

Til
Sundhedsstyrelsen

Dokumenttype
Tværgående afrapportering

Dato
Maj 2015

BØRNS TRIVSEL I FAMILIER MED OVERVÆGT ELLER ANDRE SUNDHEDSRISICI TVÆRGÅENDE EVALUERING



BØRNS TRIVSEL I FAMILIER MED OVERVÆGT ELLER ANDRE SUNDHEDSRISICI TVÆRGÅENDE EVALUERING

INDHOLD

1.	Indledning	1
1.1	Baggrunden for de to modelprojekter	2
1.1.1	En god start – sammen (EGS-S)	2
1.1.2	ICDP Sund	3
1.2	De 14 modelprojekter	3
1.3	Karakteristika ved evalueringsdesignet	4
1.4	Læsevejledning	4
2.	Konklusioner og anbefalinger	6
2.1	Indsatsens resultater for forældre og børn	6
2.2	Fagpersonernes tilegnelse af kvalifikationer	6
2.3	Indsatsens metodeintegritet og -fidelitet	7
2.4	Organisering af indsatserne	7
2.5	Forankring af indsatserne	7
2.6	Anbefalinger	7
3.	Evalueringsdesign	10
3.1	Instrumenter til måling	11
3.1.1	Dataindsamling i EGS-S	11
3.1.2	Dataindsamling i ICDP Sund	12
3.2	Statistiske analyser af de kvantitative data	13
3.3	Fordele og ulemper ved det valgte evalueringsdesign	14
4.	Projekternes organisering	16
4.1	Organisering af indsatserne	16
4.1.1	Særligt for ICDP Sund-projekterne	19
4.2	Opsporing og rekruttering	20
4.2.1	Opsporing af målgruppen for ICDP Sund-projekterne	20
4.2.2	Opsporing af målgruppen for EGS-S-projekterne	22
4.3	Rekruttering til projektet	23
4.3.1	Særligt for ICDP Sund-projekterne	26
4.3.2	Særligt for EGS-S-projekterne	26
4.4	Målgruppernes sammensætning	27
4.5	Frafaldsanalyse	31
4.6	Delkonklusion	33
5.	Implementering af indsatserne	35
5.1	Instruktørernes uddannelse og rolle i projektet	35
5.2	Kvaliteten af uddannelsesforløbene	36
5.3	Løbende opfølgning på instruktørernes gennemførelse	38
5.4	Tværfagligt samarbejde	40
5.5	Metodefidelitet	41
5.6	Delkonklusion	43
6.	Effekter af En god start – sammen	45
6.1	Effekter hos forældrene og børn	45

6.2	Sundhedseffekt	48
6.3	Initiativer for at fastholde deltagelse	50
6.4	Identificerede strukturelle og processuelle barrierer	50
6.5	Delkonklusioner	51
7.	Effekter af ICDP Sund	52
7.1	Effekter hos forældrene og børn	52
7.2	Sundhedseffekt	54
7.3	Initiativer for at fastholde deltagelse	56
7.4	Identificerede strukturelle og processuelle barrierer	56
7.5	Delkonklusioner	56
8.	Forankring af indsatserne	58
8.1	Fokus på forankring undervejs	58
8.2	Videreførelse af indsatsen	58

1. INDLEDNING

Gennem talrige undersøgelser er det dokumenteret, at faktorer i den tidlige udvikling kan være determinerende for børns sundhed og senere sundhedsadfærd. Sundhedsstyrelsens rapport om 'Ulighed i sundhed' understreger betydningen af en tidlig forebyggende indsats¹.

Som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2010-2013 blev der afsat midler til at styrke og kvalitetsudvikle den tidlige tværfaglige indsats i forhold til børns trivsel i udsatte familier med særligt fokus på samarbejdet med forældre. Indsatsen skulle rette sig mod at forebygge u hensigtsmæssig sundhedsadfærd hos forældre til spæd- og småbørn samt reducere forekomsten af sundhedsrisici, der kan have konsekvenser for små børns sundhed og trivsel, herunder forebygge u hensigtsmæssig vægtudvikling hos børn. Til udmøntningen af *Børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici* blev der afsat i alt 46 mio. kr. over den fireårige periode – til en tværfaglig sundhedsfremmeindsats over for børn i sårbare familier.

Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) har for Sundhedsstyrelsen (herefter SST) gennemført en tværgående afrapportering af de kommunale slutevalueringer fra modelprojekterne i satspuljen *Børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici*.

Denne evalueringsrapport omfatter to modelprojekter:

- Model A: En god start – sammen (herefter EGS-S), der blev gennemført i 10 kommuner.
- Model B: ICDP Sund (International Child Development Programme suppleret med sundhedsfaglige emner, herefter ICDP Sund), der blev gennemført i fire kommuner.

De to modelprojekter har arbejdet med to forskellige målgrupper. Model A, som er et forældreuddannelses-program er udviklet til alle familier, der venter barn, og ikke alene udsatte familier, idet sårbarhed og udsathed kan forekomme hos alle familier, når der sker familieførgelse. Modelprojekt B er udviklet til og målrettet familier med børn i alderen 2-5 år med sundhedsmæssige problemer eller udfordringer.

Der er for begge modelprojekter anlagt et meget bredt sundhedsbegreb, således at der også arbejdes med trivsel og sund udvikling for hele familien og ikke alene med livsstilsfaktorer som tobak, alkohol, fysisk aktivitet osv. som udgangspunkt for indsatsen.

Modellerne er væsensforskellige og kan ikke sammenlignes i deres form, indhold og udstrækning, men de hviler på samme teoretiske grundlag om bl.a. tilknytnings- og netværksteorier. Desuden er der i ICDP Sund arbejdet eksplicit med samspillet mellem forældrene og deres barn.

Evalueringsdesignet er udviklet på baggrund af møder og samarbejde med de parter, der har forestået udviklingen af modellerne for Sundhedsstyrelsen.

En god start – sammen

- Forældreuddannelsesprogram med udgangspunkt i tilknytnings- og netværksteori samt støtte til udvikling af sunde vaner for hele familien
- Primær målgruppe er alle kommende forældre i hele eller dele af kommunen
- Forløbet varer ca. 3 år
- Gennemført i 10 modelkommuner

ICDP Sund

- Kompetenceudviklingsprogram for pædagoger og sundhedsplejersker
- Primær målgruppe er udsatte familier med særlige sundhedsrisici, der primært visiteres gennem daginstitutioner
- Forløbet varer ca. ½ år
- Gennemført i 4 modelkommuner

¹ Sundhedsstyrelsen (2011). Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser.

1.1 Baggrunden for de to modelprojekter

Det overordnede formål med puljen var at afprøve metoder, som i særlig grad inddrager og anerkender forældrene og deres betydning for barnets sundhed. Det skulle ske gennem en tidlig indsats med fokus på det tværfaglige samarbejde. Der er i begge modelprojekter fokus at styrke forældrenes kompetencer til at drage omsorg for barnets sundhed og trivsel og dermed reducere de risici, som kan påvirke eller true barnets sunde udvikling. Der er for begge modelprojekter anlagt et meget bredt sundhedsbegreb, og der er arbejdet med at forebygge overvægt ved at støtte forældrene i at udvikle og fastholde sunde vaner i hele familien.

1.1.1 EGS-S

EGS-S har til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgsevne og handlekompetencer med henblik på at etablere tryk tilknytning mellem barn og forældre samt udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien. Det sker dels gennem forældreuddannelse, der tilbydes alle kommende forældre i hele eller et afgrænset område af kommunen, dels gennem særlige tilbud til udsatte familier med særlige sundhedsrisici. EGS -S er udviklet af Sundhedsplejerske og ph.d. Else Guldager og sundhedsplejerske og cand. scient.soc. Vibeke Samberg, begge fra sundhedsplejersken.dk og psykolog John Andersen, Udviklingsforum A/S.

Den grundlæggende del i EGS-S er bygget op om forældreuddannelsen, som påbegyndes sidst i graviditeten, og som fortsætter, indtil barnet er ca. 2½ år. Der er udviklet et fast koncept, som skal følges. Undervisning af instruktører forud for påbegyndelse af forældreuddannelse er en forudsætning for at forestå forældreuddannelsen. Instruktøruddannelsen blev varetaget af konceptudviklerne, sidemandsoplæring var ikke tilladt.

I boksen herunder ses indholdet af de forskellige mødegange. Hver mødegang varer ca. tre timer.

Boks 1-1: Undervisningsstruktur i En god start – sammen

Mødegange i En god start – sammen

Før fødslen – tre mødegange

1. Forældre på vej. 6-8 uger før fødslen
2. Spædbarnets oplevelser af verden. 4-6 uger før fødslen
3. Fødslen og den første tid efter. 2- 4 uger før fødslen

Efter fødslen, første leveår – otte mødegange

4. Fødslen og den første tid efter. 4-6 uger efter fødslen
5. Et spædbarn i familien. 10-12 uger efter fødslen
6. At være sammen og hver for sig. 16-18 uger efter fødslen
7. Spædbarnet på vej. Ca. 7 mdr. efter fødslen
8. Familiens sunde vaner. Ca. 10 mdr. efter fødslen
9. Det første år. Barnet er ca. 1 år
10. På vej ud i livet på egne ben. Barnet er ca. 1½ år
11. Det selvstændighedssøgende barn. Barnet er ca. 2½ år

Forældreuddannelsen afsluttes med et individuelt hjemmebesøg ved sundhedsplejerske med fokus på sunde vaner og livsstil, når barnet er ca. 3 år gammelt. Forældreuddannelsen er et supplement til den ordinære sundhedspleje og ikke en erstatning for hjemmebesøget.

Udsatte familier med særlige sundhedsrisici, der deltager i projektet, tilbydes desuden ekstra hjemmebesøg ved 'egen' sundhedsplejerske i perioden fra barnet er 1 til 3 år. Hjemmebesøgene skal begrundes ud fra foruddefinerede kriterier. Sundhedsplejersken skal, hvor det er relevant og nødvendigt, samarbejde med andre fagpersoner om indsatsen. Derudover tilbydes tværfaglige gruppe- og værkstedsaktiviteter for mødre, fædre og/eller forældregrupper med det formål at

udvikle forældrenes handlekompetencer i forhold til barnets sundhed, udvikling og trivsel. Desuden er formålet at støtte netværksdannelse og forebygge social eksklusion i lokalområdet. Der anvendes på tværs af kommunerne et fælles koncept for værkstedsaktiviteterne omhandlende mad, leg og bevægelse. Dette koncept "Let Vejen" blev udviklet af Fødevarestyrelsen, idet der af satspuljeaftalen fremgik, at Fødevarestyrelsen skulle indgå i projektet.

1.1.2 ICDP Sund

Det norske program ICDP, International Child Development Programme, er et kompetenceudviklende træningsprogram målrettet omsorgspersoner omkring små børn. Udgangspunktet er, at trivsel er en forudsætning for sundhed, udvikling og læring. Programmet har fokus på observation og ændring af samspil mellem forældre og børn og mellem børn i dagtilbud. Der observeres signaler på mistrivsel, og der arbejdes ud fra at anerkende forældrene gennem empati og ved at skabe rummelighed for forskelligheder. Metoden tager afsæt i 8 samspilstemaer ud fra hvilke, der samarbejdes med forældrene. ICDP Sund er en videreudvikling af det oprindelige program. Udviklingen er forestået af University College Nordjylland, som er certificeret til at uddanne ICDP Sund-vejledere i Danmark.

ICDP Sund har til formål at gøre en særlig indsats over for udsatte børn med særlige sundhedsrisici i dagtilbud og er derfor rettet mod disse familier. Der tages afsæt i kompetenceudvikling af de professionelle omsorgspersoner omkring barnet med det primære formål i fællesskab at kunne styrke forældrenes handlekompetencer i forhold til barnets sundhed og trivsel. Sekundært har ICDP Sund til formål at styrke samarbejdet mellem dagtilbud, den kommunale sundhedstjeneste og sagsbehandlerne i forvaltningen.

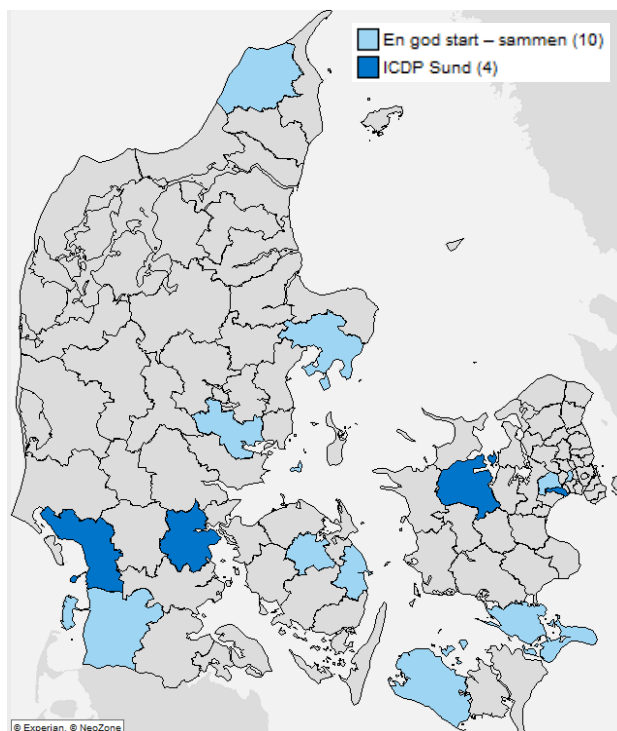
Et forløb i ICDP Sund er opbygget af flere elementer og består samlet af både individuelle ICDP Sund-forløb i dagtilbud, hjemmebesøg ved sundhedsplejersker vedrørende specifikke sundhedsfaglige problemstillinger og tværfaglige værkstedsaktiviteter omhandlende mad, leg og bevægelse. Værkstedsaktiviteterne i ICDP Sund er opbygget på samme måde som i EGS-S og med tilbud om "Let Vejen" aktiviteter til familierne.

Kommunerne skulle desuden arbejde med at udvikle sundhedsråd i institutionerne. Dette element indgår ikke i den tværgående evaluering.

1.2 De 14 modelprojekter

Alle 14 modelprojekter var forankret på kommuneniveau. Figuren herunder illustrerer den geografiske fordeling af projekterne. De kommuner, som har gennemført EGS-S-projektet, er markeret med lyseblå farve, og de kommuner, som har gennemført ICDP Sund-projektet, er markeret med mørkeblå farve.

Landkortet illustrerer, hvor i landet de 14 modelprojekter er placeret. Som det ses, er der ingen kommuner, som gennemfører begge modelprojekter. Region Syddanmark er den landsdel, hvor flest kommuner har projekter, idet der er tre EGS-S-projekter og to ICDP Sund-projekter i regionen, men derudover fordeler de 14 projektkommuner sig nogenlunde ligeligt på tværs af landet. Der har ikke været krav om geografisk spredning af projekterne fra SST.



Udvælgelsen af de 14 kommuner er foretaget af SST. Indsatserne har under modelprojekterne i store træk været givet på forhånd, og derfor skulle de ansøgende kommuner ikke skrive en decideret projektbeskrivelse. Derimod skulle kommunerne præcisere, hvordan man tænkte sig at udfolde modellen lokalt, ligesom de lokalt udviklede projektelementer skulle beskrives og begrundes. Der var især været fokus på kommunernes beskrivelse af den lokale organisering, antallet af fagpersonale, der skulle uddannes i de to metoder samt i hvilket omfang, det ville være muligt at forankre projektet efter projektperioden.

De 10 modelkommuner, der gennemførte EGS-S-projektet, var

Glostrup, Hjørring, Horsens, Høje-Taastrup, Lolland, Nyborg, Odense, Syddjurs, Tønder og Vordingborg.

De fire modelkommuner, der gennemførte ICDP Sund-projekterne, var

Esbjerg, Holbæk, Ishøj og Kolding.

1.3 Karakteristika ved evalueringsdesignet

De fem overordnede evalueringsspørgsmål for den samlede tværgående evaluering af indsatserne *En god start – sammen* og *ICDP Sund* ses herunder.

