, manglende social støtte, sen tilslutning til svangreomsorgstilbud, øget stressniveau, tidligere psykisk sygdom og vold i opvæksten. Ligeledes kategoriseres disse sårbarheder som psykiske og sociale sårbarheder. Resultaterne i studiet af Kemp et al. (2011) viser en signifikant effekt af postnatale gruppemøder i forhold til at støtte relationsdannelsen mellem mor og barn. Disse tre studier klassificeres med et højt evidensniveau (1b) og vægtes højt i vidensgrundlaget. Ovenstående afsnit bidrager således med en kortlægning af evidensen for en bred vifte af interventioner, med positive effekter på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn. Disse skal målrettes gravide kvinder med psykiske sårbarheder, sociale sårbarheder samt en kombination af både psykiske og sociale sårbarheder.

6.2.5 Et kombineret svangreomsorgstilbud

Flere interventioner i de inkluderede studier er baseret på en kombineret indsats, hvilket har afgørende betydning for, hvorvidt et svangreomsorgstilbud bliver succesfuldt i forhold til at forebygge præterm fødsel, lav fødselsvægt og fremme relationsdannelsen mellem mor og barn. Dette kan anvendes i tilrettelæggelsen af svangreomsorgstilbud, med afsæt i kvindens sårbarhed og rette opmærksomhed på, at det kan være nødvendigt med flere indsatser til den enkelte sårbare gravide, som et led i tilpasningen af svangreomsorgstilbuddene.

Studiet af Collado et al. (2014), der påviser en signifikant effekt på præterm fødsel og lav fødselsvægt og studiet Kemp et al. (2011), der påviser signifikant effekt på relationsdannelsen mellem mor og barn,

består af interventioner med forskellige indsatser målrettet den sårbare gravide. Her ses i højere grad effekt på de opstillede mål for interventionen, sammenlignet med de interventioner, der består af en enkeltstående indsats. Det kan eksempelvis ses i de inkluderede studier, at den depressive gravide, der kategoriseres som psykisk sårbar, både kan have gavn af et svangreomsorgstilbud bestående af gruppemøder og et tilbud bestående af massage. I tillæg hertil viste studiet af Collado et al. (2014) at telefonopkald mellem gruppemøderne reducerede frafald blandt de sårbare gravide. Disse interventioner viser signifikant effekt for depressive gravide på reduktion af præterm fødsel og lav fødselsvægt (Collado et al., 2014; Jennifer N. Felder et al., 2017; Field et al., 2009). Dog er studiet af Field et al. (2009) som tidligere nævnt ikke af høj kvalitetsmæssig karakter, hvorfor denne intervention kun bør anbefales for sårbare gravide efter nærmere forskning.

Det kan ligeledes være tilfældet, at den gravide har flere sårbarheder, og at disse går på tværs af kategorierne for sårbarhederne på differentieringsniveau tre. Dette vidner om, at sårbare gravide i vid udstrækning ofte udfordres af flere sårbarheder samtidigt. Sårbarhederne må, med afsæt i retningslinjerne fra NICE (NICE, 2010) og Australian Government and Department of Health (AustralianGovernmentDepartmentofHealth, 2018), adresseres forskelligt. For gravide med flere sårbarheder, vurderes der at være behov for et kombinere og flerstrengt svangreomsorgstilbud, som ekstra lange møder med kontaktjordemoderen, telefonsamtaler og mulighed for at kontakte jordemoderen telefonisk ved behov (NICE, 2010). Således er der brug for en flerstrengt indsats, der adresserer eksempelvis både psykiske og sociale sårbarheder, hvorfor der bør ses specifikt på den eller de sårbarheder, den gravide har, og ud fra dette træffe en beslutning om, hvilke svangreomsorgstilbud kvinden bør tilbydes. Denne tilgang til den sårbare gravide vurderes tilmed at kunne bidrage til at reducere forekomsten af et ulige sundhedsudbytte af svangreomsorgens tilbud jævnfør resultatanalysens afsnit 5.6. I studiet af Saïas et al. (2016) pointeres det, at interventionen skal være fleksibel og tage afsæt i individuelle mønstre og behov. Dette vurderes i højere grad at blive opfyldt ved en tilgang til den sårbare gravide, der indebærer en vurdering af dennes sårbarhed. Dette stemmer overens med tilgangen funderet i sårbarhedsbegrebet af De Groot et al. (2016), der har fokus på en flervidenskabelig og helhedsorienteret tilgang til sårbarhed. Tilpasningen af svangreomsorgstilbuddene til de gravides sårbarheder, søges således at modvirke en potentiel øgning af den sociale ulighed i sundhed inden for svangreomsorgen.

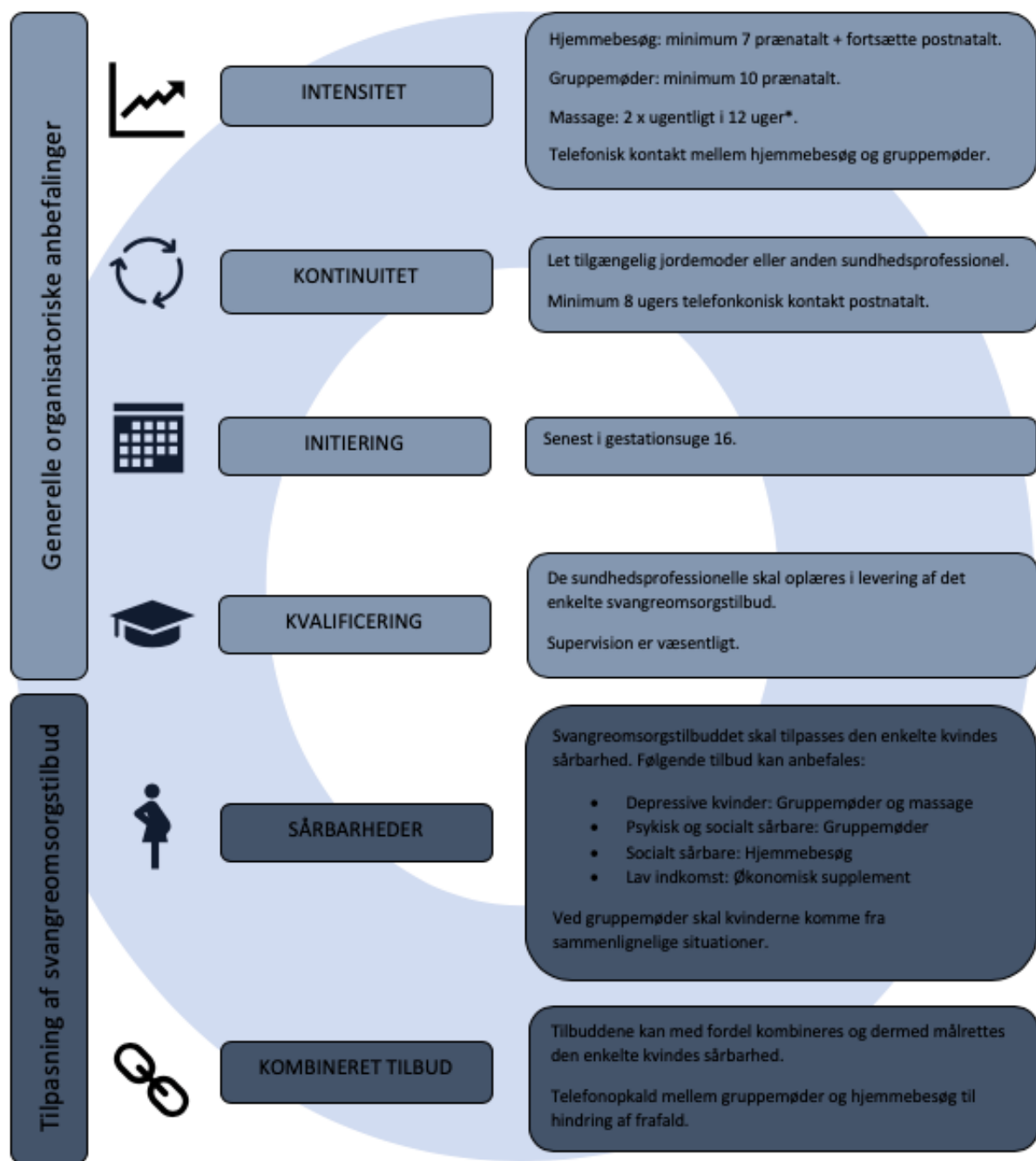
Alt i alt vurderes ovenstående fund, at rette sig mod en anbefaling, der inspireres af tilgangen, der ses i NICE (NICE, 2010) og Australian Government and Department of Health (AustralianGovernmentDepartmentofHealth, 2018), hvor der i højere grad tages udgangspunkt i den enkelte kvindes sårbarhed, sammenlignet med den nuværende danske tilgang, hvor alle på

differentieringsniveau tre får samme tilbud. Denne tilgang til den sårbare gravide tager i høj grad udgangspunkt i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb, der anlægger et helhedsorienteret perspektiv, hvor der både er fokus på de personlige og miljømæssige risici, der er til stede hos den sårbare gravide, da disse risici kan identificeres i flere af lagene i den socioøkologiske model.

7 Vidensgrundlag

I det følgende tydeliggøres den evidens, der gennem analysen og diskussionen, er udledt af dette speciales systematiske review, og som skal bidrage til at svare på sidste del af problemformuleringen: *Hvordan kan viden herom anvendes til udformning af anbefalinger målrettet sårbare gravide på differentieringsniveau tre i svangreomsorgen i forhold til at forebygge perinatal morbiditet og mortalitet samt at ruste forældrene til at mestre forældreskabet?* Evidensen danner et vidensgrundlag for styrkelse af anbefalingerne for den danske svangreomsorgs differentieringsniveau tre. Således præciseres, hvad der skal ligge til grund for udformningen af svangreomsorgstilbuddene med det formål at reducere præterm fødsel, lav fødselsvægt, samt at støtte relationsdannelsen mellem mor og barn. Disse proxymål er de mest bidragende til perinatal mortalitet og morbiditet, hvorfor det er rimeligt at antage, at et vidensgrundlag for styrkede anbefalinger for svangreomsorgens sårbare gravide, som fokuserer på disse proxymål, vil reducere den perinatale morbiditet og mortalitet samt ruste de kommende forældre til at mestre forældreskabet. Vidensgrundlaget vil angive anbefalinger i forhold til, at bestemte interventioner kan medvirke til at forebygge bestemte outcomes. Men vi kan ikke med sikkerhed afgøre, hvilke interventioner der virker for alle sårbare gravide.

Nedenstående figur (figur 7.1) illustrerer de temaer, der fremkom i analysen og diskussionen af de inkluderede studier, og herunder hvilke resultater der har vist signifikant effekt, og derfor kan anbefales til den danske svangreomsorg. Under de organisatoriske anbefalinger placeres *intensitet, kontinuitet, initiering og kvalificering*. Under anbefalinger for tilpasning af svangreomsorgstilbuddet ses *sårbarheder og kombineret tilbud*. Det følgende vidensgrundlag skal udgøre svangreomsorgens standardtilbud til sårbare gravide. Det vil sige, at alle sårbare gravide differentieret til niveau tre, skal tilbydes følgende tilbud med afsæt i deres fysiske, psykiske, sociale eller andre sårbarheder. Tilpasningen foregår i et samarbejde mellem den sundhedsprofessionelle og den sårbare gravide, hvormed den sårbare gravides behov og situation tages i betragtning. Har den gravide flere sårbarheder, og går disse på tværs af kategorierne for sårbarhederne på differentieringsniveau tre, øges kompleksiteten i svangreomsorgstilbuddet, hvorfor nogle sårbare gravide kan have brug for en øget intensitet eller en tidligere initiering end det standardiserede udgangspunkt.



*Anbefales med forbehold.

Figur 7.1: Vidensgrundlag for anbefalinger for sårbare gravide på svangreomsorgens differentieringsniveau tre.

Intensiteten fremkom som afgørende for flere af de interventioner, der blev udført i de inkluderede studier og intensiteten er ligeledes afhængig af interventionstype. Det ses, at minimumsgrænsen for hjemmebesøg er syv besøg prænatalt, hvis de skal have effekt på at reducere lav fødselsvægt. Hvis hjemmebesøgene skal fremme relationsdannelsen mellem mor og barn, skal de fortsætte postnatalt. Ved gruppemøder anbefales en minimumsgrænse på ti møder prænatalt, hvis disse skal reducere præterm fødsel og lav fødselsvægt. Disse gruppemøder kan eksempelvis bestå af gruppeundervisning

med fokus på eksempelvis kost, rygning, støtte, forældreskab og følsomme emner. Massage kan anbefales to gange ugentligt i et forløb på 12 måneder. Dog rettes der opmærksomhed på, at det studie som denne anbefaling vedrører, er kvalitetsmæssigt ringe, hvorfor mere forskning på dette område ligeledes anbefales.

Kontinuitet i relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle kan skabes gennem en høj grad af tilgængelighed for den sårbare gravide. I de inkluderede studier fremkommer det, at telefonisk tilgængelighed i otte uger postnalt ikke er nok i forhold til at dække behovet for tilgængelighed og skabe kontinuitet i relationen mellem den sårbare gravide og den sundhedsprofessionelle. Hvis anbefalingerne om graden af intensitet følges antages dette at kunne bidrage til kontinuitet i relationen.

Et svangreomsorgstilbud skal initieres så tidligt som muligt, og senest inden gestationsuge 16. Dette gør sig især gældende ud fra anbefalingerne for intensiteten, da en for sen initiering vil medføre, at den nødvendige intensitet ikke er mulig før fødslen, hvilket ville påvirke hvorvidt svangreomsorgstilbuddet kan reducere forekomsten af lav fødselsvægt.

Den sundhedsprofessionelles kvalificeringer og uddannelsesniveau spiller en væsentlig rolle i forhold til at opnå effekt af svangreomsorgstilbud målrettet sårbare gravide. De inkluderede studier peger dog ikke på, hvilken intensitet denne oplæring bør have, hvorfor der er behov for mere forskning på dette område. Det samme gør sig gældende for frivillige, der er deltagende i levering af et svangreomsorgstilbud. For både frivillige og sundhedsprofessionelle anbefales sideløbende supervision.