Boks 1-2: Evalueringsspørgsmål

Samlede evalueringsspørgsmål til EGS-S og ICDP Sund

1. Hvilke resultater indsatsen har haft for forældre og børn.
2. I hvilket omfang fagpersoner tilegner sig de fornødne kvalifikationer.
3. Hvorvidt modellerne implementeres med metodeintegritet (og dermed som tiltænkt).
4. Hvordan kommunerne har organiseret indsatsen.
5. I hvilket omfang indsatserne overgår til drift efter projektets ophør.

De ovenstående evalueringsspørgsmål skal samlet sikre, at vi får tilstrækkelig viden om både indsatsernes effekter, og hvordan indsatserne er blevet implementeret i de enkelte modelkommuner, som dermed sikrer både en effekt- og en implementeringsevaluering. Evalueringsdesignet vil blive præsenteret yderligere i kapitel 3.

1.4 Læsevejledning

Efter en sammenfatning af analysens konklusioner og videre anbefalinger i **kapitel 2** indledes rapporten i **kapitel 3** med et kort metodeafsnit.

I **kapitel 4** analyseres modelprojekternes organisering. Her ses der både på, hvorledes indsatserne er blevet organiseret i projektkommunerne, hvordan målgruppesammensætningen har været i de deltagende modelprojekter, og hvordan visitationen til modelprojekterne er blevet grebet an.

I **kapitel 5** sammenfattes, hvorledes indsatserne er blevet implementeret i kommunerne, herunder instruktøernes uddannelse og deres rolle i projektet. Derudover vil der være en gennemgang af metodeintegriteten i projektperioden.

I **kapitel 6 og 7** analyseres indsatsernes effekter for både forældre og børn for EGS-S (kapitel 6) og ICDP Sund (kapitel 7). Herunder ses der ligeledes på, hvilke sundhedseffekter, der er opnået for indsatsgruppen under projektperioden. I disse kapitler beskrives ligeledes, hvilke initiativer kommunerne har igangsat for at fastholde deltagerne undervejs i projektperioden, og der sker en identificering af strukturelle og processuelle barrierer.

I **kapitel 8** sammenfattes forankringen af indsatserne efter endt projektperiode blandt de 14 kommuner.

2. KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

Gennem de seneste fire år har de 10 EGS-S-projekter og de fire ICDP Sund-projekter gennemført forældreuddannelses- og kompetenceudviklingsforløb for hhv. familier, der står over for familieførogelse, og udsatte familier med børn i 2-5-årsalderen. I dette kapitel beskrives de overordnede konklusioner af og anbefalinger til indsatserne.

Med udgangspunkt i de erfaringer, som de 14 modelprojekter har gjort sig i forbindelse med projektorganisering og -implementering af de to programmer samt de opnåede effekter, angives nedenfor en række anbefalinger.

2.1 Indsatsens resultater for forældre og børn

Overordnet viser begge indsats positive resultater både for forældre og børn. På tværs af de to indsats ses, at forældrekompetencen er blevet styrket i projektperioden. Analysen af effekten af de to indsats viser en statistisk signifikant forbedring af barnets problemskabende adfærd.

I EGS-S viser evalueringen, at børnene havde en positiv tilknytning til deres forældre målt ved 9. mødegang, og at denne positive trygge tilknytning er styrket gennem resten af projektperioden frem til målingen ved 11. og afsluttende mødegang. I EGS-S er der ligeledes målt på forældrenes sociale relationer gennem projektperioden, og her opleves en positiv effekt, som dog ikke er statistisk signifikant. For EGS-S er det gældende, at børnenes problemskabende adfærd ved projektafslutningen af forældrene er vurderet en anelse højere end de danske normtal, hvilket betyder, at forældrene mener, at børnenes adfærd er mere problemskabende sammenlignet med de danske normtal for tilsvarende aldersgruppe.

I ICDP Sund-indsatsen er der sket en positiv udvikling i børnenes adfærd i projektperioden, hvilket indikerer, at børnenes trivsel er øget gennem kommunernes indsats. Det skal bemærkes, at den samlede score både ved projektets begyndelse og afslutning er højere end normtallet trods den positive udvikling gennem projektperioden. Dette kan indikere, at adfærden for børnene, som indgår i projektet, er en anelse mere problematisk end gennemsnittet, hvilket også er forventeligt, når målgruppen for ICDP Sund-forløbene er udsatte familier med særlige sundhedsrisici.

Ud over, at indsatsen havde til formål at etablere en tryk tilknytning mellem forældre og barn, er formålet ligeledes at udvikle og fastholde sunde vaner. Evalueringen viser, at deltagerne gennemsnitlige kendskab til kostrådene er steget for begge indsats.

For EGS-S gælder, at kendskabet til genstandsgrænserne for alkohol er steget, ligesom genstandsgrænsernes betydning for deltagerne også er steget. Lidt flere er stillesiddende ved slutmålingen, hvilket er forventeligt, da forældre med et lille barn har mindre tid til rådighed. For rygning gælder, at andelen af rygere, som er ca. 11 procent, er uændret gennem indsatsperioden.

For ICDP Sund gælder, at deltagerne kendskab til kostrådene er steget betragteligt i projektets forløb, og flere af deltagerne dyrker motion i deres fritid ved slutmålingen. Kendskabet til genstandsgrænserne er øget, men betydningen af disse har ikke ændret sig for de deltagende forældre. Endelig er der færre, der ryger ved indsatsens afslutning.

2.2 Fagpersonernes tilegnelse af kvalifikationer

Rammerne for den løbende opfølgning på ICDP-vejledernes og EGS-S-instruktørernes gennemførelse af indsatserne og sikring af, at de havde tilegnet sig de fornødne kvalifikationer, varierer meget på tværs af kommunerne. Generelt har kommunerne gjort brug af flere aktiviteter – ofte i kombination – med henblik på at sikre de fornødne kvalifikationer hos instruktørerne.

Evalueringen viser, at de fleste modelprojekter har fokus på større tværfaglighed og helhedsorientering i deres tilbud, og erfaringerne viser, at dette lykkes bedst i kommuner, hvor de forskellige faggrupper i fællesskab udvikler og gennemfører undervisningsforløbene. Endelig viser evalueringen, at organiserede tværfaglige erfarings-/supervisionsgrupper kan være med til at bidrage til en fælles refleksion over indsats, metoder og resultater, som understøtter et fælles fokus på tværs af faggrupperinger. Dette fokus vurderes ligeledes at højne modelprojekternes metodeintegritet.

2.3 Indsatsens metodeintegritet og -fidelitet

Et projekts metodeintegritet – udtrykt med en fidelitetsscore – siger noget om, i hvor høj grad det i praksis er lykkedes at efterleve det fastlagte koncept/program for indsatsen. For at vurdere dette har instruktørerne undervejs i projektperioden skullet udfylde logbøger efter hver mødegang. Bedømt ud fra projekternes slutevalueringer vurderes metodeintegriteten ud fra de fleste parametre at være høj på tværs af projekterne. Det afsatte tidsforbrug til de enkelte elementer i metoderne har voldt de største udfordringer for modelprojekterne, men det vurderes ikke at have haft væsentlig betydning for indholdet i metoden og beskrives i højere grad som nødvendige tilpasninger som følge af det enkelte holds sammensætning, forforståelse og konkrete ønsker.

2.4 Organisering af indsætserne

Overordnet er modelprojekterne organisatorisk blevet forankret i den kommunale sundhedstjeneste, og sammensætningen af henholdsvis styre- og arbejdsgrupper er foretaget ud fra særligt hensyn til det tværfaglige og tværsektorielle. Generelt er billedet, at organiseringen har været med til at konsolidere projektet bredt i kommunen og sikret tværsektoriel og tværfaglig inddragelse af samarbejdspartnerne i projektet. Flere kommuner vurderer, at organiseringen har været effektiv, og det har sikret bred tværsektoriel og tværfaglig inddragelse af samarbejdspartnere i projektet. Andre kommuner har på grund af projektets fireårige periode derimod været udfordret af omstruktureringer i kommunen og anden ledelsesrokering med dertilhørende udskiftninger i styregruppe, projektgruppe og projektledelse. Det har givet uro internt om opgaver og medført ekstra arbejdsopgaver ift. at gøre sig bekendt med projektet og organiseringen, hvilket har været hæmmende for modelprojekterne.

2.5 Forankring af indsætserne

Fra projektperiodens start har der været fokus på, at kommunerne skulle igangsætte en proces tidligt for at vurdere, hvorvidt de ønskede at forankre indsatsen efter endt projektperiode. Kommunerne har derfor på forskellig vis og i forskellige fora, bl.a. på netværksseminarer og kommunerunder forestået af Sundhedsstyrelsen, drøftet udviklingen i projektet og de forventede effekter og ønsker om og muligheder for efterfølgende forankring.

Blandt EGS-S-modelprojekterne er der seks ud af 10 kommuner, som forankrer indsatsen i en tilpasset form. Tilpasningen består i flere kommuner af, at der er færre holdopstart pr. år, tilpasninger i antal møde gange, instruktørskaren og andre justeringer. Tilpasningerne er sket således, at forankringen af indsatsen passer i den kommunale kontekst og med de økonomiske rammer, som er til rådighed.

For ICDP Sund-modelprojekterne forankres ICDP Sund-tilgangen i tre ud af fire kommuner. I den sidste ICDP Sund-kommune forankres indsatsen ikke, da der er andre tilbud til målgruppen.

2.6 anbefalinger

Med udgangspunkt i de erfaringer, som de 14 modelprojekter har gjort sig i forbindelse med projektopstart og implementering af de to programmer, angives nedenfor en række anbefalinger, nævnt i vilkårlig rækkefølge. Anbefalingerne er udarbejdet med afsæt i konklusioner, der dækker hovedparten af de deltagende modelprojekter

Inddrag relevante faggrupper som samarbejdspartnere på flere niveauer. Sørg for at inddrage alle relevante faggrupper på såvel styregruppe- som praksisniveau for at sikre ejerskab af og engagement i modelprojekterne. Dette kan blandt andet gøres ved at påpege relevansen af at rammesætte modelprojektet i en større overordnet sundhedsfaglig dagsorden i kommunen. Det kan medvirke til, at både sundheds- og socialfaglige medarbejderes ejerskab og interesse i projektet opbygges og fastholdes.

Etablér en fast struktur for inddragelse og involvering af relevante faggrupper. Regelmæssige netværks- eller statusmøder giver de forskellige faggrupper mulighed for at oparbejde en relation og sikre løbende sparring, hvilket ses som en forudsætning for at styrke det tværfaglige samarbejde og de kollegiale bånd mellem faggrupperne. En fast mødestruktur er afgørende for at overkomme de potentielle udfordringer for samarbejdet i form af skiftende arbejdstider, forskellige frihedsgrader og fleksibilitet i det daglige arbejde samt evt. forskellige geografiske/fysiske lokaliteter.

Definér styregruppemedlemmernes rolle for at sikre ejerskab af og opbakning til arbejdet i projektgruppen. Styregruppemedlemmerne skal arbejde aktivt for at rydde forhindringerne af vejen for projektgruppen, indgå i diskussion ved justeringer af indsatsen/tilbuddet samt sikre opbakning til videreførelse af den helhedsorienterede indsats. En bred sammensætning og reel medinddragelse – på tværs af sektorer og arbejdsområder – har vist sig afgørende for succesfuld forankring.

Tænk tilrettelæggelse og afholdelse af undervisningsforløb bredere end sundhedsplejen. Tilrettelæg undervisningsforløbene tværfagligt, da forældrene drager stor fordel af at have flere kompetencer repræsenterede som en del af undervisningen.

Konkretiser planer for rekrutteringsprocessen og det forventede deltagerantal. Tydeliggør det forventede deltagerflow i projekter og understøt det med konkrete samarbejdsaftaler med 'frem-skudte fagprofessionelle'. Det er væsentligt at sikre, at der er tid i projektopstartsfasen til at få tænkt de forskellige arbejdsgange ordentligt igennem, inden selve forløbet med borgerne inddrages.

Overvej nøje hvordan det eksisterende undervisningsmateriale for fagprofessionelle kan suppleres med praksis-eksempler, og giv mulighed for vekselvirkning mellem uddannelse og afprøvning. Inddragelse af cases og eksempler på udmøntning af det teoretiske fundament for især EGS-S vil give praktikerne en guide til, hvordan undervisningen kan udføres. Derudover vil en tilrettelæggelse af undervisningen, der muliggør afprøvning af metoder og didaktisk tilgang i praksis mellem mødegangene, give deltagerne bedre mulighed for at tilegne sig de fornødne kvalifikationer fra undervisningen som de kan anvende i praksis.

Evaluering og løbende opfølgning på forløbets kvalitet og resultater er afgørende, men det er vigtigt at finde et realistisk setup. For at indsatsernes effekter kan belyses, er det væsentligt, at der er løbende fokus på evaluering både på generelt niveau og i de enkelte kommuner. Det anbefales derfor, at der løbende arbejdes med projekters evalueringskultur ligesom formålet med det indsamlede materiale skal ekspliciteres for alle parter for at sikre datadisciplin og -kvalitet. Derudover er det væsentligt at sikre, at den løbende dataindsamling understøttes af redskaber eller IT-udstyr, hvis det er muligt.

Priorité den løbende supervision for at sikre faglig kvalitet og fuld implementering af koncepterne. For at supplere og styrke metodefideliteten af det teoretiske fundament for indsatserne kan der anvendes løbende supervision. Supervisionsprocesser kan medvirke til at sikre den faglige kvalitet i indsatserne over tid, så der undgås et normalitetsskred i implementeringen af koncepter over tid.

Fokusér på den individuelt tilpassede rekruttering samtidigt med den brede informationsindsats. Ved både at anvende generelle informationskampagner om projektet og individuelle rekrutteringsstrategier giver det mulighed for, at familier kan få en forforståelse af projektets formål og muligheder. Det kan nedbryde barrierer og mindske stigmatisering i en uformel dialog mellem projektmedarbejdere og familier.

3. EVALUERINGSDESIGN

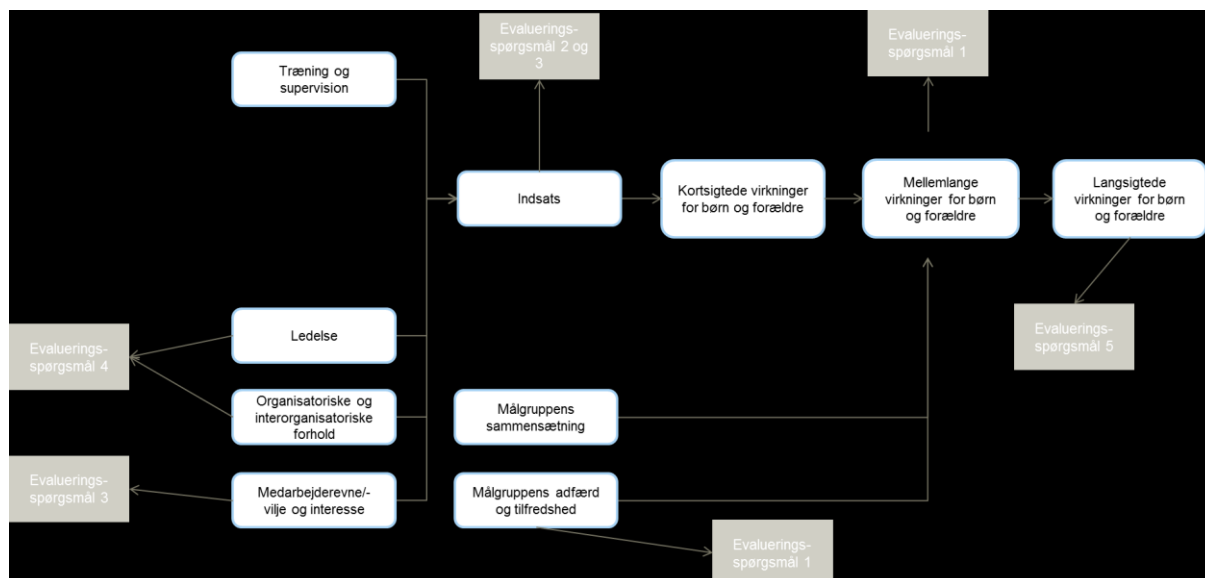
Rambøll har sammen med SST forud for projektstart tilrettelagt et overordnet evalueringsdesign, der kombinerer en effektevaluering og en implementeringsevaluering. Evalueringsdesignet blev udviklet i samarbejde med udviklerne af de to programmer.

Overordnet har der været følgende fem evalueringsspørgsmål:

1. Hvilke resultater indsatsen har haft for forældre og børn.
2. I hvilket omfang fagpersoner tilegner sig de fornødne kvalifikationer.
3. Hvorvidt modellerne implementeres med metodeintegritet (og dermed som tiltænkt).
4. Hvordan kommunerne har organiseret indsatsen.
5. I hvilket omfang indsatserne overgår til drift efter projektets ophør.

Herunder ses den overordnede forståelse af sammenhængen mellem indsats og evalueringsspørgsmål:

Figur 3-1: Overordnet forståelse af sammenhæng mellem indsats og evalueringsspørgsmål



Modellen er inspireret af de faktorer, som implementeringsforskningen fremhæver, har betydning for sundhedsfremmende foranstaltninger² samt teoribaseret evaluering, som sætter fokus på en indsatslogik vedrørende indsatsens mål og midler samt underliggende antagelser.³

For hver af de to indsats er der udarbejdet en evalueringmatrix, hvor evalueringdesign, -kriterier og -indikatorer, samt dataindsamlingsmetoder og analysestrategier alle er uddybet (vedlagt som bilag 1 og 2).

Datakilderne til evalueringen består både af kvantitative instrumenter til progressionsmåling og af kvalitative projektafrapporteringer. Progressionsmålingerne er blevet registreret på individniveau i en database undervejs i projektperioden.

Kommunerne har været forpligtede til at gennemføre en evaluering af deres egen indsats. Denne evaluering har samtidig bidraget til den tværgående evaluering, som Rambøll har gennemført, så der systematisk opsamles kvalitativ viden om hhv. ICDP Sund og EGS-S på tværs af de kommu-

² Se Sundhedsstyrelsen, 2010. Implementeringsforskning om forebyggelse. En baggrundsrapport

³ Coryn, C., Noakes, L., Westine, C., & Schröter, D. A Systematic Review of Theory-Driven Evaluation Practice From 1990 to 2009 *American Journal of Evaluation* 1098214010389321, first published on November 12, 2010 as doi:10.1177/1098214010389321

ner, hvor indsatsen er blevet implementeret. Rambøll har udarbejdet skabeloner, som kommunerne og deres evaluatore har indrapporteret deres egne data i:

- Midtvejs- og slutrapportskabelon
- Fil til database.

Kommunerne har selv skullet indsamle kvalitative data vha. dokumenter, interviews og evt. observation for at udarbejde midtvejs- og slutrapporten. Konstruktionen af spørgeguides, udvælgelse af emner mv. er en opgave, som har været forankret hos den lokale evaluator for at foranledige, at lokale behov kunne adresseres og blive belyst bedst muligt.

Ud over at der har været fokus på dokumentation og effektmåling (som præsenteres yderligere i det følgende afsnit) har der ligeledes været fokus på at sikre tværfaglig sparring og læring på tværs af de deltagende kommuner. Ved opstarten af projektet og undervejs i projektperioden har der været følgende øvrige aktiviteter:

- Kick-off seminar for de deltagende kommuner
- Årlige netværksseminarer mellem de deltagende kommuner
- Seks besøg til hver deltagende kommune af en proceskonsulent, hvor der har været fokus på fremdriften af det lokale projekt
- Afslutningskonference for de deltagende kommuner og andre interesserede.

3.1 Instrumenter til måling

Der var en dialog mellem udviklerne af de to programmer, Sundhedsstyrelsen og Rambøll, om valg af måleinstrumenter, hvor følgende hensyn spillede ind:

- 1) Præcision
- 2) Ressourcer
- 3) Samspillet med indsatsens intention.

Dette havde betydning for, hvilke måleinstrumenter, der blev valgt. Der blev udvalgt en kombination af validerede spørgsmål fra tidligere undersøgelser om sociale relationer og fysisk sundhed (fra SUSY-undersøgelserne), validerede skalaer (CBCL⁴) og skalaer, som ikke er validerede, men har hentet inspiration fra validerede skalaer (vedr. tilknytning og forældreopfattelse). Hverken EGS-S eller ICDP Sund havde fra start fidelitetsskalaer, hvorfor disse blev konstrueret i tæt samspil med udviklerne. Heri er såvel struktur- som procesvariable medtaget.⁵

3.1.1 Dataindsamling i EGS-S

Der blev foretaget i alt fire målinger på individniveau i et forløb af EGS-S:

- Baseline (ved inklusion af forældre, inden forløbet igangsattes eller senest ved 1. mødegang)
- Interim 1 (efter 6. mødegang)
- Interim 2 (efter 9. mødegang)
- Endline (efter 11. mødegang).

Ikke samtlige måleinstrumenter blev anvendt ved hver måling. I nedenstående tabel fremgår det hvilke skemaer, der var udfyldt ved de enkelte målinger.

⁴ Child Behavior Checklist

⁵ Carol T. Mowbray, C.T., Holter, M., Teague, G.B., & Bybee, D. (2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation, September 2003; vol. 24, 3: pp. 315-340.*

Tabel 3-1: Tidspunkt for målinger i EGS-S

Baseline (inden forløbet igangsattes)	Interim #1 (efter 6. mødegang)	Interim #2 (efter 9. mødegang)	Endline (efter 11. mødegang)
<ul style="list-style-type: none"> • Baggrund • Fysisk sundhed • Sociale relationer 	<ul style="list-style-type: none"> • Forældreopfattelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Forældreopfattelse • Sociale relationer • Tilknytning 	<ul style="list-style-type: none"> • CBCL • Forældreopfattelse • Sociale relationer • Tilknytning • Fysisk sundhed
Logbog: Udfyldtes undervejs i forløbet			

Som det ses af ovenstående tabel, blev der ikke gennemført en formåling af barnets problemadfærd (ved CBCL-skemaet), idet indsatsen blev igangsat forud for barnets fødsel.

Af nedenstående tabel ses, hvilke instrumenter der blev anvendt hvornår samt med hvilket formål.

Tabel 3-2: Instrumenter og indsamling af data i EGS-S

Skema	Indsamles af...	På tidspunktet...	For at...	Med henblik på at analysere...
Baggrund	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline (visitation eller 1. mødegang)	Kortlægge deltagerens socioøkonomiske status, demografi	I hvilket omfang deltagerne har karakteristika, der er identificeret som sundhedsrisici
Fysisk sundhed	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline, efter 11. mødegang	Kortlægge deltagerens sundhedsvaner før og efter indsatsen	Om forældrenes sundhedsvaner har ændret sig
Sociale relationer	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline, efter 9. og 11. mødegang	For at kortlægge udviklingen i deltagerens sociale netværk før, under og efter indsatsen	Om forældrenes sociale relationer er styrket i perioden
Forældreopfattelse	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Efter 6. 9. og 11. mødegang	For at kortlægge forældrenes kompetencer under og efter indsatsen	Om der er sket en udvikling i forældrenes kompetencer
Tilknytning	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Efter 9. og 11. mødegang	For at kortlægge barnets tilknytningsevne under og efter indsatsen	Om der er sket en udvikling i barnets tilknytning til forældrene
CBCL	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Efter 11. mødegang	For at kortlægge barnets trivsel efter indsatsen	Om børns trivsel er inden for normen
Selvrapporteret fidelitet	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Efter 1.-11. mødegang	For at kunne dokumentere omfang af troskab over for indsatsens kritiske komponenter	Om der er forskelle i effekt mellem høj og lav grad af fidelitet

3.1.2 Dataindsamling i ICDP Sund

Der blev gennemført i alt 2 målinger på individniveau i et ICDP Sund-forløb:

- Baseline (ved inklusion af forældre, inden forløbet igangsattes eller senest ved 1. mødegang)
- Endline (efter 6. mødegang)

Eftersom ICDP Sund er et kortere og mere intensivt forløb end EGS-S, blev her udelukkende etableret en før- og eftermåling (baseline/endline), og samtlige måleinstrumenter blev anvendt begge gange. I nedenstående tabel ses hvilke skemaer, der blev udfyldt ved de enkelte målinger.

Tabel 3-2: Tidspunkt for målinger i ICDP Sund

Baseline (inden forløbet igangsattes)	Endline (efter 6. mødegang)
<ul style="list-style-type: none"> • Baggrund • Fysisk sundhed • CBCL • Forældreopfattelse • Samspilstemaer 	<ul style="list-style-type: none"> • Fysisk sundhed • CBCL • Forældreopfattelse • Samspilstemaer
Logbog: Udfyldtes undervejs i forløbet	

I ICDP Sund-indsatsen blev der gennemført både en før- og eftermåling af barnets problemadfærd, da indsatsen forløb, mens barnet var i et dagtilbud.

Tabel 3-4: Instrumenter og indsamling af data i ICDP Sund

Skema	Indsamles af...	På tidspunktet ...	For at ...	Med henblik på at analysere...
Baggrund	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline (visitation eller 1. mødegang)	Kortlægge deltagernes socioøkonomiske status, demografi	I hvilket omfang deltagerne har karakteristika, der er identificeret som sundhedsrisici
Fysisk sundhed	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline, efter 6. mødegang.	Kortlægge deltagernes sundhedsvaner før og efter indsatsen	Om forældrenes sundhedsvaner har ændret sig
Samspilstemaer	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline og efter 6. mødegang	For at kortlægge udviklingen i deltagernes samspil med deres børn før og efter indsatsen	Om forældrenes samspil med deres børn er styrket i perioden
Forældreopfattelse	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline og efter 6. mødegang	For at kortlægge forældrenes kompetencer før og efter indsatsen	Om der er sket en udvikling i forældrenes kompetencer
CBCL	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Ved baseline og efter 6. mødegang	For at kortlægge barnets trivsel efter indsatsen	Om børns trivsel er inden for normen
Selvrapporteret fidelitet	Sundhedsplejerske som forestår undervisning	Efter 1.-6. mødegang	For at kunne dokumentere omfang af troskab over for indsatsens kritiske komponenter	Om der er forskelle i effekt mellem høj og lav grad af fidelitet

3.2 Statistiske analyser af de kvantitative data

Til at vurdere instrumenternes effekt var der beregnet 95 procents konfidensintervaller for den gennemsnitlige score for hvert instrument på henholdsvis før- og eftermålingen. Et konfidensinterval udtrykker usikkerheden for et estimat. Det var nødvendigt, fordi vores analyser baserede sig på indsatsgruppen (de forældre som havde gennemført forældreuddannelsesforløbene), som kun udgjorde en mindre del af den rekrutterede målgruppe ved baselinemålingen. Udviklingen i hvert instrument er beregnet som forskellen mellem den gennemsnitlige score i eftermålingen og den gennemsnitlige score i førmålingen.

Der blev foretaget en dobbeltsidet parvis t-test af alle udviklinger mellem før- og eftermålingerne. Formålet med t-testen var at vurdere, om den positive eller eventuelt negative udvikling, vi kunne observere i vores indsatsgruppe, var statistisk signifikant, eller om den måtte siges at være tilfældig. Som mål for dette benyttedes signifikanssandsynligheder, som udtrykker sand-

synligheden for, om den identificerede forskel skyldes tilfældigheder i vores indsatsgruppe. En lav sandsynlighed (p-værdi) udtrykker, at det er usandsynligt, at forskellen er tilfældig. I tabellerne rapporteres dette vha. stjerner (*). I nærværende undersøgelse anvendes signifikansniveauer på hhv. 0,05 (lav, *), 0,01 (moderat, **) og 0,001 (høj, ***), hvilket indebærer, at der kun er enten 5 pct., 1 pct. eller 0,1 pct. sandsynlighed for, at en observeret udvikling er tilfældig.

Den anvendte dobbeltsidede parvise t-test baserer sig på en antagelse om, at scoren på instrumenterne er normalfordelt. T-testen gælder ved at være robust over for afvigelser fra antagelsen for stikprøver med mere end 20-30 observationer, for stikprøver herunder er testen mindre robust. Der blev derfor også foretaget en Wilcoxon's test, der anvendes, når man kan antage at scoren er normalfordelt. Hvor de to tests har givet forskellige resultater, er dette nævnt i en note.

Endelig blev der for hver før- og eftermålingen beregnet en såkaldt effect size⁶ baseret på Cohens d. Effect size er en generisk måde at vurdere, hvorvidt en udvikling er stor eller lille. Effect size beregnes som udviklingen mellem før og efter divideret med standardafvigelsen på førtidspunktet. Effect sizen fortæller således, hvorvidt udviklingen i scoren er stor eller lille i forhold til den generelle spredning på scoren i målgruppen. På baggrund af effect size d benytter man følgende kriterier for at vurdere, om effekten er stor eller lille: *Effektstørrelser > 0,8 er at betragte som en stor effekt, effektstørrelser mellem 0,5 og 0,8 er at betragte som medium effekt, og effektstørrelser over 0,2 og under 0,5 er at betragte som en lille effekt.* Fordelen ved denne fremgangsmåde er, at man kan sammenligne effekten på forskellige instrumenter. Det skal fremhæves, at disse sammenligninger skal foretages med varsomhed, netop fordi effect size er en meget generel måde at vurdere effekt på, som ikke tager hensyn til særlige forhold ved det enkelte instrument.

3.3 Fordele og ulemper ved det valgte evalueringsdesign

Overordnet giver det samlede evalueringsdesign mulighed for at komme omkring indsatsernes implementering og effekter i de enkelte modelkommuner. Det, at evalueringsdesignet også har fokus på implementering og organisering, giver mulighed for at komme nærmere på selve metode- og programimplementeringen i kommunerne herunder hvilke forskelle og ligheder, der er blandt kommunerne. Effektevalueringens fokus på før- og eftermålinger på individniveau er med til at sikre, at effekterne af indsatserne kendes.

En grundlæggende præmis for evalueringsdesignet er, at indholdet af den afsluttende evalueringsrapport afhænger af kvaliteten af (og regelmæssigheden i) modelprojekternes løbende indberetning af data til effektevalueringen. Evalueringsdesignet har været sammensat på en sådan måde, at det har været op til kommunerne selv at indtaste og føre kontrol med indberetningerne løbende eller afslutningsvis i evalueringen. Det betyder, at det har været op til de enkelte kommunale projektledere og evaluatoreer at sikre datakvaliteten undervejs i den fireårige projektperiode. Besvarelserne af de forskellige evalueringsredskaber undervejs i projektperioden har ofte været en opgave, som har været forankret hos instruktørerne, da det er dem, der har haft den direkte dialog med forældrene. I praksis betyder det, at det har været op til de enkelte instruktører både at præsentere evalueringsredskaberne for forældrene samt at finde tid i selve undervisningen eller i forlængelse heraf til at udfylde redskaberne.

Ud fra kommunernes midtvejs- og slutevalueringer ses det, at flere instruktører har oplevet de enkelte mødegange som tidspressede, hvilket kan have været en barriere for at få udfyldt spørgeskemaerne sammen med forældrene undervejs i indsatsperioden. Flere af kommunerne fremhæver, at de har forsøgt at være fleksible over for forældrene i forhold til hvornår og hvordan, de kunne udfylde skemaerne. Nogle kommuner har sendt skemaerne hjem til forældrene efter mø-

⁶ Hays R.D., Revicki D, 2005.

degangene, hvis de ikke blev udfyldt, og kommunerne har derigennem forsøgt at højne datakvaliteten.

Nogle kommuner har rettet henvendelse til Rambøll og SST i projektperioden og tilkendegivet, at de mente, at spørgeskemaerne var for omfattende for den enkelte familie at besvare, og at evalueringskravet var større, end de havde forventet, især hvad angår den kvantitative effektanalyse. Til brug for kommunernes egen-evalueringer har det været nødvendigt, at de fik et billede af de opnåede effekter i deres egen kommune. Rambøll har i den tværgående evaluering foretaget nye dataanalyser på tværs af kommunerne samt foretaget kommuneopdelte effektanalyser. Rambøll har endvidere foretaget korrelationsanalyser af de enkelte instrumenter for at undersøge, hvorvidt de enkelte spørgsmål i instrumenterne hver især har afdækket forskellige dimensioner af instrumenterne, eller om der er for mange spørgsmål med i instrumenterne. Variablernes korrelationsgrad er målt ved det statistiske mål, Pearson's R. Korrelationsanalyserne viser, at de anvendte redskaber ikke korrelerer og derved afdækker forskellige dimensioner, ud fra en statistisk betragtning. I den videre analyse er der derfor ikke grund til at sætte spørgsmål ved de enkelte instrumenter.