Det fremkommer i analysen og diskussionen af de inkluderede studier, at den enkeltes sårbarhed spiller en afgørende rolle i forhold til, hvilken type svangreomsorgstilbud den gravide bør tilbydes, hvorfor tilbuddet bør tage afsæt i sårbarheden. På baggrund af de inkluderede studier er det i høj grad kategorierne for psykiske og sociale sårbarheder i svangreomsorgens differentiering, der kan rettes anbefalinger mod. Det anbefales at depressive kvinder tilbydes gruppemøder og massage. Gruppemøder anbefales både for psykisk og socialt sårbare kvinder. Derudover bør socialt sårbare gravide tilbydes hjemmebesøg. I de inkluderede studier, der målrettes socialt sårbare gravide, er de forskellige sociale sårbarheder ikke adskilte, hvorfor der er behov for mere forskning herom, med det formål at kunne målrette svangreomsorgstilbuddene specifikt til de enkelte sociale sårbarheder. Dog ses det, at kvinder med lav indkomst kan have gavn af et økonomisk supplement, da dette er påvist at reducere forekomsten af præterm fødsel og lav fødselsvægt. Der er behov for yderligere forskning målrettet kategorierne for fysiske og andre sårbarheder i svangreomsorgens differentieringsmodel, hvis der skal udformes specifikke anbefalinger for de gravide i disse kategorier.

På baggrund af viden om, at det er forskelligt, hvilket svangreomsorgstilbud, der ses at have effekt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn, anbefales det at tage udgangspunkt i den gravides specifikke sårbarheder. Dette stemmer overens med tilgangen til svangreomsorgen, der ses i England og Australien. Det kan resultere i, at den enkelte sårbare gravide bør tilbydes en kombination af flere svangreomsorgstilbud, der tager udgangspunkt i omfanget og antallet af sårbarheder. I et kombineret tilbud er især telefonopkald mellem gruppemøder eller hjemmebesøg effektivt i forhold til at hindre frafald ved svangreomsorgstilbuddene.

I analysen fremkom, at der er adskillige negative utilsigtede konsekvenser i forhold til interventionerne. Disse negative utilsigtede konsekvenser ses i form af eksempelvis stigmatisering, victim-blaming, risiko for at øge social ulighed samt mistillid til sundhedssystemet. De negative utilsigtede konsekvenser af interventionerne i de inkluderede studier er opstillet i figur 7.2. Disse er retningsgivende og indgår som et essentielt element i vidensgrundlaget for styrkelsen af anbefalingerne for svangreomsorgen målrettet sårbare gravide på differentieringsniveau tre.

I forebyggende og sundhedsfremmende interventioner kan der opstå etiske problemstillinger relateret til utilsigtede konsekvenser, såsom ulige sundhedsudbytte. Interventioner der sigter mod at forebygge præterm fødsel, lav fødselsvægt samt at støtte relationsdannelsen mellem mor og barn, kan ligeledes have et underliggende mål om at reducere social ulighed i sundhed. Dog ses det, at dette mål ikke indfries, hvis interventionen ikke tilpasses den enkeltes behov og situation og dermed ikke opnår effekt af interventionen. Som konsekvens heraf, kan bestemte grupper af sårbare gravide afvise at deltage i interventionen, hvormed der kan opstå social ulighed i sundhedsudbyttet af eksempelvis svangreomsorgstilbud.



Negative utilsigtede konsekvenser:

Frafald kan især forekomme hos de sårbare gravide, der har mest behov for svangreomsorgstilbuddet, hvilket kan skabe ulighed i sundhedsudbyttet og øge den sociale lighed.

Den sundhedsprofessionelles kommunikation, information og tilgang til den sårbare gravide kan medføre at hun føler sig stigmatiseret, utryk og uvelkommen.

Et svangreomsorgstilbud kan gøre den sårbare gravide bevidst om, at hun tilhører en sårbar målgruppe, hvilket kan påvirke hendes selvbillede som mor og skabe en frygt for at blive en del af sundhedsforvaltningen.

Figur 7.2: Identificerede negative utilsigtede konsekvenser af svangreomsorgstilbud målrettet sårbare gravide

8 Metodediskussion

I det følgende diskuteres specialets metodiske tilgang til det systematiske review, herunder selve processen og de på forhånd opstillede strategier herfor. Metodediskussionen har til formål at vurdere reliabilitet samt intern og ekstern validitet af selve reviewet og skal bidrage med en vurdering af specialets kvalitet, herunder styrker og begrænsninger.

8.1 Videnskabsteoretisk position og specialets positionering

Dette speciales videnskabsteoretiske tilgang tager afsæt i De Groot et al.'s (2016) definition af sårbarhed, som værende en nøgledeterminant for udfaldet af sundhedsydelser. Med det menes at sårbarheder kan være miljømæssige og personlige risici, som er afgørende for, hvorvidt individet er modtagelig for negative udfald set i forhold til sundhedsydelser. Med afsæt i dette sårbarhedsbegreb har det været væsentligt at supplere den nødvendige viden om evidensen for effekt, med en forståelse for den sårbare gravides oplevelse af at modtage svangreomsorgstilbud, og hvordan den enkeltes sårbarhed har påvirket udfaldet af tilbuddet.

Dette speciales tunge vægtning af randomiserede kontrollerede forsøg i udvælgelsen af fremsøgte studier tog afsæt i den positivistiske videnskabsteoretiske position. En positivistisk videnskabsteoretisk tilgang til forskning skal ifølge Birger Hjørland (2010) være velovervejende i forhold til området for selve forskningen, og bør ikke vælges ukritisk alene af den grund, at det er "best evidence". Da formålet med dette systematiske review er at udarbejde et vidensgrundlag for at styrke anbefalingerne for svangreomsorgen, har det været afgørende at fremsøge forskningsstudier med randomiserede kontrollerede forsøg, da dette ifølge Cochrane Handbook (2011) er det mest robuste forskningsdesign til påvisning af kausale effekter. Dette skyldes især den minimerede risiko for confounding ved dette design. Ved at fokusere på dette forskningsdesign sikres det, at vidensgrundlaget for en styrkelse af anbefalinger til svangreomsorgen bygges på den bedste evidens for effekter på området. Dermed er den positivistiske videnskabsteoretiske tilgang og fokus på kvantitativ forskning berettiget til dette forskningsområde og anses som en styrke set i forhold til formålet med dette speciale. Den positivistiske tilgang og søgen efter randomiserede kontrollerede forsøg har bidraget med den forventede viden om effekt af interventionen, til udarbejdelse af vidensgrundlaget.

Wulff & Gøtzsche (2006) argumenterer for, at humanistisk videnskab også bør inddrages i grundlaget for kliniske beslutninger når mennesker er involveret og mener dermed, at det er fejlagtigt udelukkende at fokusere på den naturvidenskabelige disciplin. I relation hertil argumenterer Rieper og Foss Hansen

(2007), ligeledes for mere fokus på evidensstypologier fremfor evidenshierarkiet i udarbejdelsen og anvendelsen af evidensbaseret forskning. Ud fra disse argumenter ses det som en styrke for specialet, at der til trods for fokus på positivismen og evidens for effekt også er inddraget en hermeneutisk komponent indeholdende kvalitativ forskning. Søgningen på kvalitative studier og anvendelse heraf i dette speciale, levede op til forventningerne, da disse har bidraget med nuanceret viden om brugeroplevelsen og negative utilsigtede konsekvenser af interventionerne, som anvendes i udarbejdelsen af et vidensgrundlag, der kan styrke anbefalingerne for svangreomsorgen og vurderes at være optimal til formålet med netop dette speciale.

8.2 Systematisk review

Kvaliteten af et systematisk review kan beskrives ud fra begreberne reliabilitet og validitet, herunder intern og ekstern validitet. Kriterierne om reliabilitet og validitet stammer fra naturvidenskabens positivistiske idealer om sand, objektiv viden (Justesen & Mik-Meyer, 2012). Den interne validitet vedrører studiets gyldighed, altså hvorvidt vi egentligt undersøger, det vi ønsker at undersøge. Den interne validitet anses for værende god, hvis studiets resultater ikke er behæftet med bias, herunder confounding. Med den eksterne validitet menes generaliserbarheden af resultaterne til andre end den konkrete målgruppe (Svend Juul, 2007). Da disse kvalitetskriterier hører positivismen til, vil de også gøre sig gældende for vurderingen af den metodiske tilgang til det systematiske review i dette speciale.

Søgestrategi

Søgestrategien i den systematiske litteratursøgning tog afsæt i Cochrane Handbook (2011) og blev udarbejdet med et sigte om at være udtømmende og have høj sensitivitet med det formål at sikre flest mulige relevante studier. Der har dog været visse metodiske udfordringer med den konkrete opbygning af søgningen.

Søgetermen “high-risk population” blev anvendt som en del af participantblokken i flere databaser, med det formål at opnå høj sensitivitet i søgningen, da det ved flere test søgninger forekom rammende for denne blok. Dog viste definitionen af “high-risk population” at adskille sig fra den definition af sårbare gravide, der er fremanalyseret i problemanalysen, som svarende til sårbare gravide differentieret til niveau tre. I databaserne defineres højrisiko populationen ofte udelukkende ud fra en ‘diagnosticering’ af symptomer i forhold til eksempelvis præterm fødsel, og ikke ud fra andre risikofaktorer såsom sociale eller psykiske sårbarheder. Det kontrollerede emneord “high-risk population” viste sig altså ikke at være præcist nok i forhold til sårbare gravide som målgruppe, og har derfor medført støj i de søgninger, hvor dette er medtaget. Dette vurderes ikke at have haft nogle

metodiske og kvalitetsmæssige implikationer for det endelige resultat af den systematiske søgning, da irrelevante studier er blevet ekskluderet. Konsekvensen var primært at antallet af hits, der skulle screenes, blev øget, hvilket muligvis kan have forlænget processen for screeningen af studier.

Et andet valg af søgeterm, der kan diskuteres, er lav fødselsvægt, som blev valgt sammen med præterm fødsel, da disse er ofte anvendte proxymål for perinatal morbiditet og mortalitet. Rent fagligt ville “small for gestational age” (SGA) have været en mere præcis proxy til at fremsøge studier med fokus på forebyggelse af perinatal morbiditet og mortalitet, da begrebet dækker over børn, der er født mindre, end den gennemsnitlige størrelse i forhold til antallet af graviditetsuger (Bjørn Petersen et al., 2014). Det viste sig, at termen “small for gestational age” var indeholdt i søgningen på “low birth weight” i Cochrane, Embase, PubMed og Cinahl. Det vurderes derfor ikke at have været begrænsende for resultatet af de fremsøgte studier, da søgningen på lav fødselsvægt har genereret relevante studier, hvoraf nogle måler på SGA.

Da der ikke blev søgt på en bestemt intervention, grundet afsættet i PIO-modellen, forekom der at være en del støj, i form af flere typer af studier, end de relevante. At anvende PIO-modellen bundede i ønsket om at generere viden om hvilke interventioner, der eksisterede målrettet de specifikke outcomes, præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen mellem mor og barn, frem for viden om bestemte interventioner. Der blev ligeledes ikke søgt på “intervention” som term, da det systematiske review indeholdt en hermeneutisk komponent og dermed en interesse for at identificere kvalitative studier med brugeroplevelser af interventioner i svangreomsorgen. At der ikke er søgt på intervention, har resulteret i en større mængde irrelevante studier i screeningsprocessen, og dermed formodentligt bevirket en længere screeningsperiode. Dette vurderes kun at have haft tidsmæssige konsekvenser, og vurderes derfor ikke at have haft betydning for kvaliteten eller resultatet af dette speciale. Overordnet kan det siges om implikationerne af søgestrategien, at disse ikke har haft konsekvenser for det systematiske reviews reliabilitet, idet søgestrategien er eksplicit og transparent, og at den derfor ville kunne gentages.

Udvælgelse af studier

Udvælgelsesproceduren blev udført som beskrevet i metodeafsnittet, og vurderes at have virket som forventet. Dyssegaard et al. (2013) argumenterer for, at en udvælgelsesproces altid skal være mulig at spore, hvilket sætter høje krav til transparensen af processen. I dette speciale ligger transparensen i, at de på forhånd opstillede inklusionskriterier (tabel 4.1) og den hierarkiske opstilling af årsagssammenhænge (figur 4.2) har dannet grundlaget for udvælgelsen. Til trods for dette grundlag, oplevedes enkelte uoverensstemmelser i udvælgelsen af de fremsøgte studier gruppemedlemmerne imellem, men disse blev hurtigt løst ved en gennemgang af inklusionskriterierne holdt op imod det

enkelte studie. Der kan derfor, ud fra Meade et al. (1997), argumenteres for at de valg, der blev truffet i metodeafsnittet, og gennemført i løbet af udvælgelsesprocessen, har bidraget til en objektiv og værdineutral udvælgelse af relevante studier. Ligeledes kan reliabiliteten anses som god, da uoverensstemmelserne i udvælgelsen af studier, blev diskuteret op imod de på forhånd opstillede inklusionskriterier og den hierarkiske opstilling af årsagssammenhænge. At udvælgelsesprocessen blev udført med afsæt i de valg der blev truffet i metodeafsnittet, medvirker til en troværdig proces og dermed kan den interne validitet anses som god.

Ved screening af de fremsøgte studier ekskluderedes en stor mængde allerede på screening af titel og abstract. Dette anses for værende normalt ud fra forsknings- og metodelitteratur (Dyssegaard et al., 2013; Hollowell et al., 2011) af flere grunde. Det høje antal af fremsøgte artikler har i sig selv været et omfangsrigt udgangspunkt ved opstarten af screening, men bundede i intentionen om at være udtømmende og have høj sensitivitet i søgningen, som foreskrevet af Cochrane (2011). Derudover har der, som tidligere nævnt, været anvendt nogle mindre præcise søgeord, hvilket har bidraget til et stort antal hits i alle databaser, hvor mange kunne frasorteres allerede ved første screening. Dette vil sige, at antallet af ekskluderede studier på titel og abstract er præget af, at udgangspunktet for reviewet i høj grad var at være udtømmende, frem for præcis. Det indikerer, at forventningen om at foretage en udtømmende systematisk litteratursøgning er udført efter hensigten, hvilket ses som en kvalitetsmæssig styrke for specialets udførelse af de metodiske valg og dermed at den interne validitet er intakt.