Boks 3-1 Midtvejsevaluering

Midtvejsevaluering

Rambøll gennemførte en systematisk opsamling af hidtidige erfaringer med de to modelprojekter, som har fået midler fra satspuljen "Børns trivsel i udsatte børnefamilier". Opsamlingen skete med henblik på at sikre en systematisk og effektiv implementering af modelprojekterne med evt. relevante justeringer. Midtvejsevalueringen blev formidlet til de deltagende kommuner og deres kommunalbestyrelser, herunder beslutningstagere vedrørende kommunernes drift og prioritering samt andre interessenter og aktører. Opsamlingen blev fortaget med afsæt i de midtvejsevalueringer som de 14 deltagende kommuner indsendte til SST. Midtvejsevalueringen blev gennemført primo 2013.

Midtvejsevalueringen findes på sundhedsstyrelsen.dk

For implementeringsevalueringen har det ligeledes været et krav, at kommunerne selv har forestået den kvalitative evaluering i deres respektive kommuner. Rambøll har udarbejdet rapportskabeloner, hvori det har været præciseret, hvilke evalueringsspørgsmål der skulle besvares. Den lokale forankring af implementeringsevalueringen giver fordele i form af, at evalueringen tilrettelægges således, at lokale behov og kontekster kan adresseres og belyses på bedste vis.

En ulempe ved en lokalt forankret evaluering er en usikkerhed ved, om de samme kvalitative faktorer belyses på tværs af kommunerne. Ved at tilrettelægge og forankre evalueringen lokalt var der krav til det enkelte projekts projektleder og evaluator om at sikre indhentning af kvalitative data i form af eksempelvis interviews eller observationer undervejs i projektperioden. Denne opgave betød, at der ved midtvejsevalueringerne blandt andet var store forskelle på indholdet og detaljeringens niveauet i kommunernes egen-evalueringer. Kommunernes slutevalueringer har i højere grad samme niveau af detaljeringegrad, hvilket har gjort den afsluttende tværgående analyse mere robust. Ved midtvejsevalueringen blev der i høj grad sat fokus på kommunernes projektorganisering og implementering af indsatserne.

4. PROJEKTERNES ORGANISERING

I dette kapitel besvares evalueringsspørgsmål 4: *Hvordan kommunerne har organiseret indsatsen*. Der ses både på hvorledes, projektorganiseringen er i de respektive modelprojekter og på, hvorledes samarbejdet har fungeret mellem de forskellige aktører. Derudover vurderes modelprojekternes opsporing og rekruttering af målgruppen til de to indsats. Afslutningsvis beskrives målgruppens sammensætning ud fra en række baggrundsvariable.

4.1 Organisering af indsatserne

Det var et krav i udmøntningen af satspuljen 2010-2013 på sundhedsområdet, at modelprojekterne skulle forankres i den kommunale sundhedstjeneste for børn og unge (eller i dagtilbudsafdelingen for ICDP Sund-projekterne), samt at modelprojekterne i deres indsats og organisering skulle have et tværfagligt præg.

Begge krav opfyldes i den faktiske organisering af ICDP- og EGS-S-projekterne, hvor modelprojekterne er blevet organisatorisk forankrede i den kommunale sundhedstjeneste, og sammensætningen af henholdsvis styre- og arbejdsgrupper er foretaget ud fra særligt hensyn til det tværfaglige og tværsektorielle (se Tabel 4-1). Kommunerne beskriver i deres slutevaluering, at det har været med til at konsolidere modelprojektet bredt i kommunen og har sikret tværsektoriel og tværfaglig inddragelse af samarbejdspartnerne i projektet. Samtidig oplever de fleste kommuner, at det har betydet, at informationen er nået ud til mange borgere, og at det har øget bevidstheden om projektets eksistens, hvilket har medvirket til at lette rekrutterings- og opsporingsprocesserne.

Flere kommuner fremhæver endvidere, at det tværfaglige samarbejde har været noget af det mest værdifulde ved projektet, og særligt det tværsektorielle samarbejde mellem jordemødre og sundhedsplejerskerne har øget kendskabet til begge parter kompetencer og højet projektets kvalitet. Også for ICDP Sund har det tværfaglige samarbejde mellem pædagoger og sundhedsplejersker været værdifuldt.

Projektorganisation

Der er overordnet mange fællestræk i de deltagende kommuners måde at organisere ICDP Sund- og EGS-S-modelprojekterne på. Den typiske projektorganisation har bestået af:

- En styregruppe, der har haft det overordnede ansvar for projektets gennemførelse.
- En arbejdsgruppe, der har haft ansvaret for at udføre, implementere og monitorere projektet og dets fremdrift.
- En projektleder, der har haft ansvaret for at kordinere, drive og lede projektet.

Nedenstående tabel illustrerer, hvordan modelprojekterne er blevet organiseret.

Tabel 4-1: Modelprojekternes organisering

Projekt	Kommune	Organisatorisk forankring	Antal projektledere	Projektlederens stilling (uddannelse)	Styregruppe	Projekt-/arbejdsgruppe	Ledelsesopbakning
ICDP Sund	Esbjerg	Sundhedsplejen	1	Sundhedsplejerske (sundhedsplejerske)	+	+	+
	Holbæk	Børnekonsulent-centret	1	Leder, Børnekonsulcenteret (psykolog)	÷	÷	+
	Kolding	Afdeling for Sundhedsfremme og Forebyggelse	1	Projektkoordinator, afdelingen for Sundhedsfremme og forebyggelse (Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed)	+	÷	+
	Ishøj	Center for børn og undervisning	1	Pædagogisk konsulent, Center for børn og undervisning*	+	+	+
EGSS	Glostrup	Sundhedsplejen	1	Projektleder (sociolog)	+	+	÷
	Hjørring	Sundhedsplejen	1	Sundhedsplejerske (sundhedsplejerske)	+	+	+
	Høje-Taastrup	Sundhedstjenesten	2	Fagkonsulent i Sundhedsplejen.	+	+	+
				Forebyggelseskonsulent i Sundheds- og Omsorgscenter			
	Horsens	Sundhedsplejen	1	Ledende sundhedsplejerske (sundhedsplejerske)**	+	+	+
	Lolland	Sundhedstjenesten	2	Folkesundhedskonsulent (Folkeskolelærer og master i velfærd og idræt)	÷	÷	+
				Sundhedsplejerske (sundhedsplejerske)			
	Nyborg	Sundhedsplejen	1	Sundhedskonsulent, Sundhedsafdelingen (Cand.scient. I idræt og sundhed)	+	÷	+
	Odense	Sundhedstjenesten	1	Funktionsleder i Sundhedsplejen***	÷****	+	+
	Syddjurs	Sundhedsplejen	1	Leder af sundhedsplejen (sundhedsplejerske)	+	+	+
Tønder	Sundhedsplejen	1	Sundhedskonsulent (Husholdningslærer /diætist /Diplom i sundhedspædagogik)	+	+	+	
Vordingborg	Sundhedsplejen	1	Projektleder og motionskonsulent (cand.scient. i humanfysiologi)	+	+	+	

*Projektlederen blev udskiftet i den sidste del af projektet.

**Projektlederen blev udskiftet halvejs i projektet. Den oprindelige projektleder var udviklingskonsulent i kommunen.

***Projektlederen blev udskiftet efter et år. Den oprindelige projektleder var funktionsleder i Sundhedstjenesten.

****Ved projektets start blev der etableret en styregruppe, som blev nedlagt efter et år.

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående evaluering.

Projektorganiseringen

Som det fremgår af tabellen, har 11 ud af 14 kommuner – på tværs af både ICDP Sund- og EGS-S-modelprojekter – haft en styregruppe, og 10 kommuner har haft en projekt-/arbejdsgruppe. Oprindeligt havde både Lolland Kommune og Odense Kommune, begge EGS-S-projekter, også en styregruppe, men i forbindelse med ændringer i projektets ledelse fandt begge kommuner det mere hensigtsmæssigt at ændre projektorganisationen ved at ophæve styregruppen og i stedet centralisere indsatsen hos hhv. en afdeling og hos projektlederne. Holbæk Kommune valgte i stedet fra starten at organisere indsatsen centralt i et fagligt center, hvor projektleder og perso-

naleleder var den samme. Holbæk Kommune angiver, at dette har sikret en høj grad af ledelsesmæssig understøttelse af projektet og har gjort mulighederne for tilpasning af projektet større⁷. Til gengæld har det også resulteret i mindre ejerskab blandt projektets andre aktører længe ude i organisationen.

Projektorganisationens hensigtsmæssighed vurderes meget forskelligt fra kommune til kommune. Flere kommuner, der har været organiseret med styregruppe og projektgruppe, vurderer, at det har været effektivt, og at det har sikret bred tværsektoriel og tværfaglig inddragelse af samarbejdspartnere i projektet. Andre kommuner har derimod været udfordrede af omstruktureringer i kommunen og anden ledelsesrokering med dertilhørende udskiftninger i styregruppe, projektgruppe og projektleder. Det har skabt uro internt om opgaver og været hæmmende for projekterne. I kommunerne, hvor det på trods af ændringer i projektorganisationerne alligevel har fungeret, fremhæves det, at en fast og veldefineret forankring har sikret projektets fremdrift.

Projektledelse

I de fleste kommuner har projektlederen været en sundhedsplejerske og været fysisk placeret i nærhed af projekternes sundhedspleje. Det har særligt i EGS-S-kommunerne været positivt for modelprojekterne, idet de faglige kompetencer, der er centrale for projektet, har været fysisk placeret i Sundhedsplejen. Samtidigt har det lettet den daglige kommunikation mellem projektlederen og sundhedsplejerskerne. I Høje-Taastrup Kommune og Lolland Kommune blev projektledelsen varetaget af to projektledere, hvilket Høje-Taastrup Kommune fremhæver som en fordel, idet de to projektledere har suppleret og sparret med hinanden. I Holbæk Kommune var projektlederen også personaleleder, hvilket ifølge kommunen sikrede ledelsesmæssig understøttelse af projektet, og gjorde mulighederne for løbende tilpasning af projektet større. Til gengæld skulle projektlederen også tage sig af den daglige drift, hvilket skabte udfordringer i forhold til tidsforbrug og dermed opmærksomhed på projektet.

I Esbjerg (ICDP Sund) gav organiseringen med en projektledelse fra Sundhedsplejen anledning til nogle udfordringer i forhold til samarbejdet med dagtilbuddene. Det skyldtes, at projektledelsen var forankret i Sundhedsplejen og dermed havde en anden faglighed end institutionslederne var vant til. Både institutionernes ledelse og medarbejderne i institutionerne brugte derfor mange ressourcer på at positionere sig og finde en konstruktiv samarbejdsform med Sundhedsplejen. Efter projektets første halvdel, og på baggrund af anbefalingerne i midtvejsevalueringen, ændrede kommunen sammensætningen af styre- og arbejdsgruppen, så det i højere grad kom til at afspejle den reelle organisering i projektet. Ligeledes blev der sikret bedre ledelsesmæssig repræsentation med henblik på at styrke ejerskab af og opbakning til projektet i de øverste ledelseslag. Dette skabte klarere rammer, hvor de nye styregruppemedlemmer i højere grad tog ejerskab over projektet, og projektlederen havde en mere aktiv ledelse af projektet med bl.a. faste statusmøder med de deltagende institutioner og deraf følgende tydelige tilbagemeldinger til styregruppen. Alligevel vurderer kommunen, at reorganiseringen ikke løste alle udfordringerne, og det lykkedes ikke at gennemføre det planlagte antal ICDP Sund-forløb og Let Vejen-forløb⁸. Ligeledes oplevede Ishøj Kommune (ICDP Sund) udfordringer med projektorganisationen mellem sundhedsplejen og dagtilbuddene.

Generelt har både ICDP Sund- og EGS-S-kommunerne været udfordrede af løbende udskiftninger mellem flere projektledere, der primært har skyldtes projektets fireårige udstrækning. Det har givet noget uro internt om opgaver og medført ekstra arbejdsopgaver i forhold til at gøre sig bekendt med projektet og organisationen. Glostrup Kommune har desuden været udfordret af manglende projektledelse, og af at det antal timer til projektledelse, der var budgetteret med i ansøgningen, viste sig at være utilstrækkeligt. Det havde som konsekvens, at projektgruppen følte, at de var nødsaget til at overtage mange af de arbejdsopgaver, der burde være varetaget

⁷ Kommunerne præciserer ikke, hvilke tilpasninger der henvises til.

⁸ "Let Vejen" er værkstedaktiviteter som er udviklet og afholdt af Fødevarestyrelsen.

af projektlederen. Efter den 1. januar 2013, hvor projektet siden har haft den samme projektleder, er disse problemer dog udbedret.

Ledelsesopbakning

Ledelsesopbakning fra alle niveauer – politikerne, ledelsen og institutionerne – fremhæves af mange kommuner som særlig vigtigt for gennemførelsen af modelprojekterne. De fleste kommuner fremhæver også, at ledelsen har bakket op om modelprojekterne og har været med til at skabe dialog, forståelse og prioritering af projektet. Generelt fremhæves ledelsesopbakning som afgørende for projekternes resultater. I Kolding har det været tydeligt, at de dagtilbud, som har haft størst ledelsesopbakning til projektet, også er de dagtilbud, som har fået flest forældre med i projektet og også der, hvor pædagogerne har arbejdet mest bevidst med ICDP Sund som metode. Derudover har ledelsesstøtte og tilstedeværelse særligt i projektets indledende fase været afgørende og særdeles befordrende for projektmedarbejdernes indsats og engagement i det videre forløb. I både ICDP Sund- og EGS-S-kommuner, hvor ledelsesopbakningen var mangelfuld ved midtvejsevalueringen, er der generelt foretaget organisatoriske ændringer, der har medført, at tidligere udfordringer er blevet adresserede, hvilket har givet stabilitet og ro i projektorganisationen. Et af læringspunkterne fra midtvejsevalueringen vedrørende projektorganisation gik blandt andet på, at det er nødvendigt at sikre ledelsesrepræsentanter i projektorganisationen, da det øger medarbejderopbakningen, samt at inddragelsen af relevante faggrupper på flere niveauer i organisationen er nødvendig for at sikre det brede ejerskab og engagement.

I Glostrup Kommune fremhæves ledelsesopbakningen som værende utilstrækkelig, hvilket primært har skyldtes styregruppens skiftende sammensætninger. Dette betød ifølge projektets instruktører og koordinatører, at ejerskabet af og opbakningen til projektet har kunnet opleves svingende på styregruppeniveau. Det havde en drænende effekt på projektdeltagernes gejst og energi, ligesom det skabte mange usikkerhedsmomenter. Samtidig vurderer Glostrup Kommune, at det havde været en god idé at inkludere jordemødrene i projektorganisationen, da opbakningen og ejerskabet blandt jordemødrene oplevedes svingende, og at der var mindre kommunikation mellem projektgruppen og jordemødrene. På trods af denne udfordring, lykkedes det alligevel Glostrup Kommune at levere projektets kerneydelser – forældrekurser og værkstedsaktiviteter samt at fastholde projektets aktører gennem hele projektperioden.

4.1.1 Særligt for ICDP Sund-projekterne

I flere af ICDP Sund-projekterne fremhæver dagtilbuddene, at manglende forventningsafstemning om ressourcer har hæmmet projektet. Flere fagledere fremhæver således, at projektet har været mere ressourcekrævende end først antaget og mere forpligtende end, hvad institutionerne oprindeligt havde fået indtryk af. Faglederne havde derfor gerne set, at der var blevet gjort mere ud af at informere om, hvad det vil sige at indgå i et projekt og hvilke ressourcer, der blev krævet af institutionen og af medarbejderne.

I Kolding Kommune har flere ICDP Sund-vejledere endvidere følt sig hæmmede af, at projektet har været meget fast styret fra Sundhedsstyrelsens side. Flere gode ideer til, hvordan man ellers kunne gøre mht. rekruttering, informationsmateriale m.m. blev således afslået fra projektkoordinatorer side, fordi man skulle følge og være tro mod konceptet og metoden.