I udvælgelsesprocessen har der været fokus på ikke at overse relevante studier. Cochrane Handbook (2011) angiver, at det er afgørende for et systematisk review, at der er opstillet tydelige inklusionskriterier for udvælgelsen af studier, hvilket har været tilfældet ved dette systematiske review. Ydermere pointerer Dyssegaard et al. (2013), at det er afgørende i udvælgelsesprocessen, at studier ikke ekskluderes uden en klar eksplicit grund. For at leve op til dette har opstillingen af hierarkiske årsagssammenhænge bidraget til, at relevante fremsøgte studier ikke blev ekskluderet, ved at skabe tydelighed omkring hvilke faktorer og sociale determinanter, der kan hænge sammen med den gravide kvindes sårbarhed i udvælgelsesprocessen. Således er der identificeret og inkluderet studier på baggrund af disse sammenhænge, til trods for at studiet ikke nødvendigvis har været helt tydelig om en specifik sårbarhed. Dermed vurderes screeningen at være gennemført tilfredsstillende set i forhold til specialets forankring i Cochrane Handbook (2011). Ved at in- eller ekskludere studierne med afsæt i inklusionskriterierne og opstillingen af de hierarkiske årsagssammenhænge, vurderes det, at der er fundet en balance imellem en udtømmende og en præcis søgning.

Den eksterne validitet vedrører ifølge Lund et al. (2017), hvorvidt populationen i de inkluderede studier, er overførbart til den kontekst problemet gør sig gældende i. Der blev i metoden udformet

præspecificerede inklusionskriterier i forhold til udvælgelse af studier. Et af disse kriterier omhandlede, at studierne skulle stamme fra lande, der havde en kontekst der var overførbart til dansk kontekst. Med afsæt i dette er der ekskluderet studier fra eksempelvis Indien, Kina, Iran og flere afrikanske lande, da disse landes sundhedsvæsen er ikke er sammenlignelige med det danske. Således har dette inklusionskriterie har virket efter hensigten, og har medvirket til en hensigtsmæssig udvælgelsesproces. Dog må der ses på den eksterne validitet i forhold til overførbare af karakteristika af den population som de inkluderede studier omhandler. Det fremkom eksempelvis, at otte ud af de i alt 18 studiers populationer blandt andre indeholdt grupper af etniske minoriteter. Minoritetsgrupper som 'hispanics' og 'latin-americans' er ikke ofte repræsenterede minoritetsgrupper i Danmark, hvorfor overførbare af resultater for disse kvinder, må gøres med forbehold. Dog er de medtaget, da etniske minoritetsgrupper ofte er sårbare grundet underliggende faktorer som eksempelvis lav socioøkonomisk status, fattigdom og lavt uddannelsesniveau (De Jonge et al., 2011). Disse faktorer gør sig også gældende for sårbare gravide i en dansk kontekst. Dog er der ingen af de inkluderede studier, der undersøger effekten af konkrete indsatser over for etniske minoritetsgrupper, hvorfor der i udarbejdelsen af vidensgrundlaget ikke kan udformes specifikke anbefalinger målrettet sårbare gravide med disse sårbarhedstyper.

Reviews, der tager udgangspunkt i Cochrane Handbook (2011), opstiller sædvanligvis ikke inklusionskriterier, der vedrører specifikke outcomes, da Cochrane reviews i stedet har fokus på at finde relevante studier, der siger noget om en bestemt comparison af en intervention, i en bestemt befolkning uafhængigt af outcomes. Til trods for dette er der dog i dette speciale udarbejdet inklusionskriterier, der vedrører outcomes. Dette kan der argumenteres for, med afsæt i forskningsområdet og specialets formål - at udarbejde et vidensgrundlag, som styrker anbefalingerne til svangreomsorgens sårbare gravide. Svangreomsorgens mål i forhold til sårbare gravide er at forebygge den perinatale og maternelle morbiditet og mortalitet, samt at ruste forældrene til at mestre forældreskabet bedst muligt (Brot & Poulsen, 2013). Specialets tre opstillede proxymål for svangreomsorgens mål, har dermed haft til formål at identificere studier, der var anvendelige og relevante for den danske svangreomsorgs formål, hvorfor disse også blev vurderet nødvendige at medtage i selve udvælgelsen af studierne. Derudover skriver Meade et al. (1997), som citeres i Cochrane Handbook (2011), at en forsker har til opgave at definere tydelige outcomes og oversætte dem til kriterier for udvælgelsen af studier. Med udgangspunkt i dette vurderes de opstillede inklusionskriterier for outcomes at være relevante for netop dette systematiske reviews forskningsområde, og samtidig at være i overensstemmelse med accepteret forskningspraksis.

Inklusionskriterierne for studiedesigns omfatter ikke inddragelse af pilotstudier af interventioner, protokoller eller grå litteratur. Ifølge Cochrane Handbook (2011) vurderes disse ikke robuste nok til at

kunne bidrage med viden om effekten af svangreomsorgstilbud, da der i disse studietyper sjældent er kontrolleret for confounding. Pilotstudier kan være baseret på randomiserede forsøg som design, hvorfor der i sådanne tilfælde, ville være kontrolleret for confounding, men ofte på en mindre sample size, der dermed svækker resultatet af forsøget (Craig et al., 2008). Dog indeholder denne typer studier viden om nye interventioner med potentiale, der kunne vise en tendens til effekt af en given intervention, hvilket muligvis kunne have været relevant at medtænke. Da formålet med dette speciale er at bidrage med et vidensgrundlag for styrkelse af svangreomsorgen, bør denne viden funderes i den bedste evidens for effekt, hvorfor randomiserede kontrollerede forsøg som design har været at foretrække. Dette er ligeledes understøttet af den tilgang, der beskrives i Cochrane Handbook (2011) til systematiske reviews af effekt af interventioner.

Søgetekniske udfordringer

I søgningen i Cochranes database blev der anvendt en limit, der skulle begrænse resultaterne til kun at omhandle *trials*. Ved første screening fremgik det dog, at der til trods herfor alligevel fremkom enkelte reviews samt studieprotokoller. Altså har limit-funktionen ikke fungeret optimalt, hvilket har medført et ekstra opmærksomhedspunkt i screeningsprocessen. Dog har det ikke påvirket det endelige resultat af den systematiske søgning, da vi netop blev opmærksomme herpå. Da der er opstået usikkerhed om limit-funktionen er det ligeledes uklart, om der er frasorteret mulige relevante trials, hvilket påvirker den interne validitet i indeværende systematiske review og er dermed en begrænsning for søgningen i Cochrane databasen. Dette vil kunne ændres ved en senere opdatering af søgningen, hvis nødvendigt. I søgningen i PsycInfo blev der oversat en limit-funktion i forhold til studietyper. Dette resulterede i, at søgningen i PsycInfo blandt andet omfattede “books”, “thesis” og “book section”. Den manglende anvendelse af denne limit har ikke påvirket det endelige resultat af den systematiske søgning, da vi var opmærksomme herpå ved screeningen, men er et opmærksomhedspunkt for en senere opdatering af søgningen.

Brugen af RefWorks til håndtering af udvælgelsesprocessen og duplikattjek har givet mulighed for en systematisk inddeling af artiklerne fordelt på de enkelte proxymål. Når der søges i flere databaser, vil der typisk være gengangere på tværs af disse, så de samme publikationer vil fremkomme flere gange (Lund et al., 2017). Dog fremgik de samme studier flere gange inden for samme proxymål efter tjek for duplikater. Dette blev et opmærksomhedspunkt i screeningsprocessen, der førte til, at der måtte tjekkes for duplikater manuelt. Processen med tjek for duplikater har været besværlig og kan have påvirket reviewets reliabilitet i negativ retning, men det endelige resultat af søgningen vurderes ikke påvirket heraf.

Dataekstraktion

Da der er en øget risiko for fejl ved single data extraction, har der i løbet af ekstraktions-processen været foretaget en kontinuerlig validering af dataekstraktionen. Dette blev gjort ved flere indledningsvise test af dataekstraktions-formularen, for at sikre at der på tværs af specialegruppens medlemmer var enighed om, hvilke data der skulle ekstraheres. Denne valideringsproces forløb uden uoverensstemmelser og ved sammenligning af gruppemedlemmernes forsøgsvisse dataekstraktioner oplevedes enighed om proceduren. Således anses reviewets reliabilitet og validitet i forhold til dataekstraktionen god. Dette medfører, at single data extraction ikke anses som en begrænsning for dette speciales review-proces.

Kritisk kvalitetsvurdering

Med afsæt i anbefalinger fra Cochrane Handbook (2011) har de inkluderede studier i dette speciales systematiske review undergået en kritisk kvalitetsvurdering med afsæt i forskellige kvalitetsvurderingsværktøjer. I kvalitetsvurderingsprocessen opstod der specialegruppe-medlemmerne imellem en dialog om, hvor lidt eller meget vægt de forskellige spørgsmål i vurderingsværktøjerne rettet mod randomiserede forsøg og kvasi-eksperimentelle forsøg, skulle tillægges og i forlængelse heraf, hvor studierne skulle placeres i evidenshierarkiet. Denne dialog lægger sig op ad Birger Hjørlands (2010) kritiske refleksioner over, hvorvidt forskere kan forholde sig værdineutralt og ensartet i kritisk kvalitetsvurderingsøjemed, hvormed objektiviteten og værdifriheden anfægtes. Dog anses det som en styrke ved dette speciale, at specialegruppens medlemmer har haft det samme udgangspunkt for kvalitetsvurderingen, herunder værktøjerne til den kritiske kvalitetsvurdering. Derudover har anvendelsen af metodelitteratur, eksempelvis litteratur om basal statistik, været anvendt til at afgøre betydningen af de forskellige styrker og begrænsninger, som er diskuteret ved de specifikke studier. Til trods herfor er der risiko for, at det kvalitetsvurderende subjekt, ikke til fulde har kunnet forholde sig objektivt og værdineutralt i vægningen og den evidenshierarkiske placering af studierne. Da en del af specialets positionering har været funderet i positivismen, må den påvirkede objektivitet og værdifrihed anses som en begrænsning ved indeværende review, som kan have påvirket reliabiliteten og den interne validitet af reviewet. Dog kan det diskuteres, hvorvidt en kritisk kvalitetsvurdering overhovedet kan udføres uden en påvirkning af det kvalitetsvurderende subjekt. Således kan denne begrænsning ses som en uundgåelig konsekvens, som også ville kunne finde sted i andre reviewprocesser.

9 Konklusion

Sårbare gravide på differentieringsniveau tre i den danske svangreomsorg er en ganske heterogen gruppe af gravide, der kræver et udvidet svangreomsorgstilbud. De forskelligartede nuværende indsatser, beskrevet i *Den tværgående evaluering* (2018b), tyder på en mangel på konkret viden om, hvilke svangreomsorgstilbud disse sårbare gravide bør tilbydes og desuden, at der forekommer utydelighed omkring, hvorvidt indsatserne er funderet i evidens. Med afsæt i denne folkesundhedsmæssige problemstilling har dette speciale til formål at bidrage med et vidensgrundlag, der kan styrke anbefalingerne til svangreomsorgens sårbare gravide differentieret til niveau tre. I anskuelser af problemfeltet og i udarbejdelsen af vidensgrundlaget, har specialet positioneret sig i De Groot et al.'s (2016) sårbarhedsbegreb, der bidrager til et nuanceret og flervidenskabeligt perspektiv på sårbare gravide.

Der er udført et systematisk review med afsæt i Cochrane Handbook (2011). Resultaterne af det systematiske review medfører implikationer for praksis vedrørende organiseringen af svangreomsorgen samt for den sundhedsprofessionelles tilgang til den sårbare gravide. Organiseringen af svangreomsorgen må have fokus på intensiteten, kontinuiteten og initieringen af svangreomsorgstilbuddet samt kvalificeringen af de sundhedsprofessionelle, der møder den sårbare gravide. Derudover må der i høj grad fokuseres på tilpasningen af svangreomsorgstilbuddene i forhold til den enkelte sårbare gravides sårbarheder samt at en andel af de sårbare gravide har behov for et kombineret svangreomsorgstilbud. Således bliver der tale om et individuelt tilpasset svangreomsorgstilbud, som varierer fra kvinde til kvinde. Hermed forlades tankegangen om at tilbyde alle sårbare gravide et universelt svangreomsorgstilbud. At anskue svangreomsorgen til sårbare gravide således lægger sig op ad Englands og Australiens organisering af svangreomsorgen, hvor der er fokus på de sårbarheder den enkelte sårbare gravide måtte have. I tillæg hertil må der rettes opmærksomhed mod en række negative utilsigtede konsekvenser, der kan opstå i relation til svangreomsorgstilbuddene. Disse er vigtige at have for øje, da de ellers kan modvirke den forebyggende effekt på perinatal morbiditet og mortalitet samt rustningen af forældrene til at mestre forældreskabet. Resultaterne af det systematiske review viser desuden at der er behov for yderligere forskning inden for sårbare gravide fra etniske minoritetsgrupper, hvilke behov sårbare gravide med fysiske sårbarheder har samt hvilke behov sårbare gravide med andre psykiske sårbarheder end depression har. Derudover er der behov for yderligere forskning, der mere eksakt besvarer effektspørgsmål vedrørende graden af kontinuitet samt kvalificering af det sundhedsfaglige personale, der møder de sårbare gravide.

Det udarbejdede vidensgrundlag kan således anses som et forslag til styrkelse af svangreomsorgstilbud til sårbare gravide på differentieringsniveau tre.