I Ishøj Kommune fremhæves det, at manglende retningslinjer fra ledelsen om, hvordan projektmidlerne måtte anvendes, har medført store forskelle fra institution til institution i forhold til, om vikarer eller kolleger i institutionen har afløst ICDP Sund-vejlederne i forbindelse med vejledning. Ligeledes har der været forskel på, hvorvidt tid til forberedelse i hjemmet er blevet accepteret som betalt arbejdstid, hvorfor faglederne ligeledes efterlyser tydeligere retningslinjer i forhold til, hvordan projektmidlerne må anvendes. Endelig har flere af ICDP Sund-vejlederne i Ishøj Kommune været kritiske over for det evalueringsmateriale, som SST har pålagt kommunen at udfylde. Det gælder både baseline- og endlineskemaet samt logbogen, der i omfang var for omfattende og med spørgsmål, der var for vanskelige at forstå og besvare. Det betød, at registreringen var

meget tidskrævende til stor frustration for ICDP Sund-vejlederne, der hellere ville have brugt tiden med forældrene. Efter dialog med SST blev problemet mindre undervejs i projektet.

4.2 Opsporing og rekruttering

I dette afsnit gennemgås, hvorledes kommunerne har organiseret deres opsporing og rekruttering af målgruppen for projekterne.

I dette afsnit anvendes følgende begrebsafgrænsninger.

- 1) *Opsporing*: Hermed forstås, hvordan målgruppen for en indsats blev identificeret, og hvorvidt der i projekterne blev opstillet klare inklusionskriterier i forhold til denne.
- 2) *Rekruttering*: Hermed forstås, hvordan selve henvendelsen til og dialogen med målgruppen om deltagelsen har været grebet an.

4.2.1 Opsporing af målgruppen for ICDP Sund-projekterne

Indeværende afsnit beskriver, hvordan ICDP Sund-projekterne har grebet opsporingen af målgruppen an.

Table 4-2: ICDP Sund-projekters opsporingsmetode og organisering

Kommune – projekt		Ansvarlig for opsporingen		Opsporingsmetoder	
		Dagtilbud*	Sundhedsplejen	Sundhedsstyrelsens kriterier	Egne metoder
ICDP Sund	Esbjerg	+		+	
	Holbæk		+		+
	Kolding	+			+
	Ishøj	+			+

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående evaluering.

* I Esbjerg Kommune deltog tre dagtilbud i ICDP Sund-projektet, som alle var integrerede vuggestuer og børnehaver, mens der i Kolding Kommune deltog fire dagtilbud, hvoraf to var børnehaver og to var integrerede vuggestuer og børnehaver. I Holbæk og Ishøj Kommuner deltog hhv. tre og fem dagtilbud, men det specificeres hverken i kommunernes midtvejs- eller slutevalueringer, hvilken type af dagtilbud, der deltog i ICDP Sund-projektet.

Som det fremgår af tabellen, er det i tre ud af fire kommuner dagtilbuddene, der har haft ansvaret for opsporing af målgruppen til ICDP Sund-forløbene. Det skyldes, at pædagogerne har daglig kontakt til forældre og børn og derfor havde et godt udgangspunkt for opsporingen af målgruppen. I Holbæk Kommune var daginstitutionerne oprindeligt ansvarlige for opsporingen af målgruppen, men undervejs blev man i kommunen opmærksom på, at grundlaget for opsporingen var for snævert. Kommunen valgte derfor at omlægge opsporingen, så ansvaret for opsporingen blev bredere og både foregik igennem de enkelte dagtilbud, den brede gruppe af sundhedsplejersker og via hele det tværfaglige netværk, som består af repræsentanter for både dagtilbud, skoler og børnekonsulentcentrets proceskonsulenter. Hovedansvaret for opsporingen blev varetaget af sundhedsplejen og ressourcepædagogerne i kommunen, da de havde det bredeste netværk og den største kontaktflade i kommunen.

I forhold til, hvordan målgruppen for en indsats blev identificeret, valgte tre af ICDP Sund-kommunerne selv at afprøve metoder til opsporing af målgruppen. Kun Esbjerg Kommune valgte at anvende de kriterier, SST havde opstillet for projektets målgruppe, hvoraf de vægtede enkelte af dem tungere end andre. Esbjerg Kommune fremhæver, at der var tale om meget brede krav, hvilket resulterede i stor usikkerhed om, hvem der tilhørte målgruppen. Denne tvivl kom blandt andet til udtryk i institutionernes forskellige tilgange til opsporing af målgruppen, og hvor en institution opsporede forældre med udgangspunkt i forældrenes trivsel, opsporede to andre institutioner forældre med udgangspunkt i børnenes trivsel. Derudover har man i Kolding Kommune haft oplæg fra misbrugscenteret med temaet *"Hvordan inviteres der ind til den svære samtale?"*. Her blev der arbejdet med, hvordan ICDP-vejlederne bedst kommunikerede til forældrene, at det

var et tilbud, forældrene ville få gavn af. Kolding Kommune vurderer selv i slutevalueringen, at de faglige oplæg har været med til at styrke tværfagligheden og samarbejdet mellem faggrupperne, og det har været med til at skabe refleksion over arbejdet som professionel vejleder.

Boks 4-1 Definition af udsathed i ICDP Sund

Definition af udsathed i projekterne

- ICDP Sund-vejledernes identifikation og rekruttering af målgruppen har i højere grad sikret, at den forventede målgruppe med fokus på familier med øgede sundhedsrisici blev rekrutteret, trods lokale udfordringer.
- Fagpersonalet i dagtilbud oplevede det som vanskeligt at tage den første svære samtale med forældre om deres øgede sundhedsrisici.

Boks 4-2: Eksempel på tilgang til opsporing og rekruttering

Case: Tilgang til opsporing og rekruttering af målgruppe

Ishøj Kommune, ICDP Sund

I forbindelse med opsporing og rekrutteringen til ICDP Sund-projektet har Ishøj Kommune haft gode erfaringer med at anvende 'Afrikature', der er en screeningsmetode, hvor børn i alderen 4 til 4½ år er blevet vurderet i forhold til motorik, socialkompetence og BMI. Screeningen blev foretaget i et tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejerske og pædagoger, hvor sundhedsplejersken vurderede, om børnenes adfærd var alderssvarende, mens pædagogerne motiverede og engagerede børnene. Kommunen fremhæver, at det tværfaglige samarbejde gik op i en højere enhed, og det gav konkrete data, der kunne tages afsæt i i samtalen med forældrene. Desuden var det oplevelsen, at "Afrikaturen" var sjov for børnene, og det lykkedes at rekruttere familier på denne baggrund. Der er derfor et udbredt ønske blandt pædagogerne og sundhedsplejerskerne om at fortsætte med at gennemføre 'Afrikature' efter ICDP Sund-projektets ophør.

For uddybning af indholdet i "Afrikature" skal henvendelse ske til Ishøj Kommune.

4.2.2 Opsporing af målgruppen for EGS-S-projekterne

I dette afsnit beskrives, hvordan målgruppen er blevet opsporet blandt EGS-S-projekterne

Table 4-3: EGS-S-projekters opsporingsmetode og målgruppe for indsats

	Ansvarlig for opsporing				Målgruppe	
	Kommune – projekt	Jordemødre	Sundhedsplejen/sundhedsplejerske	Praktiserende læger	Alle kommende forældre i kommunen	Kommende forældre inden for et geografisk afgrænset område
EGS-S	Glostrup	+			+	
	Hjørring	(+)		(+)	+	
	Høje-Taastrup	(+)	(+)	(+)	+*	+*
	Horsens	+			+*	+*
	Lolland	(+)	(+)	(+)	+*	+*
	Nyborg	+			+	
	Odense	(+)	(+)		+*	+*
	Syddjurs	(+)		(+)	+	
	Tønder	(+)	(+)	(+)	+	
	Vordingborg	(+)		(+)	+	

Datakilde: Projekternes midtvejsevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående arbejde.

(+) angiver, at rekrutteringen delvist har fundet sted det angivne sted.

* angiver, at kommunen oprindeligt opsporede kommende forældre inden for et geografisk afgrænset område, men senere udbredte opsporingen til at dække alle kommende forældre i hele kommunen.

Opsporingen af målgruppen for EGS-S-projekterne adskiller sig fra ICDP Sund-projekterne, idet målgruppen for tilbuddet enten var alle kommende forældre i hele kommunen eller kommende forældre i et begrænset geografisk område som f.eks. belastede boligområder og skoledistrikter. Flere af kommunerne havde indledningsvist valgt at afgrænse opsporingsområdet til eksempelvis to til tre skoledistrikter karakteriseret ved en stor andel af socialt udsatte familier, men som det fremgår af tabellen, blev alle kommende forældre i samtlige 10 kommuner inviteret til at deltage ved projektets afslutning. Som det fremgår af midtvejsevalueringen skyldtes dette, at den geografiske begrænsning viste sig at danne et utilstrækkeligt rekrutteringsgrundlag, hvorfor en overvejende del af projekterne måtte udvide tilbuddene til at gælde hele kommunen. Selve opsporingen af de kommende forældre blev primært varetaget af jordemødrene, men typisk i samarbejde med de praktiserende læger og sundhedsplejerskerne. Disse aktører har i hverdagen kontakt med de gravide og har i kraft heraf kunnet opspore, hvem rekrutteringsindsatsen skulle henvende sig til.

Boks 4-3 Definition af udsathed i EGS-S

Definition af udsathed i projekterne

- Blandt kommunerne og blandt de forskellige faggrupper var der forskellige forståelser og definitioner af, hvad en "udsat familie" var.
- De udsatte børnefamilier udgjorde en mindre andel i flere kommuner end først forventet, da projekterne oplevede det som vanskeligt at rekruttere til både den brede (forældreuddannelse) og den specifikke (værkstedsaktiviteter og "Let Vejen").

Flere kommuner angiver, at de har tilpasset deres rekrutteringsstrategi undervejs i projektet. I boksen nedenfor ses et eksempel på en sådan tilpasning.

4.3 Rekruttering til projektet

Der er fællestræk på tværs af både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne i deres anvendte rekrutteringsstrategier.

Overordnet set har projekterne gjort brug af flere rekrutteringsstrategier (ofte i kombination), hvoraf den første er den mest gennemgående:

- Personlig henvendelse i forbindelse med kontakt til forældre.
- Ved konsultation hos jordemoder eller praktiserende læge.
- Ved selvrekruttering, dvs. at forældre selv har tilmeldt sig.

Nedenstående tabel viser projekternes primære rekrutteringsmåde.

Tabel 4-4: Projekternes primære rekrutteringsmåde ved projektets afslutning

Kommune – projekt		Personlig henvendelse	Selvrekruttering	Ved konsultation
ICDP Sund	Esbjerg	+		
	Holbæk	+		
	Kolding		+	
	Ishøj	+		
EGS-S	Glostrup	+		
	Hjørring		+	
	Høje-Taastrup	+		
	Horsens	+		
	Lolland	+		
	Nyborg			+
	Odense	+		
	Syddjurs			+
	Tønder	+		
	Vordingborg	+		

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående evaluering.

Som det fremgik af midtvejsevalueringen, byggede de fleste af kommunernes rekrutteringsstrategi indledningsvist på selvrekruttering til projekterne. Dette var efter indgående at have oplyst, reklameret og annonceret om projekterne i bl.a. daginstitutioner, sundhedshuse, rådshuse, apoteker, kommunernes hjemmesider og intranet, lokalaviser og på sociale medier. Erfaringerne fra kommunerne og den tværgående midtvejsevaluering viste imidlertid, at en bred og generel informationskampagne for projekterne var velegnet som informationskanal, men den havde ikke den forventede selvrekrutterende effekt og kunne derfor ikke stå alene som rekrutteringsgrundlag.

Derfor ændrede de fleste kommuner efter projektets første halvdel strategi og gik væk fra brede annoncering og markedsføring til i stedet aktivt at opsøge målgruppen. Det fremgår også af tabellen, hvor det for både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne gælder, at den mest benyttede rekrutteringsmåde er den personlige henvendelse fra projekternes fagpersoner til målgruppen. I overensstemmelse hermed er det erfaringen, at langt de fleste succesfulde rekrutteringsforsøg sker i en uformel dialog mellem projektmedarbejdere og familier.

Boks 4-4: Eksempel på tilpasning af rekrutteringsstrategi

CASE: Tilpasning af rekrutteringsstrategi

Odense Kommune, EGS-S

Oprindeligt var det en samarbejdsaftale mellem Odense Kommune og Odense Jordemodercenter som skulle være det bærende element i rekrutteringen til EGS-S. I aftalen lå, at kommunen skulle udarbejde det informationsmateriale, som jordemødrene skulle bruge i deres rekruttering af kommende forældre til projektet i forbindelse med scanninger. Odense Kommune valgte at udarbejde flere tiltag for at optimere rekrutteringen, da den oprindelige samarbejdsaftale ikke var tilstrækkelig.

De nye tiltag var bl.a.

- Sundhedsplejerskerne introducerede projektet til alle jordemødrene på deres arbejdsplads.
- Projektmedarbejderne orienterede sundhedsplejersker i kommune og eksterne interessenter.
- Orienteringsbreve blev sendt til alle gravide pr. post om tilbuddet.
- Afholdelse af åbent hus-arrangement om tilbuddet til alle interesserede gravide.

Kommunerne fremhæver i deres slutrapport, at de generelle informationskampagner danner et vigtigt forudgående kendskab for familiernes forståelse af projekterne. Det forudgående kendskab til projekterne har hjulpet den naturlige og mere uformelle tone på vej ved de opsøgende henvendelser fra projektmedarbejderne, hvilket syntes at have styrket rekrutteringsprocessen.

Boks 4-5: Eksempel på tilgang til rekruttering

CASE: Tilgang til rekruttering af målgruppe

Holbæk Kommune, ICDP Sund

Holbæk Kommune havde held med at ændre rekrutteringens karakter fra at være en informationsopgave til at være en netværksopgave, hvor viden om projektet gik fra "mund til mund" mellem fagfolk. Ved at sikre, at de faglige netværk var opdaterede om tilbuddet, og at fagpersoner, der stod i situationer med familier, kunne trække direkte på tilbuddet, blev rekrutteringen langt mere effektiv end ved informationsmateriale.

Denne netværksstrategi var samtidig understøttet af, at projektleder og nærmeste leder var samme person. Det betød, at der var direkte adgang til diverse faglige fora, der var mulighed for at udvide rekrutteringsområdet hurtigt, og det var enkelt at få de enkelte opgaver dirigeret videre til relevante fagpersoner i projektet.

I Hjørring og Kolding Kommuner var selvrekruttering imidlertid den primære rekrutteringsmåde. I Hjørring skyldtes dette, at kommunen havde held med at markedsføre projektet og få involveret jordemødre og praktiserende læger i arbejdet med at informere målgruppen om tilbuddet. Samtidig fungerede forældrene efterhånden som ambassadører, da forældrenes egne positive oplevelser af tilbuddet spredte viden om projektet. I Kolding skyldtes det derimod, at den opsøgende kontakt i daginstitutionerne ikke fungerede, hvilket resulterede i en meget begrænset rekruttering. Det var således først efter opslag på daginstitutionernes intranet, at 20 familier tilmeldte sig.

Endelig var rekruttering i forbindelse med jordemoderkonsultationen den primære rekrutteringsmåde i Nyborg og Syddjurs Kommuner. Her blev de gravide orienteret om tilbuddet og fik udleveret foldere og tilmeldingsblanketter.

Generelt gælder det for både IDCP Sund- og EGS-S-projekterne, at det har været vanskeligt at rekruttere og fastholde de mindst ressourcerstærke familier. Typisk fordi familierne ikke har kun-

net overskue at deltage i projektet, og mange af de resourcesvage, der blev tilmeldt, droppede ud igen senere.

Med hensyn til hvilken aktør, der var den primære kilde til rekruttering af målgruppen, er der stor forskel mellem ICDP Sund- og EGS-S-projekterne, hvilket også skyldes projekternes forskellige målgrupper.

Table 4-5: Primær kilde til rekruttering af målgruppe

Kommune - projekt		Daginstitutioner	Sundhedsplejen/ sundhedsplejer- sker	Jordemødre	Praktiserende læger
ICDP Sund	Esbjerg	+			
	Holbæk		+		
	Kolding	(+)	(+)		
	Ishøj	+			
EGS-S	Glostrup		+		
	Hjørring			+	
	Høje-Taastrup			+	
	Horsens			+	
	Lolland			+	
	Nyborg			+	
	Odense		+		
	Syddjurs			+	
	Tønder			+	
	Vordingborg			+	

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående evaluering. (+) angiver, at rekrutteringen delvist har fundet sted det angivne sted.