10 Referenceliste

- Alhusen, J. L., Blaustein, J., Hayat, M. J., Rose, L., Sharps, P. W., & Hopkins, J. (2012). The Role of Mental Health on Maternal-Fetal Attachment in Low- Income Women postdoctoral fellow in mental health and psychiatric nursing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 41(6), 71–81.
- Allen-Scott, I. K., Hatfield, J. M., & McIntyre, L. (2014). A scoping review of unintended harm associated with public health interventions: towards a typology and an understanding of underlying factors.
- Andersson, S. G., Utzon, A., Muff, E. K., Hagensen, P., Meldgaard, T. H., & Guldager, E. (2014). *Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i Danmark - Kortlægning af eksisterende tilbud og fremtidsperspektiver på området*.
- AustralianGovernmentDepartmentofHealth. (2018). Clinical Practice Guidelines - Pregnancy Care. Retrieved May 26, 2019, from <https://beta.health.gov.au/resources/pregnancy-care-guidelines>
- Bak, C. K., & Vardinghus-Nielsen, H. (2018). Perspektiver og forståelser af social ulighed i sundhed. In A. Dalsgaard & L. Meldgaard (Eds.), *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (pp. 149–176). Gads Forlag.
- Balaam, M. C., & Thomson, G. (2018). Building capacity and wellbeing in vulnerable/marginalised mothers: A qualitative study. *Women and Birth*, 31(5), 341–347.
- Barlow, J., Kirkpatrick, S., Stewart-Brown, S., & Davis, H. (2005). Hard-to-Reach or out-of-Reach? Reasons why Women refuse to take part in Early Interventions. *Children and Society*, 19(3), 199–210.
- Benoit, C., Shumka, L., & Barlee, D. (2010). *Stigma and the health of vulnerable women*. Vancouver.
- Birtwell, B., Hammond, L., & Puckering, C. (2015). “Me and my bump”: An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 218–238.
- Bjørn Petersen, O., Ulldbjerg, N., & Hedegaard, M. (2014). Placentainsufficiens. In N. Ulldbjerg, P. Damm, & J. Stener Jørgensen (Eds.), *Obstetrik -en grundbog* (pp. 265–274). Munksgaard Danmark.
- Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a succesful literature review* (2. edition). Sage.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Brown, L., Finkler, S. A., Neff, D. F., & Madigan, E. (2001). A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: Outcomes and costs. *American Journal of Managed Care*, 7(8), 793–803.
- Brot, C., & Poulsen, A. (2013). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/~media/D76304BDB11F48BBB1E83CBC8E0AD85B.ashx>
- Brownell, M. D., Chartier, M. J., Nickel, N. C., Chateau, D., Martens, P. J., Sarkar, J., ... Katz, A. (2016). Unconditional Prenatal Income Supplement and Birth Outcomes. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 71(10), 582–583.
- Buscemi, N., Hartling, L., Vandermeer, B., Tjosvold, L., & Klassen, T. P. (2006). Single data extraction generated more errors than double data extraction in systematic reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59(7), 697–703.
- Buus, N., Boldrup, E. T., Rossen, C. B., & Kristiansen, H. M. (2008). Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller. *Sygeplejersken*, (10).
- Collado, M. A. O., Saez, M., Favrod, J., & Hatem, M. (2014). Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 22.
- Cooper, P. J., De Pascalis, L., Woolgar, M., Romaniuk, H., & Murray, L. (2015). Attempting to prevent postnatal depression by targeting the mother-infant relationship: a randomised

- controlled trial. *Primary Health Care Research & Development*, 16(4), 383–397.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Health, P., Unit, S., Michie, S., ... Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: Following considerable development in the field since 2006, MRC and NIHR have jointly commissioned and update of this guidance to be published in 2019. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 39.
- Danske Regioner. (2017). Kortlægning af svangreomsorgen. Et overblik over organisering, aktivitet og personaleressourcer i den regionale svangreomsorg.
- De Graaf, J. P., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2013). Inequalities in perinatal and maternal health. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 25(2), 98–108.
- De Groot, N., Venekamp, A. A., Torij, H. W., Lambregtse-Van den Berg, M. P., & Bonsel, G. J. (2016). Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management. *Midwifery*, 40, 153–161.
- De Jonge, A., Rijnders, M., Agyemang, C., Van Der Stouwe, R., Den Otter, J., Van Den Muijsenbergh, M. E. T. C., & Buitendijk, S. (2011). Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(4), 182–188.
- DenEuropæiskeUnion. (2019). Sundhed. Retrieved April 11, 2019, from https://europa.eu/european-union/topics/health_da
- Downe, S., Finlayson, K., Walsh, D., & Lavender, T. (2009). "Weighing up and balancing out": A meta-synthesis of barriers to antenatal care for marginalised women in high-income countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(4), 518–529.
- Doyle, O., McGlanaghy, E., Palamaro-Munsell, E., & McAuliffe, F. M. (2014). Home based educational intervention to improve perinatal outcomes for a disadvantaged community: A randomised control trial. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 180(1), 162–167.
- Dyssegaard, C., Lindstrøm, M., Larsen, M. S., & Johannsen, C. G. (2013). Inklusion og eksklusion af forskningsresultater. In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en grundbog* (1. udgave, pp. 73–86). Sanfundslitteratur.
- Feijen-De Jong, E. I., Jansen, D. E., Baarveld, F., Van Der Schans, C. P., Schellevis, F. G., & Reijneveld, S. A. (2011). Determinants of late and/or inadequate use of prenatal healthcare in high-income countries: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 22(6), 904–913.
- Felder, J N, Epel, E., Lewis, J. B., Cunningham, S. D., Tobin, J. N., Rising, S. S., ... Ickovics, J. R. (2017). Depressive symptoms and gestational length among pregnant adolescents: Cluster randomized control trial of CenteringPregnancy plus group prenatal care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32(4), 454–460.
- Flyvbjerg, B. (2015). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog2* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A.-K., Christensen, J. B., Fasterholdt, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger, 176(7), 647–651.
- Galdino, J., Perrelli, A., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2014). Mother-child bonding assessment tools, 32(3), 257–265.
- Garrard, J. (2017). *Health Sciences Literature Review Made Easy: The Matrix Method* (5.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Gilje, N. (2012). Positivism og kritisk rationalisme. In Søren Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Gough, D., Oliver, S., & Thomas, J. (2013). *An introduction to systematic reviews*. Sage Publications Ltd.
- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 13(94).
- Guthrie, K. F., Gaziano, C., & Gaziano, E. P. (2009). Toward better beginnings: Enhancing Healthy Child Development and Parent-Child Relationships in a High-risk Population. *Home Health Care Management & Practice*, 21(2), 99–108.
- Hetherington, E., Tough, S., McNeil, D., Bayrampour, H., & Metcalfe, A. (2018). Vulnerable Women's Perceptions of Individual Versus Group Prenatal Care: Results of a Cross-Sectional Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 22(11), 1632–1638.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Retrieved from <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- Higgins, J., Lasserson, T., Chandler, J., Tovey, D., & Churchill, R. (2018). *Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews (MECIR)*. Oxford.
- Hjørland, B. (2010). Evidensbaseret praksis i videnskabsteoretisk belysning. *Dansk Biblioteksforskning*, 35–47.
- Holgaard, J. E., Ryberg, T., Stegeager, N., Stentoft, D., & Thomassen, A. O. (2014). *PBL: Problembaseret læring og projektarbejde ved de videregående uddannelser* (1. Udgave). København: Samfundslitteratur.
- Hollowell, J., Allen, F., Gray, R., Oakley, L., Kurinczuk, J. J., & Brocklehurst, P. (2011). The effectiveness of antenatal care programmes to reduce infant mortality and preterm birth in socially disadvantaged and vulnerable women in high-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M. E. J. (2009). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen*.
- Jakobsen, S. P., & Charlotte Overgaard. (2018). 'They'll be judging us' a qualitative study of pregnant women's experience of being offered participation in a supportive intervention. *Midwifery*, 61(September 2017), 81–87.
- Johannsen, C. G., & Pors, N. O. (2013). *Evidens og systematiske reviews. En introduktion*. (C. G. Johannsen & N. O. Pors, Eds.). Samfundslitteratur.
- Justesen, L., & Mik-Meyer, N. (2012). Quality criteria and qualitative methodology. In *Qualitative Research Methods in Organisation Studies* (pp. 35–50). København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, Søren. (2012). Hermeneutik. In Søren Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, Svend. (2007). *Epidemiologi og evidens* (2. udgave). København: Munksgaard Danmark.
- Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., ... Zapart, S. (2011). Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 96(6), 533-540.
- Kirkpatrick, S., Barlow, J., Stewart-Brown, S., & Davis, H. (2007a). Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting. *Wiley Interscience*, 16, 32–46.
- Kirkwood, B. R., & Sterne, J. A. C. (2016). *Medical Statistics*. Blackwell Science.
- Kok, G., Gottlieb, N. H., Commers, M., & Smerecnik, C. (2008). The ecological approach in health promotion programs: a decade later. *American Journal of Health Promotion*, 22(6), 437.
- Kramer, M. S., Séguin, L., Lydon, J., & Goulet, L. (2000). Socioeconomic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14, 194–210.
- Kristiansen, H. M., & Hjørland, B. (2013). Litteratursøgningens metodik. In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en grundbog*.
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* (7. udgave). København: Munksgaard.
- Lee, E., Mitchell-Herzfeld, S. D., Lowenfels, A. A., Greene, R., Dorabawila, V., & DuMont, K. A.

- (2009). Reducing Low Birth Weight Through Home Visitation - A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), 154–160.
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2017). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. redskaber til evidensbaseret praksis*. København: Munksgaard Danmark.
- Mathes, T., Klaßen, P., & Pieper, D. (2017). Frequency of data extraction errors and methods to increase data extraction quality: A methodological review. *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 1–8.
- Meade, M. O., & Richardson, S. (1997). Selecting and Appraising Studies for a Systematic Review, 127, 531–537.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1(6), 894–904.
- Moore, M. Lou, Ketner, M., Walsh, K., & Wagoner, S. (2004). Listening to women at risk for preterm birth: their perceptions of barriers to effective care and nurse telephone interventions. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 29(6), 391–397.
- Moore, M. Lou, Meis, P. J., Ernest, J. M., Wells, H. B., Zaccaro, D. J., & Terrell, T. (1998). A randomized trial of nurse intervention to reduce preterm and low birth weight births. *Obstetrics & Gynecology*, 91(5), 656–661.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Development*, 67(5), 2512–2526.
- Newton, M. S., McLachlan, H. L., Forster, D. A., & Willis, K. F. (2016). Understanding the “work” of caseload midwives: A mixed-methods exploration of two caseload midwifery models in Victoria, Australia. *Women and Birth*, 29(3), 223–233.
- NICE. (2010). Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors. Retrieved February 5, 2019, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110>
- Nielsen, D. S., Minet, L. R., Moestrup, L., Voltelen, B., & Marcussen, J. (2018). Sårbarhed er en særlig udfordring i forskning. *Fag & Forskning - Sygeplejersken*, 4(4), 56–61.
- Padgett, C. R., Skilbeck, C. E., & Summers, M. J. (2014). Missing Data: The Importance and Impact of Missing Data from Clinical Research. *Brain Impairment*, 15(1), 1–9.
- Purdy, I. B. (2004). Vulnerable: A Concept Analysis, 39(4), 25–33.
- Raleigh, V. S., Hussey, D., Seccombe, I., & Hallt, K. (2010). Ethnic and social inequalities in women’s experience of maternity care in England: Results of a national survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 103(5), 188–198.
- Ranganathan, P., Pramesh, C., & Aggarwal, R. (2016). Common pitfalls in statistical analysis: Intention-to-treat versus per-protocol analysis. *Perspectives in Clinical Research*, 7(3), 144.
- Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N., Prlic, H., & Green, L. W. (1996). Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 318–328.
- Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., & Skov, S. (2012). *Den gode opgave : håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (4. udgave). Samfundslitteratur.
- Rieper, O. (2013). Hvad er et systematisk review, og hvilke formål tjener det? In C. G. Johannsen & N. O. Pors (Eds.), *Evidens og systematiske reviews - en grundbog*. Samfundslitteratur.
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. København.
- Saïas, T., Lerner, E., Greacen, T., Emer, A., Guédeney, A., Dugravier, R., ... Guédeney, N. (2016). Parent-provider relationship in home visiting interventions. *Children and Youth Services Review*, 69, 106–115.
- Sandall, J., Hatem, M., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2013). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane Collaboration*, (3).
- Schmidt, L., & Dyhr, L. (2006). Det kvalitative forskningsinterview. In L. Koch & S. Vallgård

- (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (2. Udgave). København: Munksgaard Danmark.
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Lin, H., & Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Maternal and Child Health Journal*, 15(3), 401–409. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0595-6>
- Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 715–721.
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Evaluering af "Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide" - Slutevaluering*. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2018a). Midler til sundhedspolitisk udspil til sårbare gravide. Retrieved March 20, 2019, from <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2014/midler-fra-sundhedspolitisk-udspil-til-saarbare-gravide>
- Sundhedsstyrelsen. (2018b). *Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017 - Tværgående evaluering*.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2015). Kvalitet i kvalitative studier. In L. Tanggaard & S. Brinkmann (Eds.), *Kvalitative metoder - En grundbog* (2. Udgave, pp. 521–532). Hans Reitzels Forlag.
- The Cochrane Collaboration. (2019). Hvad er Cochrane. Retrieved April 28, 2019, from <https://nordic.cochrane.org/hvad-er-cochrane-samarbejdet>
- Timm, H. (1997). At have en krop og at være en krop. *GRUS*, 52, 24–36.
- Timmermans, S., Bonsel, G. J., Steegers-Theunissen, R. P. M., MacKenbach, J. P., Steyerberg, E. W., Raat, H., ... Steegers, E. A. P. (2011). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology*, 26(2), 165–180.
- Uldbjerg, N., & Stener Jørgensen, J. (2014). Præterm fødsel. In N. Uldbjerg, P. Damm, & J. Stener Jørgensen (Eds.), *Obstetrik -en grundbog* (pp. 283–289). Munksgaard Danmark.
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*. Munksgaard Danmark.
- WHO. (2009). *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer*.
- Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A., & Eagar, K. (2010). Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. *Midwifery*, 26(6), 615–621.
- Wulff, H. R., & Gøtzsche, P. C. (2006). *Rationel klinik* (5. edition). København.

11 Bilagsoversigt

Bilag 1: Prisma Checklist.

Bilag 2: Søgebilag.