Rekrutteringen til projektet var løbende et emne som blev drøftet blandt projekterne til netværksmøder, på kommunerunder og i lignende fora. I boksen herunder ses nogle af de læringspunkter, som blev fremhævet på baggrund af midtvejsevalueringen og drøftet blandt kommunerne på et netværksseminar.

Boks 4-6 Læringspunkter fra midtvejsevalueringen vedrørende rekruttering

På baggrund af midtvejsevalueringen blev blandt andet følgende tre læringspunkter fremhævet i forhold til rekruttering af målgrupperne:

- Sikring af ejerskab og engagement i projekterne for både jordemødre, læger samt andre fagprofessionelle i rekrutteringsindsatsen. Et godt samarbejde er en grundsten for projekternes succes, da oplysning, visitation og rekruttering bedst lykkes gennem en koordineret indsats fra alle parterne.
- Den aktive og individuelle opsøgning af målgruppen i den dagligdags interaktion mellem projektmedarbejdere og målgruppen er central, da rekrutteringsstrategier, der fokuserer på en bred informationsindsats, ikke stå alene og bør ligeledes ske mellem fagpersonale og målgruppe på individniveau.
- Konkrete aftaler for rekrutteringsprocessen mellem sundhedsplejen og fremskudte fagprofessionelle. Midtvejsevalueringerne viste, at de involverede dagtilbud i ICDP Sund-projekterne spiller en aktiv rolle i forhold til rekrutteringen af familier til forløbene, lige som jordemødrene spiller en afgørende rolle i forbindelse med rekrutteringen af familier til EGS-S-forløbene. De steder, hvor det fornødne ejerskab ikke ved midtvejsevalueringen var etableret til disse faggrupper, var man særligt udfordret i forhold til deltagerflowet i forløbene.

4.3.1 Særligt for ICDP Sund-projekterne

For IDCP Sund-projekterne gælder det, at den primære rekrutteringsmåde har foregået ved personlig henvendelse i dagtilbuddet. Her har pædagogerne omtalt tilbuddet ved forældresamtaler og i forbindelse med den dialog, der er med forældrene i forbindelse med aflevering og afhentning af barnet. Ofte er forældrene selv kommet ind på nogle udfordringer, de tumlede med, hvilket pædagogerne har kunnet anvende som afsæt til at tale om IDCP Sund-projektet. I flere kommuner har pædagogerne imidlertid været udfordrede af, at det har været svært at italesætte projektet over for forældrene, og der har været en oplevelse af, at det var vanskeligt at rekruttere med afsæt i familiernes udfordringer omkring kost og motion. Generelt er det almindeligt, at pædagoger oplever, at det er svært at tale med forældre om problemer hos børnene eller forældrene – de taler om det som "de svære samtaler". Konflikterne blev færre undervejs i ICDP Sund-projektet, fordi ICDP Sund-vejlederne blev mere trænede i på en uformel måde at stille spørgsmål og få forældrene til at åbne op.

I Holbæk Kommune er det sundhedsplejen, som har været den primære kilde til rekruttering. Det skyldes, at det tidligt i projektet blev konstateret, at daginstitutionerne ikke rekrutterede særlig mange familier pga. begrænset opsporingsgrundlag i projektets tre dagtilbud samt pædagogernes manglende erfaring og lyst til at indlede svære samtaler med forældre. Derfor blev det besluttet at ændre rekrutteringsstrategi og hovedsageligt rekruttere via sundhedsplejersker og resourcepædagoger, der begge er faggrupper, som er vant til at tage svære samtaler.

4.3.2 Særligt for EGS-S-projekterne

Som det fremgår af Tabel 4-5, har den primære rekrutteringskilde for EGS-S-projekterne været jordemødrene. Det er typisk foregået ved, at jordemødrene har uddelt en pjece, som var fælles for alle kommuner, om projektet ved den gravides jordemoderkonsultation, eller ved at jordemødrene har ringet til alle gravide et stykke inde i graviditeten for at informere om tilbuddet.

Den skriftlige information, som de fik hos jordemoderen har *ikke* været den primære årsag til, at de tilmeldte sig. Kommunerne beskriver, at det var i mødet med jordemoderen og hendes positive omtale af projektet, der fik familierne til at tilmelde sig. Kun i Glostrup og Odense har sundhedsplejen været den primære rekrutteringskilde. Det skyldes blandt andet organisatoriske omstruktureringer og andre sideløbende projekter, hvilket resulterede i manglende opbakning og

motivation omkring rekrutteringen hos jordemødrene, hvorfor sundhedsplejen var nødt til selv at overtage rekrutteringsopgaven.

Som det ses af tabellen har ingen kommune givet udtryk for, at de praktiserende læger har været den primære kilde til rekrutteringen. Der har imidlertid typisk været lavet aftaler med de praktiserende læger i kommunen om information og rekruttering, og der gives udtryk for, at faggruppen generelt er positivt stemt over for projekterne. Det vurderes, at manglende engagement og involvering i projekterne bevirker, at lægerne ikke aktivt er en del af rekrutteringsprocessen, fx gennem den personlige opfordrende henvendelse til målgruppen.

4.4 Målgruppernes sammensætning

Formålet med dette afsnit er at beskrive relevante baggrundsvariable for forældrene i målgruppen i forhold til den rekrutterede målgruppe ved baselinemåling i EGS-S og ICDP Sund samt at vurdere, hvordan indsatsgruppen (den gruppe af forældre der har gennemført indsatsen) ser ud i forhold til den forventede målgruppe.

I rapporten vil der blive anvendt forskellige begreber til de forskellige målgrupper, der beskrives, og herunder ses, hvilke forældregrupper, de enkelte begreber dækker over.

Boks 4-7 Anvendte begreber

Den forventede målgruppe: Projekterne har ved projektopstart haft en forventning om, hvilke deltagere, der kunne være en del af forældreuddannelsesforløbene i de to modeprojekter.

Den rekrutterede målgruppe: Dette dækker over de to samlede grupper af forældre, som er startet op i henholdsvis EGS-S og ICDP Sund. Det er altså de forældre, som er rekrutteret til indsatsen.

Indsatsgruppen: Dette dækker over den målgruppe, der har gennemført indsatsen, og som har besvaret både baseline- og endline-målingerne.

Udgangspunktet for målgrupperne i ICDP Sund og EGS-S har været forskelligt. ICDP Sund-vejlederne i institutionerne har i det daglige arbejde skullet identificere familier inden for projektets målgruppe, sundheds- og trivselsmæssigt udsatte børn i alderen 2-5 år og indgå i en dialog med familierne om, hvorvidt de ville deltage i såvel grundtilbuddet som "Let Vejen". ICDP Sund-projekternes forventede målgruppe er defineret som familier med sundheds- og trivselsproblemer, både i form af uhensigtsmæssige sundhedsvaner og tilknytnings- og adfærdsproblemer i forhold til andre børn og i forhold til forældrene. Det har ikke i projektet været intentionen, at kommunerne skulle inkludere familier med multiple belastninger eller problemer af en sådan karakter, at behovet for hjælp lå uden for rammerne af projektet. Af samme årsag har udsatte familier, der allerede er involverede i andre af kommunens tilbud, ikke været en del af målgruppen. Grundideen med ICDP Sund-forløbet har været at lade det være et tidligt indsats projekt af forebyggende karakter og ikke et behandlende tilbud.

EGS-S grundtilbud om et forældreuddannelsesforløb har været et tilbud til *alle* gravide og deres partnere og ikke specifikt til udsatte familier, mens der sideløbende kunne tilbydes et forløb på "Let Vejen" for dem, der havde særligt behov for støtte til udvikling af sunde vaner. Dette forløb startede typisk, når barnet skulle i gang med anden mad end mælk for at understøtte udvikling af sunde mad- og måltidvaner.

Rationalet i EGS-S-forløbet har været at tilbyde det til alle gravide, bl.a. for at undgå en stigmatisering af de udsatte familier og inkludere dem i et fællesskab med andre, der var i samme situation som dem selv, nemlig at vente barn og blive forældre. Inden for den brede målgruppe indeholdende alle gravide familier har EGS-S-vejlederne forsøgt at identificere de enkelte udsatte

familier i forløbene og intensivere tilbuddet til dem fx ved ekstra hjemmebesøg eller et forløb i "Let Vejen". Forældre, der ønskede at deltage i værkstedsaktiviteter, skulle tilbydes det, uanset om de af projektledere og – medarbejdere blev vurderet som udsatte, hvis forældrene havde et behov skulle det imødekommes.

Herunder sammenholder vi de to rekrutterede målgruppers køn, alder og uddannelse for at vurdere, hvorvidt den rekrutterede målgruppe stemmer overens med de forventede målgrupper. Dernæst beskriver vi forældrenes gennemsnitlige placering på udvalgte sundhedsvariable.

Tabel 4-6: Den rekrutterede målgruppe, baselinemåling i EGS-S og ICDP Sund

	Den rekrutterede målgruppe, EGS-S	Den rekrutterede målgruppe, ICDP Sund
Køn		
Kvinder	55 pct.	75 pct.
Mænd	45 pct.	25 pct.
Alder		
Under 20 år	0 pct.	0 pct.
20-24 år	3 pct.	1 pct.
25-29 år	19 pct.	16 pct.
30-39 år	64 pct.	62 pct.
40-49 år	13 pct.	19 pct.
50-59 år	1 pct.	1 pct.
60 år eller derover	0 pct.	1 pct.
Højeste uddannelse		
Folkeskolen 9./10. klasse	8 pct.	17 pct.
Gymnasial uddannelse	15 pct.	14 pct.
Erhvervsuddannelse	26 pct.	23 pct.
Uddannelse på bachelorniveau	26 pct.	14 pct.
Universitetsuddannelse	12 pct.	8 pct.
Uoplyst/ukendt	14 pct.	24 pct.

n = 1523 i EGS-S og 210 i ICDP Sund

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse og Danmarks Statistik.

* Uddannelsesfordelingen er beregnet for hele befolkningen, ikke kun for forældre

Tabel 4-6 viser fordelingen af forældregrupperne i henholdsvis EGS-S og ICDP Sund på køn, alder og uddannelse. Det har vist sig, at der blandt kommunerne i både EGS-S og ICDP Sund har været en uklarhed om hvorvidt, det både skulle være mor eller far, som besvarede spørgeskemaerne. I forhold til nedenstående analyser, kan det betyde en skævvridning af det præsenterede data i forhold til den rekrutterede målgruppe, især når det gælder ICDP Sund, ved at flere kvinder end mænd måske har udfyldt skemaerne, selvom fædre kan have deltaget i indsatserne.

Ser vi på forældrene i EGS-S, er lidt mere end halvdelen (55 pct.) kvinder. Ser vi på forældrenes alder, er størstedelen (64 pct.) mellem 30-39 år. Cirka halvdelen af de deltagende forældre har en erhvervs- eller en mellemlang videregående uddannelse.

Ser vi på forældrene i ICDP Sund er kønsfordelingen anderledes, hvor tre ud af fire deltagere er kvinder (75 pct.)⁹. Andelen af kvinder er således væsentligt højere end både den rekrutterede målgruppe i EGS-S. Blandt ICDP Sund-forældrene, er størstedelen mellem 30-39 år (62 pct.).

⁹ Kommunerne præciserer, at en årsag til at der er flere kvinder end mænd i ICDP Sund-indsatsen kan være, at det blot har været én forælder, som har udfyldt skemaerne.

Ser vi på forældrenes uddannelsesniveau, er lidt over halvdelen længste uddannelsesniveau folkeskole, gymnasium eller erhvervsuddannelse. Cirka en fjerdedel af forældrene har ikke oplyst deres uddannelsesniveau.

ICDP Sund er primært rettet mod udsatte familier med særlige sundhedsrisici. Det tyder på, at den rekrutterede målgruppe i ICDP Sund er kortere uddannet, dog har henholdsvis 14 pct. af forældrene i EGS-S og 24 pct. af forældrene i ICDP Sund ikke oplyst deres uddannelsesniveau.

Forældrene, som deltager i EGS-S og ICDP Sund, er ligeledes blevet spurgt om deres sundhedsvaner forud for opstart i forløbet, hvilket fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 4-7: Indikatorer på forældrenes sundhed

	Den rekrutterede målgruppe, EGS-S	Den rekrutterede målgruppe, ICDP Sund
Rygning		
Ja, dagligt	9 pct.	25 pct.
Ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger	2 pct.	7 pct.
Nej	89 pct.	68 pct.
Motion		
Ja	73 pct.	51 pct.
Nej	27 pct.	49 pct.
Kendskab til kostråd		
Kender dem rigtig godt	17 pct.	18 pct.
Kender dem godt	41 pct.	34 pct.
Kender dem nogenlunde	33 pct.	39 pct.
Kender dem slet ikke	9 pct.	9 pct.
Kostrådernes betydning		
Ja, absolut	14 pct.	19 pct.
Ja, det har nogen betydning	66 pct.	57 pct.
Nej, det betyder ikke ret meget for mig	19 pct.	15 pct.
Nej, det betyder ingenting	1 pct.	9 pct.
Kendskab til genstandsgrænsen for alkohol		
Ja	91 pct.	77 pct.
Nej	9 pct.	23 pct.
Genstandsgrænsens betydning		
Ja, i høj grad betydning	20 pct.	16 pct.
Ja, i nogen grad betydning	19 pct.	8 pct.
Nej, næsten ikke betydning	14 pct.	7 pct.
Nej, slet ikke betydning	46 pct.	68 pct.
BMI¹⁰	25,8	26,5

N = 1506 i EGS-S og 210 i ICDP-Sund.

¹⁰ BMI under 18,5 = undervægtig. Mellem 18,5-24,9 = normalvægt. Mellem 25-29,9 = overvægtig. Mellem 30-39,9 = fedme. Over 40 = svær fedme

Ser vi først på forældrene i EGS-S-gruppen, er der knap ni ud af ti (89 pct.), der ikke ryger. Ligeledes dyrker knap fire ud af fem motion (73 pct.). Ser vi på forældrenes kendskab til kostrådene, er det knap én ud af ti, der ikke kender til dem. Af de resterende 91 pct. angiver størstedelen, at de kender dem nogenlunde eller godt. Kostrådene har også betydning for forældrenes mad- og motionsvaner, hvor otte ud af to (80 pct.) angiver, at kostrådene har betydning for dem. Ligeledes har størstedelen af forældrene kendskab til den anbefalede genstandsgrænse for alkohol. Genstandsgrænsen har i nogen eller i høj grad betydning for knap fire ud af ti forældre (39 pct.). Deltagernes BMI ligger ved projektstart på 25,8, hvilket betyder, at de lige netop er inden for gruppen af overvægtige, idet BMI er over 25.

Samlet set indikerer ovenstående, at der blandt forældrene, som har meldt sig til EGS-S, er få rygere, mange der dyrker motion og mange, der kender til kostrådene og genstandsgrænsen for alkohol. Særligt kostrådene, angiver forældrene, har betydning for forældrenes mad- og motionsvaner, mens genstandsgrænsen for alkohol har betydning for lidt under halvdelen af deltagerne. Ovenstående indikerer dermed, at størstedelen af indsatsgruppen ikke har sundhedsrisici, hvis man ser på rygning og alkohol, men hvis man ser på deres BMI, er der grund til opmærksomhed.

Af tabellen fremgår ligeledes sundhedsindikatorerne for den rekrutterede målgruppe ved baselinemåling i ICDP Sund. Det fremgår, at knap syv ud af ti (68 pct.) ikke ryger, mens hver fjerde ryger hver dag. Cirka halvdelen (51 pct.) af de deltagende forældre dyrker motion i deres fritid. Ser vi på deltagernes kendskab til kostrådene, har langt størstedelen et kendskab, hvoraf 52 pct. kender dem *godt* eller *rigtig godt*. Kostrådene har også betydning for forældrenes mad- og motionsvaner, hvor næsten otte ud af ti (76 pct.) angiver, at de betyder noget eller mere. Størstedelen af forældrene har ligeledes kendskab til den anbefalede genstandsgrænse for alkohol (77 pct.). For størstedelen af forældrene har genstandsgrænsen dog enten ingen eller næsten ingen betydning for dem (75 pct.). Deltagernes BMI ligger ved projektstart på 26,5, hvilket betyder, at de er inden for gruppen af overvægtige, idet BMI er over 25.

Samlet set viser ovenstående, at størstedelen af forældrene, som har meldt sig til ICDP Sund, ikke ryger, mens halvdelen dyrker motion i deres fritid. Generelt har forældrene et godt kendskab til kostrådene, der også har betydning for hovedparten af forældrene. Ligeledes ser vi, at cirka tre ud af fire kender til den anbefalede alkoholgrænse, men at den ikke har særlig betydning for størstedelen af forældrene. Ovenstående indikerer dermed, at forældrene generelt kender til kostrådene og alkoholgrænsen, at de oftest er ikke-rygere, og halvdelen dyrker motion. Ligeledes er forældrene overvægtige, og samlet set har de øget sundhedsrisici. Derudover har kommunerne i deres midtvejs- og slutevalueringer vurderet den rekrutterede målgruppe i forhold til den ønskede målgruppe.

Da ICDP Sund-vejlederne på egen hånd har identificeret og rekrutteret inden for målgruppen, synes der at være stor overensstemmelse mellem den ønskede og den rekrutterede målgruppe. I en enkelt kommune angives der i slutevalueringen, at man har oplevet, at der efter rekrutteringen af familier til et ICDP Sund-forløb har vist sig at være andre vanskeligheder i familien, eksempelvis skilsmisseproblematikker, fordi forældre under skilsmisse opleves at have mindre overskud til at deltage og dermed få udbytte af indsatsen.

Nogle kommuner angiver, at de udsatte familier allerede fra start udgjorde en mindre andel end først forventet, da det har været sværere at rekruttere disse. Der har vist sig at være forskellige opfattelser af begrebet 'udsatte familier'. Dette kan have betydning for, hvorfor man ikke mener, man har fået fat i tilstrækkeligt mange "udsatte familier", der evt. kunne have profiteret af et forløb med forældreuddannelse og "Let Vejen". En forklaring kan være, at det for de sundhedsprofessionelle har været svært at arbejde med både det brede sundhedsbegreb og den mere almene forståelse af begrebet "udsat".

Der er flere projekter, som tilkendegiver, at den aktive inddragelse af fædre i undervisningsforløbene er blevet modtaget meget positivt af projektdeltagerne. Både i Lolland, Tønder og Horsens kommuner har instruktørerne fået positive tilbagemeldinger. I Horsens Kommune fremhæves det, at inddragelsen af fædre fx har synliggjort mange elementer i parforholdet, som vurderes ikke at være kommet frem ellers. I Tønder Kommune angiver fædre i et fokusgruppeinterview, at projektet også kreerer et forum, som er henvendt til dem, fordi der er fokus på familien som helhed. Glostrup Kommune har i deres egen-evaluering netop beskæftiget sig med fædrenes aktive deltagelse i projektet, hvilket også berøres eksplicit i andre egen-evalueringer.

Samlet set viser ovenstående, at sammenlignes de to rekrutterede målgrupper ved baselinemåling i EGS-S og ICDP Sund på relevante sundhedsindikatorer, er der både ligheder og forskelle mellem grupperne. Ser vi på kendskabet til og betydningen af kostrådene, er forskellene begrænsede. Det indikerer i forhold til kostrådene, at der modsat forventet ingen umiddelbar forskel er hos målgrupperne i EGS-S og ICDP Sund. Derimod er der markante forskelle i, hvor mange af forældrene, der ryger og dyrker motion i hverdagen, hvor forældrene i EGS-S gennemsnitligt ryger mindre og dyrker mere motion. Ligeledes er der betragtelige forskelle i forhold til alkohol, hvor flere af EGS-S-forældrene har kendskab til den anbefalede genstandsgrænse, der ligeledes har større betydning for denne gruppe.

Samlet set indikerer dette, at man i højere grad i ICDP Sund end i EGS-S har rekrutteret udsatte familier med sundhedsrisici, der relaterer sig til livstilsfaktorer. Desuden er billedet, at man i EGS-S i høj grad er lykkedes med at rekruttere den brede målgruppe – dvs. generelt kommende forældre i kommunen, og at man i mindre grad er lykkedes med at rekruttere den specifikke målgruppe af udsatte familier med særlige sundhedsrisici, der knytter sig til livstilsfaktorer som fx rygning og fysisk inaktivitet. Dette var dog heller ikke meningen med modelprojektet, idet det netop er målrettet alle kommende forældre.

4.5 Frafaldsanalyse

I dette afsnit sammenholdes baggrundsdata fordelt på indsats for den rekrutterede målgruppe ved baselinemålingen med den målgruppe, som har gennemført indsatsen (indsatsgruppen). Dette giver et indblik i karakteristika ved den gruppe af forældre, der falder fra. Dernæst analyseres årsagerne til forældrenes frafald. Til sidst vurderes konsekvenserne af frafaldet for den videre analyse.

Nedenstående tabel giver et overblik over antallet af respondenter i EGS-S og ICDP Sund i målingerne, og hvor mange der løbende er faldet fra, fordelt på instrumenterne.

Tabel 4-8: Deltagere og frafald i EGS-S og ICDP Sund

Måleinstrument	Baseline	Interim 1	Interim 2	Endline
Antal familier i EGS-S	834	391	502	509
Forældreopfattelse	-	686	547	392
Forældretilknytning	631	-	-	419
CBCL	-	-	-	365
Sociale relationer	1468		671	656
Sundhedsdata	1523			652
Antal familier i ICDP Sund	167	-	-	131
Forældreopfattelse	208	-	-	152
Samspilstemaer	338	-	-	326
CBCL	131	-	-	117
Sundhedsdata	208			160

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående evaluering. For hvert spørgeskema er der angivet hvor mange forældrebesvarelser der har været. Det har vist sig, at der blandt kommunerne i både EGS-S og ICDP Sund har været en uklarhed om, hvorvidt spørgeskemaerne skulle besvares af begge forældre eller blot den ene forælder, hvilket betyder at antallet af forældrebesvarelser ikke er ens med antallet af unikke familier.

Tabel 4-8 viser, at der i alt er blevet rekrutteret 834 familier til EGS-S projektet, og at der i ICDP Sund har været rekrutteret 167 familier. Som tidligere beskrevet har projekterne oplevet et markant frafald af familier undervejs i indsatsen.

I alt er der i EGS-S er der ved endlinemålingen 509 familier, som til sammen har besvaret de fem spørgeskemaer *forældreopfattelse*, *forældretilknytning*, *CBCL*, *sociale relationer* samt *sundhedsdata* på tværs af de deltagende kommuner. For hvert spørgeskema er der angivet, hvor mange forældrebesvarelser, der har været ved baseline, interim 1, interim 2 og endline måling. Som det ses af tabellen, har der generelt været et relativt højt frafald for de enkelte spørgeskemaer fra før- til eftermålingen, som er baseret på indtastninger foretaget af kommunerne. Ved frafald er det oftest begge forældre, der falder fra og ikke kun den ene forælder. Det er alene de forældre, som har besvaret både før- og eftermålingen, som kan indgå i den efterfølgende effektanalyse i kapitel 6.

I ICDP Sund er der ved endlinemålingen 131 familier, som til sammen har besvaret *forældreopfattelse*, *samspilstemaer*, *CBCL* og *sundhedsdata* på tværs af de fire projektkommuner. For hvert skema er der opgjort, hvor mange forældrebesvarelser, der har været ved baseline og endline-målingen. Der har ligeledes været frafald i ICDP Sund-indsatsen på de enkelte spørgeskemaer, men i mindre grad end i EGS-S. Det er alene de forældre, som har besvaret både før- og eftermålingen, som kan indgå i den efterfølgende effektanalyse i kapitel 7.

Tabel 4-8 viser, at der er stor forskel på, hvor mange familier, der har udfyldt de enkelte spørgeskemaer. Nogle af instruktørerne oplevede udfordringer med at få forældrene til at besvare nogle spørgeskemaer, som ligger til grund for effektanalyserne i kapitel 6 og 7. Flere af kommunerne har været ihærdige med at forsøge at få forældrene til at udfylde de forskellige spørgeskemaer, ved blandt andet at sende frankerede svarkuverter med spørgeskemaerne hjem til familierne hvis de af forskellige årsager ikke nåede at udfylde dem til undervisningen. Instruktørerne fremhæver, at årsagerne til, at nogle forældre ikke har udfyldt alle skemaerne, både handler om tidspres, hvor forældrene ikke nåede det i forbindelse med undervisningen og om modvillighed mod at udfylde skemaerne, ligesom det også fremhæves, at spørgsmålene var svære at forstå og dermed at svare på. I praksis betyder det, at der har været flere, der har gennemført forløbene, end vi har effektdata på.

Det er vigtigt at undersøge, om de forældre, der falder fra i løbet af undersøgelsesperioden, adskiller sig fra den rekrutterede målgruppe ved baselinemåling ift. køn, alder, uddannelse og sundhedsfaktorer. Hvis det er tilfældet, er der stor risiko for, at undersøgelsens forklaringsværdi udhules, således at det ikke er muligt at generalisere ud fra studiegruppens resultater, fordi den undersøgte indsatsgruppe er stærkere eller svagere end den rekrutterede målgruppe. Derfor er det nødvendigt at undersøge, om den indsatsgruppe, der har besvaret både før- og eftermålingen, afviger fra den rekrutterede målgruppe, som alene har besvaret førmålingen, da de af forskellige årsager er frafaldet indsatsen. Den rekrutterede målgruppe består af alle deltagere, der som minimum har udfyldt spørgeskemaet ved førmålingen eller interim 1, mens indsatsgruppen består af deltagere, som har udfyldt både førmålingsspørgeskemaet, eftermålingsspørgeskemaet og eventuelt også midtvejsspørgeskemaet, når et sådant har indgået. Det er besvarelserne fra den endelige indsatsgruppe, der danner baggrunden for effektberegningerne i kapitel 6 og 7.

På tværs af instrumenter i EGS-S og ICDP Sund er der ikke signifikante forskelle på deltagernes baggrunds- og sundhedsvariable i den rekrutterede målgruppe ved baselinemåling og deltagerne i indsatsgruppen. Tendensen fra den rekrutterede målgruppe til indsatsgruppen på tværs af instrumenter er, at der i indsatsgruppen er flere kvinder (2-5 pct.), færre 20-29 årige (1-5 pct.) samt flere 30-39 årige (2-5 pct.). Som et ekstra validitetstjek er eventuelle forskelle i instrumentscorer mellem den rekrutterede målgruppe og indsatsgruppen også undersøgt. Der er heller ikke på disse signifikante forskelle mellem den rekrutterede målgruppe og indsatsgruppen. Som

vist i Tabel 4-8 er frafaldet stadig højt blandt kommunerne. Det næste afsnit vil analysere årsagerne til dette.

Vurdering af årsager til frafald blandt deltagerne

På tværs af ICDP Sund-kommunerne er der mange forskellige årsager til frafald blandt deltagerne i projektet. I Esbjerg Kommune har det særligt været socialt udsatte familier, som som faldt fra undervejs i forløbene som følge af manglende overskud hos forældrene, eller fordi vejlederne kom for tæt på noget, forældrene ikke havde lyst til at være i dialog om. Af Holbæk Kommunes slutevaluering fremgår det, at frafaldsårsagerne blandt projektdeltagerne var mangeartede, men den største gruppe var familier, hvor der var behov for at sætte mere omfattende foranstaltninger i værk, end hvad der kunne løftes inden for rammerne af projektet. Derudover frafaldt enkelte grundet stridigheder mellem forældrene i forbindelse med skilsmisse. Kolding Kommune angiver som årsag til frafald, at en familie overgik til et andet tilbud, én fraflyttede kommunen, og fem udeblev uden at angive en årsag. I Ishøj Kommune angives der ikke en specifik årsag til frafaldet blandt projektdeltagerne, men det fremgår af slutevalueringen, at ICDP Sund-vejlederne oplevede et markant lavere frafald, når der var tale om individuelle forløb hjemme hos forældrene end ved forløb i institutionerne, hvorfor kommunen konkluderer, at frafaldet kan reduceres, hvis ICDP Sund-forløbet afholdes som individuelle forløb frem for holdundervisning.

I modsætning til ICDP Sund-kommunerne er der flere fællestræk på tværs af EGS-S-kommunerne i årsagerne til frafald blandt deltagerne i projektet. I både Hjørring, Lolland, Vordingborg og Odense Kommuner angives manglende overskud eller travlhed privat og på arbejde som en årsag til frafald blandt projektdeltagere. I Horsens, Lolland og Odense Kommuner slutevalueringer angives også skilsmisser eller kærestepar, der er gået fra hinanden, som årsager til, at projektdeltagerne faldt fra undervejs i forløbet. Endelig angives manglende gruppetilhørsforhold eller utilpashed på holdet som frafaldsårsag i Glostrup og Odense Kommuner. På tværs af EGS-S-kommunerne er tilbagemeldingen fra nogle af de frafaldne udsatte familier, at EGS-S-forløbene stiller forholdsvis store krav til at kunne læse og forstå samt reflektere over materialet. Dette kan skræmme nogle udsatte familier, da de ikke føler, de har de fornødne kompetencer til at indgå i mødegangene. Af andre frafaldsårsager angives også fraflytning fra kommunen og mødetidspunktet for undervisningen. Endeligt skal bemærkes, at det er et meget langvarigt forløb, der strækker sig til barnet er 2½ år, som også kan antages at være årsag til frafald, især sidst i forløbet dvs. mellem mødegang 9 og 11.

Det relativt høje frafald skyldes således en række faktorer, der ikke direkte relaterer sig til forældrenes baggrunds- og sundhedsvariable, men mere til familiens samlede livssituation. For EGS-S relaterer frafaldet sig også til varigheden af indsatsen, der i modsætning til ICDP Sund strakte sig over meget længere tid, som angivet ovenfor. Dette understøtter, at der ikke er signifikant forskel på forældrene i den rekrutterede målgruppe og den gruppe af forældre, som har gennemført indsatserne, samt at det dermed hverken er de stærkeste eller svageste grupper, som falder fra.

4.6 Delkonklusion

På tværs af både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne er der stor forskel på, hvorvidt kommunerne har vurderet deres projektorganisation som værende hensigtsmæssig. Flere kommuner, der har været organiseret med en styregruppe og projektgruppe, vurderer, at det har været effektivt, og at det har sikret bred tværsektoriel og tværfaglig inddragelse af samarbejdspartnerne i projektet. Andre kommuner har på grund af projektets fireårige udstrækning derimod været udfordrede af omstruktureringer i kommunen og anden ledelsesrokering med dertilhørende udskiftninger i styregruppe, projektgruppe og blandt projektledere. Det har givet uro internt om opgaver og medført ekstra arbejdsopgaver ift. at gøre sig bekendt med projektet og organisationen, hvilket har været hæmmende for projekterne.

Udfordringerne omkring etablering af en projektorganisation med tilstrækkelig opbakning på tværs af sektorer, har også været hæmmende for projekternes rekruttering og resultatet i, at der

har været stor forskel på, hvorvidt kommunerne er lykkedes med rekrutteringen af målgruppen. I de kommuner, der alligevel er lykkedes med rekrutteringen af målgruppen, skyldes det, at projektledelsen undervejs i projektet har udvist handlekraft og adresseret udfordringerne hurtigt og effektivt. Samtidig har der været en høj grad af ledelsesopbakning, samarbejdet mellem faggrupperne har fungeret, og det er lykkedes at markedsføre tilbuddet.

På tværs af de to indsatser har der været forskel på, hvordan det sundheds- og socialfaglige personale har rekrutteret familier med sundhedsrisici. I EGS-S projekterne har der ofte været forskellige definitioner og forståelse af, hvornår familier har øget sundhedsrisici, og det har været svært at få rekrutteret disse familier til vækstedsaktiviteter og 'Let Vejen'. I ICDP Sund er billedet, at ICDP Sund-vejledernes identifikation og rekruttering af målgruppen i højere grad har sikret, at den forventede målgruppe med fokus på familier med øget sundhedsrisici blev rekrutteret. Dog oplevede personalet i dagtilbuddene, at det kunne være svært at tage fat om samtaleemnet med forældrene.