Bilag 3: Kvalitetsvurderingsværktøjer.

Bilag 4: Dataekstraktionsformat.

Bilag 1: PRISMA Checklist



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants; and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	

Page 1 of 2



PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Page 2 of 2

Bilag 2: Søgebilag

2.1 Problemformulering

Hvilken effekt ses der af svangreomsorgstilbud rettet mod sårbare gravide, med karakteristika svarende til differentieringsniveau tre, målt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelse mellem mor og barn?

Hvad er brugeroplevelsen af sådanne tilbud og hvilke negative utilsigtede konsekvenser ses der herved?

Hvordan kan viden herom anvendes til udformning af anbefalinger målrettet sårbare gravide på differentieringsniveau tre i svangreomsorgen i forhold til at forebygge perinatal morbiditet og mortalitet samt at ruste forældrene til at mestre forældreskabet?

2.2 Reviewspørgsmål:

Hvilke svangreomsorgstilbud til sårbare gravide har effekt på præterm fødsel, lav fødselsvægt og relationsdannelsen?

2.3 Opbygning af søgeblokke

Søgningerne i de forskellige databaser tager udgangspunkt i nedenstående fagbegreber

Participants	Intervention	Outcome
Sårbare gravide.	Udvidet svangreomsorgs-tilbud.	D. Præterm fødsel E. Lav fødselsvægt F. Relationsdannelse mellem mor og barn

Embase 26.04.19 kl 13:02		
Emtree: [Vulnerable population]/exp. 14.293 [Social determinants of health]/exp. 5.313 Kombineret med OR: 19.441	Emtree: [Perinatal care] exp. 56.837 [Prenatal care] 37.812 [Postnatal care] 6.820 Kombineret med OR: 93.439	Emtree: [Premature labor] exp. 43.258 [Prematurity] exp. 102.491 Kombineret med OR: 140.273 [Low birth weight] exp. 56.924 [Child-Parent Relation] exp. 84.272
Fritekst: vulnerab* 160.405 marginalised 1.120 marginalized 3.810 disadvantaged 13.698 “Vulnerable population” 17.810 “Social determinants of health” 9.897 Kombineret med OR: 185.629	Fritekst: “Maternal care” 18.496 “Perinatal care” 15.506 “Prenatal care” 41.263 “Postnatal care” 7.568 Kombineret med OR: 75.887	Fritekst: “Premature labor” 44.082 “Premature birth” 4.937 “Preterm labor” 8.452 “Preterm birth” 22.643 “Prematurity” 113.892 Kombineret med OR: 156.065 “Low birth weight” 53.817 “Mother-infant interaction*” 1.334 “Mother-infant relation*” 664 “Maternal behavior” 13.521 “Maternal role” 376 “Child-Parent Relation” 52.016 Kombineret med OR: 65.693
Emtree og fritekst kombineret med OR: 185.629	Emtree og fritekst kombineret med OR: 99.804	Emtree og fritekst kombineret med OR for outcome A: 156.065 Emtree og fritekst kombineret med OR for outcome B:

		64.433
		Emtree og fritext kombineret med OR for outcome C: 85.327
Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome A: 303 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome B: 236 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome C: 232		

Vulnerab* som fritekst med trunkering er testet ift. om det er en bedre løsning, at bruge tre erstatnings-fritekst ord såsom: vulnerability, vulnerable og vulnerabilities. Søgning gav næsten præcis det samme antal hits, hvorfor det vurderes at være okay rent søgeteknisk, at bruge trunkeringen. [High Risk Population] og [Pregnant woman] er ikke medtaget i Embase, da søgningen der inkluderede disse var fyldt mere mere støj, end hvis de ikke var med. [High risk population] kan argumenteres for ikke at medtages, da Embase er en medicinsk database og denne Emtree term omhandlede individuelle risikofaktorer/individuel risikoadfærd. Der er explodet hvor muligt. Dog er [Prenatal] og [Postnatal] ikke explodet, da de underliggende termer ville give for meget støj.

Cinahl 26.04.19 kl 20:33		
Cinahl Headings: [Pregnancy, High Risk] 1.906 [Expectant Mothers] 5.817 [Vulnerability] 3.854 [Social Determinants of Health] 3.715 Kombineret med OR: 15.078	Cinahl Headings: [Maternal-child Care]/exp 48.028 [Maternal Health Services]/exp 25.550 Kombineret med OR: 53.892	Cinahl Headings: [Labor, premature] 2.820 [Childbirth, premature] 8.896 [Infant, premature] 19.391 Kombineret med OR: 29.248 [Infant, Low Birth Weight]/exp 12.008 [Family Relations]/exp 60.114 [Parental Role]/exp 5.368 [Attachment Behavior]/exp 6.277 [Parenthood]/exp 3.881 Kombineret med OR: 69.581

Fritekst: Vulnerab* 38.712 Marginalized 2.042 Disadvantaged 6.098 “Pregnancy, High Risk” 1.913 “Expectant Mothers” 6.136 Vulnerability 16.132 “Social Determinants of Health” 5.053	Fritekst: “Maternity care” 2.909 “Prenatal Care” 15.721 “Perinatal Care” 3.877 “Postnatal care” 4.943 “Maternal-child Care” 987 “Maternal Health Services” 7.930	Fritekst: “Labor, premature” 2.830 “Childbirth, premature” 8.896 “Infant, premature” 20.490 “Premature birth” 735 “Premature labor” 171 “Preterm birth” 6.728 “Preterm labor” 1.628 Kombineret med OR: 33.180 “Infant, Low Birth Weight” 5.637 “Low birth weight” 12.832 Kombineret med OR: 12.832 “Family relations” 29.848 “Parental role” 3.810 “Attachment behavior” 4.508 Parenthood 2.765 “Mother Child Interaction*” 379 “Maternal Behavior” 3.163 “Mother Infant Relation*” 2.630 “Maternal role” 1.331 Kombineret med OR: 45.937
Kombineret med OR: 58.322	Kombineret med OR: 31.873	Kombineret med OR: 45.937
Cinahl Headings og fritekst kombineret med OR: 58.322	Cinahl Headings og fritekst kombineret med OR: 56.951	Cinahl Headings og fritekst kombineret med OR for outcome A: 33.180 Cinahl Headings og fritekst kombineret med OR for outcome B: 14.925 Cinahl Headings og fritekst kombineret med OR for outcome C: 83.963
Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome A: 307 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome B: 177 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome C: 300		

Cochrane 27.04.19 kl 10:15		
MeSH: [Pregnancy, High-Risk] exp. 167 [Vulnerable populations] exp. 251 [Social Determinants of Health] exp. 17 [Pregnant Women] exp. 200 Kombineret med OR: 600	MeSH: [Maternal Health Services] exp. 1.972	MeSH : [Obstetric Labor, Premature] exp. 1.777 [Infant, Low Birth Weight] exp. 2.063 [Family Relations] exp. 2.826
Fritekst: "Pregnancy, High-Risk" 179 "Vulnerable Populations" 1.030 "Social Determinants of Health" 203 "Pregnant Women" 11.425 Vulnerab* 5.442 Marginali?ed 149 Disadvantaged 4.277 Kombineret med OR: 17.994	Fritekst: "Maternal Health Services" 216 "Maternal Care" 621 "Prenatal Care" 2.553 "Perinatal Care" 587 "Postnatal Care" 634 Kombineret med OR: 4.011	Fritekst: "Obstetric Labor, Premature" 732 "Premature Birth" 1.245 "Premature Labor" 1.466 "Preterm Birth" 1.938 "Preterm Labor" 1.284 Kombineret med OR: 4.379 "Infant, Low Birth Weight" 979 "Low Birth Weight" 4608 Kombineret med OR: 4.599 "Family Relations" 667 "Mother-Infant Interaction*" 155 "Maternal Behavior" 457 "Mother-Infant Relation*" 1 "Maternal Role" 31 Kombineret med OR: 1067
MesH og fritekst kombineret med OR: 17.994	MesH og fritekst kombineret med OR: 4.088	MesH og fritekst kombineret med OR for outcome A: 4.379 MesH og fritekst kombineret med OR for outcome B: 4.802 MesH og fritekst kombineret med OR for outcome C: 3.274
Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome A: 179 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome B: 100 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome C: 54		

I Cochrane er der anvendt "explode" på alle MesH termerne, så termerne der ligger under den valgte MesH term også kommer med i søgningen. Ved fritekstsøgningerne er der søgt i "all text" og der er desuden anvendt en begrænsning så det kun er "trials" der kommer med i søgningen. Når MesH og fritekst er kombineret med OR er der igen anvendt en begrænsning så det kun er "trials" der kommer med i søgningen. Der er anvendt trunkering ved søgningen på vulnerab* så alle endelser på vulnerab-

ordstammen kommer med i søgningen. Der er anvendt ? i søgningen på marginali?ed for på denne måde at medtage stavningerne marginalised og marginalized.

PsycInfo 27.04.19 kl 09:53		
Thesaurus: [Expectant Mothers] 686 [Disadvantaged] 7.307 [At risk populations] 36.710 Kombineret med OR 44.344	Thesaurus: [Prenatal Care] 1.754	Thesaurus: [Premature Birth] 5.303 [Birth weight] 3.058 [Mother-child relations] 21.476 [Mother child communication] 2.498 [Parental role] 5.162 [Attachment behavior] 21.341 [Parenting] 8.996 [Family relations] 35.368 Kombineret med OR: 88.097
Fritekst: “Expectant Mothers” 924 Disadvantaged 16.442 “At risk populations” 37.306 Vulnerab* 68.974 Marginalized 7.090 Marginalised 964 Kombineret med OR 125.697	Fritekst: “Prenatal Care” 4277 “Maternal care” 1.869 “Perinatal Care” 1582 “Postnatal Care” 776 Kombineret med OR 8.008	Fritekst: “Premature birth” 5.896 “Premature labor” 59 “Preterm birth” 1.908 “Preterm labor” 181 Kombineret med OR: 6.767 “Birth weight” 6.815 “Mother-child relations” 27.796 “Mother child communication” 2.579 “Parental role” 5.972 “Attachment behavior” 21.632 “Parenting” 144.403 “Family relations” 49.287 ”Mother-infant interaction*” 2017 “Maternal behavior” 10.272 “Mother-infant relation*” 1040 “Maternal role” 512 Kombineret med OR: 206.532
Thesaurus og fritekst kombineret med OR: 125.697	Thesaurus og fritekst kombineret med OR: 8.008	Thesaurus og fritekst kombineret med OR for outcome A: 6.767 Thesaurus og fritekst kombineret med OR for outcome B: 6.815 Thesaurus og fritekst kombineret med OR for outcome C:

		206.532
Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome A: 61 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome B: 85 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome C: 184		

Der er ikke “exploded” i nogle af de anvendte thesaurus, da det underliggende er vurderet irrelevant for denne systematiske søgning. Alle fritekstord er søgt i “all text”. Der er ikke søgt på fritekst “Low birth weight”, da der er søgt på et bredere fritekstord i kraft af databasens term [Birth weight]. Der er anvendt trunkering ved søgningen på vulnerab* så alle endelser på vulnerab-ordstammen kommer med i søgningen.

PubMed 26.04.19 kl 13:45		
MeSH: [Pregnancy, High-Risk] exp. 4.588 [Vulnerable Populations] exp. 9.278 [Social Determinants of Health] exp. 2.073 [Pregnant Women] exp. 7.401 Kombineret med OR: 22.963	MeSH: [Maternal Health Services] exp. 45.820	MeSH: [Obstetric Labor, Premature] exp. 24.507 [Infant, Low Birth Weight] exp. 32.467 [Family Relations] exp. 87.691
Fritekst: “Pregnancy, High-Risk” 4.597 “Vulnerable Populations” 13.456 “Social determinants of Health” 6.792 “Pregnant Women” 88.258 Marginalised 869 Marginalized 3.379 Disadvantaged 28.471 Vulnerab* 124.531 Kombineret med OR: 234.284	Fritekst: “Maternal Health Services” 13.860 “Maternal Care” 2.531 “Prenatal Care” 30.890 “Perinatal Care” 6.137 “Postnatal Care” 6.354 “Maternity Care” 3.479 Kombineret med OR: 55.012	Fritekst: “Obstetric Labor, Premature” 13.076 “Premature Birth” 14.755 “Premature Labor” 2.213 “Preterm Birth” 14.893 “Preterm Labor” 5.827 Kombineret med OR: 36.753 “Infant, Low Birth Weight” 17.751 “Low Birth Weight” 38.987 Kombineret med OR: 38.987 “Family Relations” 25.735 “Mother-Infant Interaction*” 644 “Maternal Behavior” 11.675 “Mother-Infant Relation*” 7 “Maternal Role” 342 Kombineret med OR: 37.993
MesH og frittekst kombineret med OR: 234.284	MesH og frittekst kombineret med OR: 56.874	MesH og frittekst kombineret med OR for outcome A: 36.753

		MesH og fritext kombineret med OR for outcome B: 44.291
		MesH og fritext kombineret med OR for outcome C: 102.361
Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome A: 712 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome B: 717 Blok 1 AND blok 2 AND blok 3 for outcome C: 372		

Der er exploderet i alle Mesh termer for at få de underliggende termer med. [Risk Faktors] er ikke medtaget i PubMed søgningen, da den gav for meget støj. [Risk Factors] kan argumenteres for ikke at medtages, da PubMed er en medicinsk database og denne MesH term omhandlede individuelle risikofaktorer/individuel risikoadfærd. Der er anvendt trunkering ved søgningen på vulnerab* så alle endelser på vulnerab-ordstammen kommer med i søgningen.

Scopus 27.04.19 kl 10:00
Fritekst: Vulnerab* 840.282 Childbirth 101.084 "Social inequality" 52.565
Kombineret med AND: 136

Der er anvendt et "filter" i Scopus således der kun fremsøges artikler. Der er søgt i "all text" på alle søgningerne. Der er anvendt trunkering ved søgningen på vulnerab* så alle endelser på vulnerab-ordstammen kommer med i søgningen.

ProQuest 27.04.19 kl 10:55
Fritekst: Vulnerab* 1.001.757 Childbirth 90.037 "Social inequality" 34.045
Kombineret med AND: 207

Der er anvendt et "filter" i denne ProQuest således der kun fremsøges artikler. Der er søgt i "anywhere" på alle søgningerne. Der er anvendt trunkering ved søgningen på vulnerab* så alle endelser på vulnerab-ordstammen kommer med i søgningen.

2.4 Resultat af søgning

Ud fra rækkerne "Blok 1", "Blok 2" og "Blok 3" ses tallene for søgningerne på de forskellige blokke; kontrollerede emneord og fritext kombineret med "OR" for hver database. I rækken "I alt" angives antallet af hits for blokkene (blok 1 + 2 + 3) fordelt på de tre outcomes, kombineret med "AND".

Informationskilde		Embase	CINAHL	Cochrane	PsychInfo	PubMed	Scopus	ProQuest
Blok 1		185.629	58.322	17.994	125.697	234.284		
Blok 2		99.804	56.951	4.088	8.008	56.874		
Blok 3	Outcome A	156.065	33.180	4.379	6.767	36.753		
	Outcome B	64.433	14.925	4.802	6.815	44.291		
	Outcome C	85.327	83.963	3.274	206.532	102.361		
I alt	Outcome A	303	307	179	61	712	136	207
	Outcome B	236	177	100	85	717		
	Outcome C	232	300	54	184	372		

2.5 Kriterier for udvælgelsen

Inklusionskriterier	
Population	Sårbare gravide med karakteristika svarende til svangreomsorgens differentieringsniveau tre.
Intervention	Præ-, peri- og postnatale svangreomsorgstilbud målrettet mor og/eller mor og barn
Outcomes	Præterm fødsel Lav fødselsvægt Relationsdannelse mellem mor og barn
Studiedesign	Eksperimentelle studier (gerne randomiserede kontrollerede forsøg). Observationelle effektevalueringer med en kontrol eller sammenligningsgruppe.

	Kvalitative studier af indsatser/kvalitative evalueringer af indsatser.
Publikationstype	Primære forskningsstudier. Engelsk, dansk, norsk og svensk.
Geografisk område	Lande hvor konteksten kan overføres til en dansk kontekst.

2.6 Dato og identifikation

Den systematiske litteratursøgning er afsluttet den 27.04.19 kl. 10.55. Alle projektmedlemmer har udfyldt søgeprotokollen og foretaget søgninger i databaserne. Projektmedlemmer: Johanne Frøsig Pedersen, Sarah Boutrup Kallesøe og Sofie Langergaard, Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet.

2.7 Søgestrengene

Embase den 26.04.19 klokken 13:02:

☐ History	Save Delete Print view Export Email	Combine >	using ☒ And ☐ Or	^ Collapse
☐ #45	#11 AND #21 AND #42			232
☐ #44	#11 AND #21 AND #34			236
☐ #43	#11 AND #21 AND #31			303
☐ #42	#35 OR #41			85,327
☐ #41	#36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40			65,693
☐ #40	'child-parent relation'			52,016
☐ #39	'maternal role'			376
☐ #38	'maternal behavior'			13,521
☐ #37	'mother-infant relation''			664
☐ #36	'mother-infant interaction''			1,334
☐ #35	'child parent relation'/exp			84,272
☐ #34	#32 OR #33			64,433
☐ #33	'low birth weight'			53,817
☐ #32	'low birth weight'/exp			56,924
☐ #31	#24 OR #30			156,065
☐ #30	#25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29			156,065
☐ #29	prematurity			113,892
☐ #28	'preterm labor'			8,452
☐ #27	'preterm birth'			22,643
☐ #26	'premature birth'			4,937
☐ #25	'premature labor'			44,082
☐ #24	#22 OR #23			140,273
☐ #23	'prematurity'/exp			102,491

☐	#22	'premature labor'/exp	43,258
☐	#21	#15 OR #20	99,804
☐	#20	#16 OR #17 OR #18 OR #19	75,887
☐	#19	'postnatal care'	7,568
☐	#18	'prenatal care'	41,263
☐	#17	'perinatal care'	15,506
☐	#16	'maternal care'	18,496
☐	#15	#12 OR #13 OR #14	93,439
☐	#14	'postnatal care'/de	6,820
☐	#13	'prenatal care'/de	37,812
☐	#12	'perinatal care'/exp	56,837
☐	#11	#3 OR #10	185,629
☐	#10	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	185,629
☐	#9	'social determinants of health'	9,897
☐	#8	'vulnerable population'	17,810
☐	#7	disadvantaged	13,698
☐	#6	marginalized	3,810
☐	#5	marginalised	1,120
☐	#4	vulnerab*	160,405
☐	#3	#1 OR #2	19,441
☐	#2	'social determinants of health'/exp	5,313
☐	#1	'vulnerable population'/exp	14,293

CINAHL den 26.04.19 klokken 20:33:

Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions		
☐ S61	 S14 AND S25 AND S58	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (300)	 View Details	 Edit
☐ S60	 S14 AND S25 AND S43	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (177)	 View Details	 Edit
☐ S59	 S14 AND S25 AND S38	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (307)	 View Details	 Edit
☐ S58	 S48 OR S57	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (83,963)	 View Details	 Edit
☐ S57	 S49 OR S50 OR S51 OR S52 OR S53 OR S54 OR S55 OR S56	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (45,937)	 View Details	 Edit
☐ S56	 "maternal role"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,331)	 View Details	 Edit
☐ S55	 "mother-infant relation"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,630)	 View Details	 Edit
☐ S54	 "maternal behavior"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,163)	 View Details	 Edit
☐ S53	 "mother-infant interaction"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (379)	 View Details	 Edit
☐ S52	 parenthood	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,765)	 View Details	 Edit
☐ S51	 "attachment behavior"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (4,508)	 View Details	 Edit
☐ S50	 "parental role"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,810)	 View Details	 Edit
☐ S49	 "family relations"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (29,848)	 View Details	 Edit
☐ S48	 S44 OR S45 OR S46 OR S47	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (69,581)	 View Details	 Edit
☐ S47	 (MH "Parenthood+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,881)	 View Details	 Edit
☐ S46	 (MH "Attachment Behavior+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,277)	 View Details	 Edit
☐ S45	 (MH "Parental Role+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,368)	 View Details	 Edit
☐ S44	 (MH "Family Relations+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (60,114)	 View Details	 Edit
☐ S43	 S39 OR S42	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (14,925)	 View Details	 Edit
☐ S42	 S40 OR S41	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (12,832)	 View Details	 Edit
☐ S41	 "low birth weight"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (12,832)	 View Details	 Edit
☐ S40	 "infant, low birth weight"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,637)	 View Details	 Edit
☐ S39	 (MH "Infant, Low Birth Weight+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (12,008)	 View Details	 Edit
☐ S38	 S29 OR S37	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (33,180)	 View Details	 Edit
☐ S37	 S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (33,180)	 View Details	 Edit
☐ S36	 "preterm labor"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,628)	 View Details	 Edit
☐ S35	 "preterm birth"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,728)	 View Details	 Edit
☐ S34	 "premature labor"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (171)	 View Details	 Edit
☐ S33	 "premature birth"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (735)	 View Details	 Edit
☐ S32	 "infant, premature"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (20,490)	 View Details	 Edit
☐ S31	 "childbirth, premature"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (8,896)	 View Details	 Edit
☐ S30	 "labor, premature"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,830)	 View Details	 Edit
☐ S29	 S26 OR S27 OR S28	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (29,248)	 View Details	 Edit
☐ S28	 (MH "Infant, Premature")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (19,391)	 View Details	 Edit
☐ S27	 (MH "Childbirth, Premature")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (8,896)	 View Details	 Edit

☐	S26	 (MH "Labor, Premature")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,820)	 View Details	 Edit
☐	S25	 S17 OR S24	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (56,951)	 View Details	 Edit
☐	S24	 S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (31,873)	 View Details	 Edit
☐	S23	 "postnatal care"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (4,943)	 View Details	 Edit
☐	S22	 "perinatal care"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,877)	 View Details	 Edit
☐	S21	 "prenatal care"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (15,721)	 View Details	 Edit
☐	S20	 "maternity care"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,909)	 View Details	 Edit
☐	S19	 "maternal health services"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (7,930)	 View Details	 Edit
☐	S18	 "maternal-child care"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (987)	 View Details	 Edit
☐	S17	 S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (53,892)	 View Details	 Edit
☐	S16	 (MH "Maternal Health Services+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (25,550)	 View Details	 Edit
☐	S15	 (MH "Maternal-Child Care+")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (48,028)	 View Details	 Edit
☐	S14	 S5 OR S13	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (58,322)	 View Details	 Edit
☐	S13	 S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (58,322)	 View Details	 Edit
☐	S12	 disadvantaged	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,098)	 View Details	 Edit
☐	S11	 marginalized	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,042)	 View Details	 Edit
☐	S10	 vulnerab*	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (38,712)	 View Details	 Edit
☐	S9	 "social determinants of health"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,053)	 View Details	 Edit
☐	S8	 vulnerability	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (16,132)	 View Details	 Edit
☐	S7	 "expectant mothers"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,136)	 View Details	 Edit
☐	S6	 "pregnancy, high risk"	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,913)	 View Details	 Edit
☐	S5	 S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (15,078)	 View Details	 Edit
☐	S4	 (MH "Social Determinants of Health")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,715)	 View Details	 Edit
☐	S3	 (MH "Vulnerability")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,854)	 View Details	 Edit
☐	S2	 (MH "Expectant Mothers")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,817)	 View Details	 Edit
☐	S1	 (MH "Pregnancy, High Risk")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,906)	 View Details	 Edit

Cochrane den 27.04.19 klokken 10:15:

-	+	#1	MeSH descriptor: [Pregnancy, High-Risk] explode all trees	MeSH ▼	167
-	+	#2	MeSH descriptor: [Vulnerable Populations] explode all trees	MeSH ▼	251
-	+	#3	MeSH descriptor: [Social Determinants of Health] explode all trees	MeSH ▼	17
-	+	#4	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	MeSH ▼	200
-	+	#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	Limits	600
			in Trials		
-	+	#6	("Pregnancy, high-risk")	S ▼	Limits 179
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#7	("vulnerable populations")	S ▼	Limits 1030
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#8	("social determinants of health")	S ▼	Limits 203
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#9	("pregnant women")	S ▼	Limits 11425
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#10	(vulnerab*)	S ▼	Limits 5442
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#11	(marginall?ed)	S ▼	Limits 149
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#12	(disadvantaged)	S ▼	Limits 4277
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#13	#6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12	Limits	17994
			in Trials		
-	+	#14	#5 OR #13	Limits	17994
			in Trials		
-	+	#15	MeSH descriptor: [Maternal Health Services] explode all trees	MeSH ▼	1972
-	+	#16	("maternal health services")	S ▼	Limits 216
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#17	("maternal care")	S ▼	Limits 621
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#18	("prenatal care")	S ▼	Limits 2553
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#19	("perinatal care")	S ▼	Limits 587
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#20	("postnatal care")	S ▼	Limits 634
			in Trials (Word variations have been searched)		
-	+	#21	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20	Limits	4011
			in Trials		
-	+	#22	#15 OR #21	Limits	4088
			in Trials		
-	+	#23	MeSH descriptor: [Obstetric Labor, Premature] explode all trees	MeSH ▼	1777

–	+	#24	("obstetric labor, premature")	S ▼	Limits	732
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#25	("premature birth")	S ▼	Limits	1245
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#26	("premature labor")	S ▼	Limits	1466
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#27	("preterm birth")	S ▼	Limits	1938
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#28	("preterm labor")	S ▼	Limits	1284
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#29	#24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28		Limits	4379
			in Trials			
–	+	#30	#23 OR #29		Limits	4379
			in Trials			
–	+	#31	MeSH descriptor: [Infant, Low Birth Weight] explode all trees	MeSH ▼		2063
–	+	#32	("infant, low birth weight")	S ▼	Limits	979
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#33	("low birth weight")	S ▼	Limits	4608
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#34	#32 OR #33		Limits	4599
			in Trials			
–	+	#35	#31 OR #34		Limits	4802
			in Trials			
–	+	#36	MeSH descriptor: [Family Relations] explode all trees	MeSH ▼		2826
–	+	#37	("family relations")	S ▼	Limits	667
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#38	("mother-infant interaction")	S ▼	Limits	155
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#39	("maternal behavior")	S ▼	Limits	457
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#40	("mother-infant relation")	S ▼	Limits	1
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#41	("maternal role")	S ▼	Limits	31
			in Trials (Word variations have been searched)			
–	+	#42	#37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41		Limits	1067
			in Trials			
–	+	#43	#36 OR #42		Limits	3274
			in Trials			
–	+	#44	#14 AND #22 AND #30		Limits	179
			in Trials			
–	+	#45	#14 AND #22 AND #35		Limits	100
			in Trials			
–	+	#46	#14 AND #22 AND #43		Limits	54

PsycInfo den 27.04.19 klokken 09:53:

□ ((((((IndexTermsFilt: ("Expectant Mothers"))))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Disadvantaged"))))) OR
(((IndexTermsFilt: ("At Risk Populations"))))) OR
((((Any Field: (vulnerab*)))) OR (((Any Field:
(marginalized)))) OR (((Any Field: (marginalised))))
OR (((Any Field: ("Expectant mothers")))) OR
(((Any Field: (disadvantaged)))) OR (((Any Field:
("at risk populations"))))) AND (((IndexTermsFilt:
("Prenatal Care")))) OR (((Any Field: ("Prenatal
care")))) OR (((Any Field: ("maternal care")))) OR
(((Any Field: ("perinatal care")))) OR (((Any Field:
("postnatal care"))))) AND (((IndexTermsFilt:
("Mother Child Relations")))) OR (((IndexTermsFilt:
("Mother Child Communication")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Parental Role")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Attachment Behavior")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Parenting")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Family Relations")))) OR
((((Any Field: ("maternal role")))) OR (((Any Field:
("mother-infant relation*")))) OR (((Any Field:
("maternal behavior")))) OR (((Any Field: ("mother-
infant interaction*")))) OR (((Any Field: ("family
relations")))) OR (((Any Field: (parenting)))) OR
(((Any Field: ("attachment behavior")))) OR (((Any
Field: ("parental role")))) OR (((Any Field: ("mother-
child communication")))) OR (((Any Field: ("mother-
child relations")))))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

184 Results



□ ((((((IndexTermsFilt: ("Expectant Mothers"))))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Disadvantaged"))))) OR
(((IndexTermsFilt: ("At Risk Populations"))))) OR
((((Any Field: (vulnerab*)))) OR (((Any Field:
(marginalized)))) OR (((Any Field: (marginalised))))
OR (((Any Field: ("Expectant mothers")))) OR
(((Any Field: (disadvantaged)))) OR (((Any Field:
("at risk populations"))))) AND (((IndexTermsFilt:
("Prenatal Care")))) OR (((Any Field: ("Prenatal
care")))) OR (((Any Field: ("maternal care")))) OR
(((Any Field: ("perinatal care")))) OR (((Any Field:
("postnatal care"))))) AND (((IndexTermsFilt: ("Birth
Weight")))) OR (((Any Field: ("birth weight"))))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

85 Results



□ ((((((IndexTermsFilt: ("Expectant Mothers"))))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Disadvantaged"))))) OR
(((IndexTermsFilt: ("At Risk Populations"))))) OR
((((Any Field: (vulnerab*)))) OR (((Any Field:
(marginalized)))) OR (((Any Field: (marginalised))))
OR (((Any Field: ("Expectant mothers")))) OR
(((Any Field: (disadvantaged)))) OR (((Any Field:
("at risk populations"))))) AND (((IndexTermsFilt:
("Prenatal Care")))) OR (((Any Field: ("Prenatal
care")))) OR (((Any Field: ("maternal care")))) OR
(((Any Field: ("perinatal care")))) OR (((Any Field:
("postnatal care"))))) AND (((Any Field: ("premature
birth")))) OR (((Any Field: ("premature labeled")))) OR
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

61 Results

birth")))) OR (((Any Field: ("premature labor")))) OR
(((Any Field: ("Preterm birth")))) OR (((Any Field:
("preterm labor"))))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY



□ (((IndexTermsFilt: ("Mother Child Relations")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Mother Child Communication"))))
OR (((IndexTermsFilt: ("Parental Role")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Attachment Behavior")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Parenting")))) OR
(((IndexTermsFilt: ("Family Relations")))) OR (((Any
Field: ("maternal role")))) OR (((Any Field: ("mother-
infant relation")))) OR (((Any Field: ("maternal
behavior")))) OR (((Any Field: ("mother-infant
interaction")))) OR (((Any Field: ("family relations"))))
OR (((Any Field: (parenting)))) OR (((Any Field:
("attachment behavior")))) OR (((Any Field: ("parental
role")))) OR (((Any Field: ("mother-child
communication")))) OR (((Any Field: ("mother-child
relations"))))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY



□ ((Any Field: ("maternal role")))) OR ((Any Field:
("mother-infant relation")))) OR ((Any Field: ("maternal
behavior")))) OR ((Any Field: ("mother-infant
interaction")))) OR ((Any Field: ("family relations")))
OR ((Any Field: (parenting))) OR ((Any Field:
("attachment behavior")))) OR ((Any Field: ("parental
role")))) OR ((Any Field: ("mother-child
communication")))) OR ((Any Field: ("mother-child
relations"))))
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY



□ **Any Field: "maternal role"** 512 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY



□ **Any Field: "mother-infant relation"** 1040 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY



□ **Any Field: "maternal behavior"** 10272 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY



□ **Any Field: "mother-infant interaction"** 2017 Results
Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY

☐	Any Field: "family relations" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	49287 Results
	     	
☐	Any Field: parenting <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	144403 Results
	     	
☐	Any Field: "attachment behavior" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	21632 Results
	     	
☐	Any Field: "parental role" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	5972 Results
	     	
☐	Any Field: "mother-child communication" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	2579 Results
	     	
☐	Any Field: "mother-child relations"	27796 Results
☐	((IndexTermsFilt: ("Mother Child Relations")) OR ((IndexTermsFilt: ("Mother Child Communication")) OR ((IndexTermsFilt: ("Parental Role")) OR ((IndexTermsFilt: ("Attachment Behavior")) OR ((IndexTermsFilt: ("Parenting")) OR ((IndexTermsFilt: ("Family Relations")) <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	88097 Results
	     	
☐	Index Terms: {Family Relations} <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	35368 Results
	     	
☐	Index Terms: {Parenting} <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	8996 Results
	     	
☐	Index Terms: {Attachment Behavior} <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	21341 Results
	     	
☐	Index Terms: {Parental Role} <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	5162 Results

☐	Index Terms: {Mother Child Communication} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	2498 Results
	     	
☐	Index Terms: {Mother Child Relations} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	21476 Results
	     	
☐	((IndexTermsFilt: ("Birth Weight")) OR ((Any Field: ("birth weight")))) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	6815 Results
	     	
☐	Any Field: "birth weight" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	6815 Results
	     	
☐	Index Terms: {Birth Weight} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	3058 Results
	     	
☐	((IndexTermsFilt: ("Premature Birth")) OR (((Any Field: ("premature birth")) OR (((Any Field: ("premature labor")) OR (((Any Field: ("Preterm birth")) OR (((Any Field: ("preterm labor")) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	6767 Results
	     	
☐	((Any Field: ("premature birth")) OR ((Any Field: ("premature labor")) OR ((Any Field: ("Preterm birth")) OR ((Any Field: ("preterm labor")) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	6767 Results
	     	
☐	Any Field: "preterm labor" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	181 Results
	     	
☐	Any Field: "Preterm birth" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	1908 Results
	     	

☐	Any Field: "premature labor" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	59 Results
	     	
☐	Any Field: "premature birth" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	5896 Results
	     	
☐	Index Terms: {Premature Birth} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	5303 Results
	     	
☐	((IndexTermsFilt: ("Prenatal Care")) OR (((Any Field: ("Prenatal care")) OR (((Any Field: ("maternal care")) OR (((Any Field: ("perinatal care")) OR (((Any Field: ("postnatal care")) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	8008 Results
	     	
☐	((Any Field: ("Prenatal care")) OR ((Any Field: ("maternal care")) OR ((Any Field: ("perinatal care")) OR ((Any Field: ("postnatal care")) Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	8008 Results
☐	Any Field: "postnatal care" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	776 Results
	     	
☐	Any Field: "perinatal care" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	1582 Results
	     	
☐	Any Field: "maternal care" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	1869 Results
	     	
☐	Any Field: "Prenatal care" Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	4277 Results
	     	
☐	Index Terms: {Prenatal Care} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	1754 Results
	     	

☐	(((IndexTermsFilt: ("Expectant Mothers")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Disadvantaged")))) OR (((IndexTermsFilt: ("At Risk Populations")))) OR (((Any Field: (vulnerab*)))) OR (((Any Field: (marginalized)))) OR (((Any Field: (marginalised)))) OR (((Any Field: ("Expectant mothers")))) OR (((Any Field: (disadvantaged)))) OR (((Any Field: ("at risk populations")))) <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	125697 Results
☐	((Any Field: (vulnerab*))) OR ((Any Field: (marginalized))) OR ((Any Field: (marginalised))) OR ((Any Field: ("Expectant mothers"))) OR ((Any Field: (disadvantaged))) OR ((Any Field: ("at risk populations"))) <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	125697 Results
☐	Any Field: "at risk populations" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	37306 Results
☐	Any Field: disadvantaged <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	16442 Results
☐	Any Field: "Expectant mothers" <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	924 Results
☐	Any Field: marginalised <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	964 Results
☐	Any Field: marginalized <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	7090 Results
☐	Any Field: vulnerab* <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	68974 Results
☐	(((IndexTermsFilt: ("Expectant Mothers")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Disadvantaged")))) OR (((IndexTermsFilt: ("At Risk Populations")))) <i>Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY</i>	44344 Results

☐	Index Terms: {At Risk Populations} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	36701 Results
	     	
☐	Index Terms: {Disadvantaged} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	7307 Results
	     	
☐	Index Terms: {Expectant Mothers} Search Databases: PsycINFO, PsycARTICLES, PsycTESTS, PsycTHERAPY	686 Results
	     	

PubMed den 26.04.19 klokken 13:45:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#61	Add	Search (((((((((((vulnerab*) OR disadvantaged) OR marginalized) OR marginalised) OR "pregnant women") OR "social determinants of health") OR "vulnerable populations") OR "pregnancy, high-risk") OR (((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Pregnancy, High-Risk"[Mesh]))) AND (((("Maternal Health Services"[Mesh]) OR (((("maternity care") OR "postnatal care") OR "perinatal care") OR "prenatal care") OR "maternal care") OR "maternal health services")))) AND (((((((("preterm labor") OR "preterm birth") OR "premature labor") OR "premature birth") OR "Obstetric Labor, Premature")) OR "Obstetric Labor, Premature" [Mesh])	712	07:57:25
#63	Add	Search (((((((((((vulnerab*) OR disadvantaged) OR marginalized) OR marginalised) OR "pregnant women") OR "social determinants of health") OR "vulnerable populations") OR "pregnancy, high-risk") OR (((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Pregnancy, High-Risk"[Mesh]))) AND (((("Maternal Health Services"[Mesh]) OR (((("maternity care") OR "postnatal care") OR "perinatal care") OR "prenatal care") OR "maternal care") OR "maternal health services")))) AND (((((((("maternal role") OR "mother-infant relation") OR "maternal behavior") OR "mother-infant interaction") OR "Family Relations") OR "Family Relations" [Mesh])	372	07:38:27
#62	Add	Search (((((((((((vulnerab*) OR disadvantaged) OR marginalized) OR marginalised) OR "pregnant women") OR "social determinants of health") OR "vulnerable populations") OR "pregnancy, high-risk") OR (((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Pregnancy, High-Risk"[Mesh]))) AND (((("Maternal Health Services"[Mesh]) OR (((("maternity care") OR "postnatal care") OR "perinatal care") OR "prenatal care") OR "maternal care") OR "maternal health services")))) AND (((((((("low birth weight") OR "Infant, Low Birth Weight") OR "Infant, Low Birth Weight"[Mesh])	717	07:36:47
#60	Add	Search (((((((("maternal role") OR "mother-infant relation") OR "maternal behavior") OR "mother-infant interaction") OR "Family Relations") OR "Family Relations"[Mesh]	102361	07:32:35
#59	Add	Search (((("maternal role") OR "mother-infant relation") OR "maternal behavior") OR "mother-infant interaction") OR "Family Relations"	37993	07:31:58
#58	Add	Search "maternal role"	342	07:30:46
#57	Add	Search "mother-infant relation"	7	07:30:25
#56	Add	Search "maternal behavior"	11675	07:29:28
#55	Add	Search "mother-infant interaction"	644	07:28:35
#54	Add	Search "Family Relations"	25735	07:27:21

#53	Add	Search "Family Relations"[Mesh]	87691	07:26:54
#50	Add	Search (((("low birth weight") OR "Infant, Low Birth Weight")) OR "Infant, Low Birth Weight"[Mesh]	44291	07:24:48
#49	Add	Search ("low birth weight") OR "Infant, Low Birth Weight"	38987	07:22:30
#48	Add	Search "low birth weight"	38987	07:22:04
#47	Add	Search "Infant, Low Birth Weight"	17751	07:21:28
#46	Add	Search "Infant, Low Birth Weight"[Mesh]	32467	07:21:03
#44	Add	Search ((((((("preterm labor") OR "preterm birth") OR "premature labor") OR "premature birth") OR "Obstetric Labor, Premature")) OR "Obstetric Labor, Premature"[Mesh]	36753	07:20:02
#43	Add	Search ((((((("preterm labor") OR "preterm birth") OR "premature labor") OR "premature birth") OR "Obstetric Labor, Premature"	36753	07:17:44
#42	Add	Search "preterm labor"	5827	07:15:55
#41	Add	Search "preterm birth"	14893	07:15:16
#40	Add	Search "premature labor"	2213	07:14:57
#39	Add	Search "premature birth"	14755	07:14:37
#38	Add	Search "Obstetric Labor, Premature"	13076	07:14:18
#37	Add	Search "Obstetric Labor, Premature"[Mesh]	24507	07:13:50
#35	Add	Search ("Maternal Health Services"[Mesh] OR ((((((("maternity care") OR "postnatal care") OR "perinatal care") OR "prenatal care") OR "maternal care") OR "maternal health services")	56874	07:08:39
#34	Add	Search ((((((("maternity care") OR "postnatal care") OR "perinatal care") OR "prenatal care") OR "maternal care") OR "maternal health services"	55012	07:07:52
#33	Add	Search "maternity care"	3479	07:06:31
#32	Add	Search "postnatal care"	6354	07:06:12
#31	Add	Search "perinatal care"	6137	07:05:50
#30	Add	Search "prenatal care"	30890	07:05:26
#29	Add	Search "maternal care"	2531	07:04:44
#28	Add	Search "maternal health services"	13860	07:04:33
#27	Add	Search "Maternal Health Services"[Mesh]	45820	07:03:59
#24	Add	Search (((((((("vulnerab*") OR disadvantaged) OR marginalized) OR marginalised) OR "pregnant women") OR "social determinants of health") OR "vulnerable populations") OR "pregnancy, high-risk") OR (((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Pregnancy, High-Risk"[Mesh])	234284	07:02:44

cmd=HistorySearch&querykey=32

#23	Add	Search (((((((("vulnerab*") OR disadvantaged) OR marginalized) OR marginalised) OR "pregnant women") OR "social determinants of health") OR "vulnerable populations") OR "pregnancy, high-risk"	234284	07:01:48
#22	Add	Search vulnerab*	124531	07:00:40
#21	Add	Search disadvantaged	28471	07:00:19
#20	Add	Search marginalized	3379	07:00:06
#19	Add	Search marginalised	869	06:59:57
#18	Add	Search "pregnant women"	88258	06:59:38
#17	Add	Search "social determinants of health"	6792	06:59:23
#16	Add	Search "vulnerable populations"	13456	06:59:01
#15	Add	Search "pregnancy, high-risk"	4597	06:58:43
#14	Add	Search (((("Pregnant Women"[Mesh]) OR "Social Determinants of Health"[Mesh]) OR "Vulnerable Populations"[Mesh]) OR "Pregnancy, High-Risk"[Mesh]	22963	06:58:17
#13	Add	Search "Pregnant Women"[Mesh]	7401	06:57:51
#12	Add	Search "Social Determinants of Health"[Mesh]	2073	06:57:23
#11	Add	Search "Vulnerable Populations"[Mesh]	9278	06:56:45
#9	Add	Search "Pregnancy, High-Risk"[Mesh]	4588	06:56:18

Scopus den 27.04.19 klokken 10:13:

Search history

[Combine queries...](#)

6	(ALL (childbirth)) AND (ALL ("social inequality")) AND (ALL (vulnerab*)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))	136 document results
5	(ALL (childbirth)) AND (ALL ("social inequality")) AND (ALL (vulnerab*))	230 document results
3	ALL (vulnerab*)	840,282 document results
2	ALL ("social inequality")	52,565 document results
1	ALL (childbirth)	101,084 document results

Proquest den 27.04.19 klokken 10:55:

☐	Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
☐	S5	⊕ S2 AND S3 AND S4	15 databases	207	Actions ▼
☐	S4	⊕ vulnerab* ✓ Limits applied	15 databases	1,001,757	Actions ▼
☐	S3	⊕ "social inequality" ✓ Limits applied	15 databases	34,045	Actions ▼
☐	S2	⊕ childbirth ✓ Limits applied	15 databases	90,037	Actions ▼

Bilag 3: Kvalitetsvurderingsværktøjer

RoB II: Anvendes til randomiserede kontrollerede forsøg

Study details	
Reference	
Study design	
☒ Individually-randomized parallel-group trial	
☐ Cluster-randomized parallel-group trial	
☐ Individually randomized cross-over (or other matched) trial	
Specify which outcome is being assessed for risk of bias	
Specify the numerical result being assessed. In case of multiple alternative analyses being presented, specify the numeric result (e.g. RR = 1.52 (95% CI 0.83 to 2.77) and/or a reference (e.g. to a table, figure or paragraph) that uniquely defines the result being assessed.	
Is the review team's aim for this result...?	
☐ to assess the effect of <i>assignment to intervention</i> (the 'intention-to-treat' effect)	
☐ to assess the effect of <i>adhering to intervention</i> (the 'per-protocol' effect)	

Which of the following sources were obtained to help inform the risk-of-bias assessment? (tick as many as apply)

- ☐ Journal article(s) with results of the trial
- ☐ Trial protocol
- ☐ Statistical analysis plan (SAP)
- ☐ Non-commercial trial registry record (e.g. ClinicalTrials.gov record)
- ☐ Company-owned trial registry record (e.g. GSK Clinical Study Register record)
- ☐ "Grey literature" (e.g. unpublished thesis)
- ☐ Conference abstract(s) about the trial
- ☐ Regulatory document (e.g. Clinical Study Report, Drug Approval Package)
- ☐ Research ethics application
- ☐ Grant database summary (e.g. NIH ~~REPORTER~~ or Research Councils UK Gateway to Research)
- ☐ Personal communication with trialist
- ☐ Personal communication with the sponsor

Domain 1: Risk of bias arising from the randomization process

Signalling questions	Comments	Response options
1.1 Was the allocation sequence random?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned to interventions?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization process?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias arising from the randomization process?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (*effect of assignment to intervention*)

Signalling questions	Comments	Response options
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
2.3. If <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>NI</u> to 2.1 or 2.2: Were there deviations from the intended intervention that arose because of the experimental context?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
2.4. If <u>Y</u> / <u>PY</u> to 2.3: Were these deviations from intended intervention balanced between groups?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
2.5 If <u>N</u> / <u>PN</u> / <u>NI</u> to 2.4: Were these deviations likely to have affected the outcome?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
2.6 Was an appropriate analysis used to estimate the effect of assignment to intervention?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
2.7 If <u>N</u> / <u>PN</u> / <u>NI</u> to 2.6: Was there potential for a substantial impact (on the result) of the failure to analyse participants in the group to which they were randomized?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Domain 2: Risk of bias due to deviations from the intended interventions (*effect of adhering to intervention*)

Signalling questions	Comments	Response options
2.1. Were participants aware of their assigned intervention during the trial?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
2.2. Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assigned intervention during the trial?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
2.3. If Y/PY/NI to 2.1 or 2.2: Were important co-interventions balanced across intervention groups?		NA / <u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N / NI
2.4. Were there failures in implementing the intervention that could have affected the outcome?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
2.5. Was there non-adherence to the assigned intervention regimen that could have affected participants' outcomes?		<u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N / NI
2.6. If N/PN/NI to 2.3 or 2.5 or Y/PY/NI to 2.4: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of adhering to the intervention?		NA / <u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N / NI
Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from intended interventions?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Domain 3: Missing outcome data

Signalling questions	Comments	Response options
3.1 Were data for this outcome available for all, or nearly all, participants randomized?		<u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N / NI
3.2 If N/PN/NI to 3.1: Is there evidence that the result was not biased by missing outcome data?		NA / <u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N
3.3 If N/PN to 3.2: Could missingness in the outcome depend on its true value?		NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
3.4 If Y/PY/NI to 3.3: Is it likely that missingness in the outcome depended on its true value?		NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to missing outcome data?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Domain 4: Risk of bias in measurement of the outcome

Signalling questions	Comments	Response options
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
4.2 Could measurement or ascertainment of the outcome have differed between intervention groups?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
4.3 If N/PN/NI to 4.1 and 4.2: Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
4.4 If Y/PY/NI to 4.3: Could assessment of the outcome have been influenced by knowledge of intervention received?		NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
4.5 If Y/PY/NI to 4.4: Is it likely that assessment of the outcome was influenced by knowledge of intervention received?		NA / Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias in measurement of the outcome?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Domain 5: Risk of bias in selection of the reported result

Signalling questions	Comments	Response options
5.1 Were the data that produced this result analysed in accordance with a pre-specified analysis plan that was finalized before unblinded outcome data were available for analysis?		<u>Y</u> / PY / <u>PN</u> / N / NI
Is the numerical result being assessed likely to have been selected, <u>on the basis of the results</u> , from...		
5.2 ... multiple outcome measurements (e.g. scales, definitions, time points) within the outcome domain?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
5.3 ... multiple analyses of the data?		Y / PY / <u>PN</u> / N / NI
Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Overall risk of bias

Risk-of-bias judgement		Low / High / Some concerns
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?		NA / Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

ROBINS-I: Anvendes til non-randomiserede studier

Risk of bias assessment

Responses underlined in green are potential markers for low risk of bias, and responses in **red** are potential markers for a risk of bias. Where questions relate only to sign posts to other questions, no formatting is used.

Signalling questions	Description	Response options
Bias due to confounding		
1.1 Is there potential for confounding of the effect of intervention in this study? If <u>N/PN</u> to 1.1: the study can be considered to be at low risk of bias due to confounding and no further signalling questions need be considered If <u>Y/PY</u> to 1.1: determine whether there is a need to assess time-varying confounding:		Y / PY / <u>PN / N</u>
1.2. Was the analysis based on splitting participants' follow up time according to intervention received? If <u>N/PN</u>, answer questions relating to baseline confounding (1.4 to 1.6) If <u>Y/PY</u>, go to question 1.3.		NA / Y / PY / PN / N / NI
1.3. Were intervention discontinuations or switches likely to be related to factors that are prognostic for the outcome? If <u>N/PN</u>, answer questions relating to baseline confounding (1.4 to 1.6) If <u>Y/PY</u>, answer questions relating to both baseline and time-varying confounding (1.7 and 1.8)		NA / Y / PY / PN / N / NI

Questions relating to baseline confounding only		
1.4. Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
1.5. If <u>Y/PY</u> to 1.4: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
1.6. Did the authors control for any post-intervention variables that could have been affected by the intervention?		NA / Y / PY / <u>PN / N</u> / NI
Questions relating to baseline and time-varying confounding		
1.7. Did the authors use an appropriate analysis method that controlled for all the important confounding domains and for time-varying confounding?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
1.8. If <u>Y/PY</u> to 1.7: Were confounding domains that were controlled for measured validly and reliably by the variables available in this study?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to confounding?		Favours experimental / Favours comparator / Unpredictable

Bias in selection of participants into the study		
2.1. Was selection of participants into the study (or into the analysis) based on participant characteristics observed after the start of intervention? If <u>N/PN</u> to 2.1: go to 2.4		Y / PY / <u>PN / N</u> / NI
2.2. If <u>Y/PY</u> to 2.1: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be associated with intervention?		NA / Y / PY / <u>PN / N</u> / NI
2.3 If <u>Y/PY</u> to 2.2: Were the post-intervention variables that influenced selection likely to be influenced by the outcome or a cause of the outcome?		NA / Y / PY / <u>PN / N</u> / NI
2.4. Do start of follow-up and start of intervention coincide for most participants?		<u>Y / PY</u> / PN / N / NI
2.5. If <u>Y/PY</u> to 2.2 and 2.3, or <u>N/PN</u> to 2.4: Were adjustment techniques used that are likely to correct for the presence of selection biases?		NA / <u>Y / PY</u> / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of participants into the study?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias in classification of interventions		
3.1 Were intervention groups clearly defined?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
3.2 Was the information used to define intervention groups recorded at the start of the intervention?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
3.3 Could classification of intervention status have been affected by knowledge of the outcome or risk of the outcome?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to classification of interventions?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias due to deviations from intended interventions		
If your aim for this study is to assess the effect of assignment to intervention, answer questions 4.1 and 4.2		
4.1. Were there deviations from the intended intervention beyond what would be expected in usual practice?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
4.2. If Y/PY to 4.1: Were these deviations from intended intervention unbalanced between groups and likely to have affected the outcome?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
If your aim for this study is to assess the effect of starting and adhering to intervention, answer questions 4.3 to 4.6		
4.3. Were important co-interventions balanced across intervention groups?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
4.4. Was the intervention implemented successfully for most participants?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
4.5. Did study participants adhere to the assigned intervention regimen?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
4.6. If N/PN to 4.3, 4.4 or 4.5: Was an appropriate analysis used to estimate the effect of starting and adhering to the intervention?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to deviations from the intended interventions?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias due to missing data		
5.1 Were outcome data available for all, or nearly all, participants?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
5.2 Were participants excluded due to missing data on intervention status?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
5.3 Were participants excluded due to missing data on other variables needed for the analysis?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
5.4 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Are the proportion of participants and reasons for missing data similar across interventions?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
5.5 If PN/N to 5.1, or Y/PY to 5.2 or 5.3: Is there evidence that results were robust to the presence of missing data?		NA / <u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to missing data?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias in measurement of outcomes		
6.1 Could the outcome measure have been influenced by knowledge of the intervention received?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
6.2 Were outcome assessors aware of the intervention received by study participants?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
6.3 Were the methods of outcome assessment comparable across intervention groups?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
6.4 Were any systematic errors in measurement of the outcome related to intervention received?		<u>Y</u> / <u>PY</u> / <u>PN</u> / <u>N</u> / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to measurement of outcomes?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Bias in selection of the reported result		
Is the reported effect estimate likely to be selected, on the basis of the results, from...		Y / PY / PN / N / NI
7.1. ... multiple outcome <i>measurements</i> within the outcome domain?		Y / PY / PN / N / NI
7.2 ... multiple <i>analyses</i> of the intervention-outcome relationship?		Y / PY / PN / N / NI
7.3 ... different <i>subgroups</i> ?		Y / PY / PN / N / NI
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the predicted direction of bias due to selection of the reported result?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Overall bias		
Risk of bias judgement		Low / Moderate / Serious / Critical / NI
Optional: What is the overall predicted direction of bias for this outcome?		Favours experimental / Favours comparator / Towards null / Away from null / Unpredictable

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

☐ Yes

☐ No

Consider:

- what the goal of the research was
- why it is important
- its relevance

2. Is a qualitative methodology appropriate?

☐ Yes

☐ No

Consider:

- if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants

Is it worth continuing?

Detailed questions

Appropriate research design

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which methods to use?)

Sampling

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher has explained how the participants were selected
- if they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- if there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

.....
Data collection

5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?

Write comments here

Consider:

- if the setting for data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, did they use a topic guide?)
- if methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- if the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- if the researcher has discussed saturation of data

.....
Reflexivity (research partnership relations/recognition of researcher bias)

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Write comments here

Consider whether it is clear:

- if the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during:
 - formulation of research questions
 - data collection, including sample recruitment and choice of location
- how the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

.....
Ethical Issues

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Write comments here

Consider:

- if there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- if the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- if approval has been sought from the ethics committee

Data Analysis

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Write comments here

Consider:

- if there is an in-depth description of the analysis process
- if thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- if sufficient data are presented to support the findings
- to what extent contradictory data are taken into account
- whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Findings

9. Is there a clear statement of findings?

Write comments here

Consider:

- if the findings are explicit
- if there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- if the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst.)
- if the findings are discussed in relation to the original research questions

Value of the research

10. How valuable is the research?

Write comments here

Consider:

- if the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature?)
- if they identify new areas where research is necessary
- if the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Bilag 4: Dataekstraktionsformat

Publication details

Title of article		
Author(s)		Year
Title of journal		
Volume	Issue	Pages
Fremsøgt på outcome		

Study characteristics

Study design	
Study aims	
Country in which study was done	
Setting (rural, urban), context and key characteristics (organisation)	
Characteristics of participants	Number of participants
Inclusion criteria	
How recruited	
Details of any theory/conceptual models used	
Ethical approval	
Methods of data collection and who collected by	
Any research tools used	
Analysis used	

Intervention characteristics

Aim of intervention (How and why was intervention developed?)
Who provided the intervention?

(nurses, midwives, volunteers)
Description of intervention (How was the intervention delivered?)
Total no. randomised
Missing participants, and reasons
Moved between groups, and reasons
Gestationel periode for intervention (start til slut):

Results

Outcome measures used
Untended consequences
Details of outcomes/findings
Strengths/limitations of the study (including diversity of sample)

Authors' conclusions

References to other relevant studies

Reviewer's notes or comments