På baggrund af spørgeskemaet ved opstart i forløbet er det muligt at se, hvilken socioøkonomisk baggrund deltagerne har, samt deres egen vurdering af fysisk sundhed. Sammenlignes de rekrutterede målgrupper ved baselinemåling i EGS-S og ICDP Sund på relevante sundhedsindikatorer, er der både ligheder og forskelle mellem grupperne. Ser vi på kendskabet til og betydningen af kostrådene, er forskellene begrænsede. Derimod er der markante forskelle i, hvor mange af forældrene der ryger og dyrker motion i hverdagen, hvor forældrene i EGS-S gennemsnitligt ryger mindre og dyrker mere motion. Ligeledes er der betragtelige forskelle i forhold til alkohol, hvor flere af EGS-S-forældrene har kendskab til den anbefalede genstandsgrænse, der ligeledes har større betydning for denne gruppe end for ICDP Sund-forældrene. For både forældre i EGS-S og ICDP Sund er den gennemsnitlige BMI på hhv. 25,8 og 26,5, svarende til overvægt. På baggrund af dette kan det derfor ses, at forældrene i ICDP Sund umiddelbart har større sundhedsrisici, når der vurderes på disse udvalgte parametre, hvilket er forventeligt, når ICDP Sund primært er rettet mod udsatte familier med særlige sundhedsrisici.

5. IMPLEMENTERING AF INDSATSERNE

I dette kapitel vurderes, hvordan de deltagende projektkommuner har implementeret indsatsen. I kapitlet besvares de to evalueringsspørgsmål: *I hvilket omfang fagpersoner tilegner sig de fornødne kvalifikationer, og hvorvidt modellerne implementeres med metodeintegritet (og dermed som tiltænkt).*

5.1 Instruktørernes uddannelse og rolle i projektet

For både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne er det overordnede billede, at det antal instruktører og vejledere, som projekterne oprindeligt havde planlagt skulle uddannes, alle har gennemført SST's uddannelsesforløb, hvilket også fremgik af midtvejsevalueringen. Der har kun været enkelte frafald, som primært skyldtes jobskifte, sygdom eller at uddannelsen var mere omfattende end først antaget, hvorfor man trak sig.

I tabellen herunder fremgår antallet af instruktører og vejledere, som har gennemført SST's uddannelsesforløbene, og hvorvidt der har været frafald blandt undervisningsdeltagerne.

Tablet 5-1: Gennemførte uddannelsesforløb hos SST

Kommune - projekt		Antal der har gennemført uddannelsen	Antal der er frafald under uddannelsen
ICDP Sund	Esbjerg	14	4
	Holbæk	12*	
	Kolding	14	2
	Ishøj	14	
EGS-S	Glostrup	6	
	Hjørring	6	
	Høje-Taastrup	7	
	Horsens	6	
	Lolland	6	
	Nyborg	5	
	Odense	7	
	Syddjurs	9	
	Tønder	8	
	Vordingborg	6**	

* Af de 12 der har gennemført uddannelsen i Vordingborg, er der to som er blevet uddannet til ICDP Sund-trænere.

** I Vordingborg har seks gennemført uddannelsen. Derudover er der fire medarbejdere, som er blevet sidemandsoplært.

Som det fremgår af tabellen, har de deltagende sundhedsplejersker og jordemødre på EGS-S-forløbenes instruktøruddannelser alle gennemført uddannelsen. For ICDP Sund-forløbene har der til gengæld været frafald for to ud af fire projekter, hvor henholdsvis to og fire ICDP Sund-vejledere er faldet fra i løbet af undervisningen. I Esbjerg skyldtes det jobskifte og sygdomsforløb hos to sundhedsplejersker samt at et dagtilbud udtrådte af projektet, hvorfor to pædagoger ikke fuldførte uddannelsen. I Kolding skyldtes frafaldet, at ICDP Sund-uddannelsen var mere omfattende end først antaget, hvilket resulterede i, at to deltagere ikke gennemførte uddannelsen. Samtidig gjorde det en stor forskel for nogle, at undervisningen skulle foregå i Aalborg, hvilket var medvirkende til, at Kolding Kommune ikke fik uddannet 16 ICDP Sund-vejledere, som var den oprindelige målsætning.

I ICDP Sund-projekterne er det pædagoger og sundhedsplejersker, der har gennemført uddannelsen og er blevet uddannede ICDP Sund-vejledere. I EGS-S-projekterne er det primært sundhedsplejersker og jordemødre, der er blevet uddannede som EGS-S-instruktører.

I Holbæk Kommune blev to af ICDP Sund-vejlederne endvidere uddannede til ICDP Sund-trænere, og de uddannede som en del af deres egen uddannelse 10 fagpersoner i Børnekonsumtcentret i ICDP Sund-metoden. De to ICDP Sund-trænere blev efterfølgende certificerede til at uddanne andre i ICDP Sund-metoden, hvilket ifølge Holbæk Kommunens slutevaluering har været med til at styrke det faglige miljø omkring ICDP Sund og sikret, at ICDP Sund -metoden og -forståelsen fastholdes, også selv om der skulle ske personaleudskiftning. Vordingborg Kommune beskriver i slutevalueringen, at der har været sidemandsoplæring af instruktører med henblik på at mindske sårbarheden ved sygdom/ferie blandt instruktørerne. Sidemandsoplærte instruktører har altid undervist sammen med en underviser, der har gennemført hele uddannelsen. I midtvejsevalueringen var der flere kommuner, som angav, at de havde anvendt sidemandsoplæring. I midtvejsevalueringen blev det præciseret, at de primære instruktører (som har gennemført uddannelsesforløbet hos SST) som hovedregel har gennemført forløbene, og de sekundære instruktører har været tilknyttet projekterne på mere løs basis og har fungeret som afløsere ved ferie eller andet fravær. Det skal påpeges, at SST ikke har godkendt sidemandsoplæring på noget tidspunkt i projektperioden, idet det har været en forudsætning for at kunne være instruktører, at man var uddannet hertil af det team, der har udviklet EGS - S.

I forbindelse med undervisningen har der i flere af EGS-S-kommunerne også været anvendt gæsteinstruktører som suppleant til en uddannet instruktør. Eksempelvis i Hjørring Kommune, hvor gæsteinstruktører uddannede i "Let Vejen" samt en sexolog, en fysioterapeut, en familiekonsulent og en sundhedskonsulent underviste holdene. Formålet med gæsteinstruktørerne var at gøre holdene så tværfaglige som muligt set i forhold til SST's uddannelseskoncept. I Lolland Kommune har der også været anvendt gæstelærere, som oftest har været fagpersonale med et højt fagligt niveau på det område, der skulle undervises i. Det vurderes af begge kommuner, at gæsteinstruktørerne har været medvirkende til at opkvalificere den faglige diskussion og skabe forbedringer i projektet.

5.2 Kvaliteten af uddannelsesforløbene

I forhold til uddannelsesforløbene fremgår det af både ICDP Sund- og EGS-S-kommunernes slutevalueringer, at kvaliteten har varieret meget.

Særligt for ICDP Sund-kommuner: Generelt er tilbagemeldingerne om ICDP Sund-uddannelsesforløbene overordnet positive.

Boks 5-1: ICDP Sund-uddannelsen

ICDP Sund-uddannelsen har to niveauer:

Første niveau fokuserer på, hvordan omsorgspersonen selv indgår i et udviklingsstøttende samspil med andre. Andet niveau er en overbygning, der har fokus på, hvordan professionelle udvikler forældres eller kollegers evne til at indgå i udviklingsstøttende samspil.

Når de to niveauer er gennemført, er deltagerne kvalificerede til at indgå som vejledere i forældregrupper, hvor der typisk tilbydes et forløb på 6-10 gange a to timer.

I Kolding Kommune fremhæver ICDP Sund-vejlederne, at de gennem uddannelsen har fået højet deres faglige sikkerhed i kommunikationen med forældrene og særligt ved de vanskelige samtaler. Det samme gør sig gældende i Esbjerg, hvor ICDP Sund-vejlederne giver udtryk for, at de med uddannelsesforløbet har følt sig godt klædt på til at gennemføre samtaler med forældrene. Til gengæld har det omfattende dokumentationsarbejde både været ressourcekrævende og en udfordring i forhold til, hvordan de er vant til at arbejde.

Ishøj Kommune oplever, at kvaliteten af ICDP Sund-uddannelsesforløbet har været for dårlig, og i slutevalueringen fremgår det, at "uddannelsesforløbene var meget forskelligartede, og at dele af

undervisningen ikke var tilstrækkelig til at give vejlederne mulighed for at tilegne sig de nødvendige kvalifikationer". Som konsekvens heraf ansatte Ishøj Kommune en ekstern underviser og supervisor til at undervise internt i kommunen. ICDP Sund-vejlederne i Ishøj Kommune var yderst tilfredse med denne ekstra undervisning, hvor instruktørerne formåede at inspirere vejlederne og at sætte stoffet ind i en kontekst, som fremstod relevant for ICDP Sund-vejlederne.

Særligt for EGS-S-kommunerne: Generelt er tilbagemeldingen, at instruktørernes uddannelse var meget overordnet, men at uddannelsesmateriale var fint.

Boks 5-2: EGS – S uddannelsen

EGS-S uddannelsen løber over tre dage

De første to dages undervisning er en generel indføring i konceptet og giver instruktørerne: 1.) Det teoretiske grundlag, 2.) Hvordan konceptet følges, 3.) Den rent pædagogiske formidling i undervisningen. Der er indlagt øvelser, som træner det tværfaglige samarbejde og den læringsformidlende underviserrolle. Den tredje undervisningsdag er lagt, når instruktørerne er i gang med undervisningen. Her tages udgangspunkt i deltageres erfaringer som instruktører.

Når alle tre kursusdage for instruktører er gennemført, er deltagerne kvalificerede til at undervise efter konceptet En god – sammen og guide forældrene gennem kursets forløb med 11 gange fra slutningen af graviditeten fra til barnet er ca. 2 ½ år.

Instruktørerne har ønsket, at der havde været et stærkere fokus på metoder og pædagogik i uddannelsen samt at der i kurset havde været afsat tid til at afprøve nogle af metoderne i forældreuddannelsen. Den oplevede mangelfuldhed i koblingen mellem det teoretiske fundament og praksis gav hos enkelte kursister en oplevelse af, at opkvalificeringen af instruktørerne i modelprojektet ikke til fulde levede op til sit potentiale og til behovet i kursistgruppen.

I Horsens Kommune beskriver instruktørerne således, at de følte sig godt klædt på i forhold til undervisningsindholdet på de enkelte mødegange, men de kunne godt have tænkt sig mere gruppedynamisk/pædagogisk kompetence fra start. Gennemførelse af kurset stiller store krav til instruktørernes gruppedynamiske kompetencer og derfor kunne det have været formålstjenligt, hvis instruktørerne i højere grad havde haft mulighed for at arbejde med udvikling af disse kompetencer.

Som det fremgår af midtvejsevalueringen, deltog flere projektinstruktører i uddannelsen målrettet værkstedsaktiviteten "Let Vejen", udviklet og afholdt af Fødevarestyrelsen. For både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne afholdt Fødevarestyrelsen også et obligatorisk kursus i forhold til at kunne afholde "Let Vejen"-kurser. Her var der fokus på begrebet handlekompetence og udvikling af dette hos forældrene, se formål og mål i boks 5-2.

Deltagelse i yderligere uddannelse betød samlet for projekterne, at der kom flere aspekter ind i undervisningen. Det er svært at skelne, hvilke dele af undervisningen i forældreforløbene, der er hentet fra SST's uddannelse og hvilke, der er fra "Let Vejen", og det kan derfor være svært at se, hvilken konkret indvirkning SST's uddannelse alene har haft på forløbene. En egentlig evaluering af "Let Vejen" er ikke en del af indeværende rapport. Fødevarestyrelsen valgte selv at finansiere en mindre kvalitativ evaluering af "Let Vejen" til internt brug og som arbejdsredskab i forbindelse med fremadrettede indsatser.

Boks 5-3: Indhold af obligatorisk kursus i "Let Vejen": Handlekompetence – mad, leg og bevægelse

Handlekompetence – mad, leg og bevægelse

De centrale elementer i kurset er handlekompetence – et sundhedspædagogisk begreb, netværk – som sundhedsfremmende metode og sund mad, leg og bevægelse i hverdagen.

Formålet med kurset er at videreuddanne kommunale projektansatte, som i det daglige arbejder med bl.a. sundhed, trivsel og udsatte familier. Målet er, at projektets ansatte efter kurset kan planlægge og gennemføre netværksbaserede, lokale mad- og bevægelsesaktiviteter.

Målet er at give projektmedarbejderne viden om:

- Målgruppen – udsatte familier, hvad karakteriserer målgruppen, og hvilke metoder egner sig bedst til denne målgruppe?
- Rekruttering – hvordan sikrer kommunen, at de rette deltagere udvælges til værkstedsaktiviteterne?
- Deltagelse og medejerskab – hvordan kan deltagelse og medejerskab bruges aktivt i forhold til familierne?
- Handlekompetence – hvordan kan familierne støttes i at udvikle handlekompetence?
- Netværksdannelse – hvordan kan der arbejdes med netværksdannelse i lokalområder, fx via etablering af legegrupper, madlavningsgrupper mv.?
- Mad, leg og bevægelse – hvordan arbejdes der bedst med mad, leg og bevægelse i værkstedsaktiviteterne?
- Evaluering og forankring – hvilke metoder er særligt velegnede til evaluering og forankring af værkstedsaktiviteterne?

5.3 Løbende opfølgning på instruktørernes gennemførelse

Rammerne for den løbende opfølgning af ICDP Sund-vejledernes og EGS-S-instruktørernes gennemførelse af indsatserne og sikring af, at de havde tilegnet sig de fornødne kvalifikationer, varierer meget på tværs af kommunerne. Enkelte kommuner har haft meget stringente rammer med faste månedlige statusmøder, mens andre i højere grad har udvist tillid til, at vejlederne og instruktørerne har gennemført undervisningen ud fra SST's angivne rammer.

Generelt har kommunerne gjort brug af flere aktiviteter – ofte i kombination – med henblik på at sikre de fornødne kvalifikationer hos instruktørerne.

- Statusmøder mellem projektleder og vejledere/instruktører.
- Netværksgruppemøder, hvor instruktørerne har erfaringsudvekslet og sparret med hinanden.
- Efteruddannelsesdage, hvor vejlederne/instruktørerne har modtaget supplerende uddannelse på seminarer og temadage udbudt af kommunen, SST eller en tredje aktør.
- Supervision, hvor vejledernes/instruktørernes undervisning er blevet observeret af andre instruktører eller eksterne evaluatore.

Tabel 5-2: Kommunernes aktiviteter til sikring af kvaliteten af undervisningen

Kommune - projekt		Projekt- og statusmøder	Netværksgruppemøder	Efteruddannelsesdage	Supervision
ICDP Sund	Esbjerg	+	+	+	
	Holbæk		+	+	
	Kolding	+	+	+	
	Ishøj			+	+
EGS-S	Glostrup	+		+	+
	Hjørring	+	+		+
	Høje-Taastrup	+			
	Horsens	+		+	
	Lolland	+	+	+	
	Nyborg	+	+		+
	Odense	+	+		+
	Syddjurs	+		+	
	Tønder		+	+	
	Vordingborg		+	+	+

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående arbejde.

Projekt- og statusmøder og netværksgruppemøder

I 10 ud af 14 kommuner har der på tværs af både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne løbende været afholdt projekt- og statusmøder mellem projektlederen og vejlederne/instruktørerne. Eksempelvis i Høje-Taastrup Kommune, hvor projektlederen hver anden måned indkaldte instruktørerne til møde. På møderne har undervisningen og undervisningsmaterialet typisk været drøftet, og der er blevet udvekslet erfaringer og planlagt fremtidige mødegange. Ud af de 14 kommuner har ni også haft netværksgruppemøder, hvor vejlederne/instruktørerne har mødtes og sparret fagligt med hinanden. For eksempel i Lolland Kommune, hvor instruktørerne mødtes seks gange årligt á to timers varighed. Formålet har været, at de kunne inspirere hinanden, men også at sikre metodeintegriteten i undervisningen. I flere kommuner har der i forbindelse med netværksgruppemødet også været inviteret eksterne oplægsholdere. Eksempelvis i Kolding Kommune, hvor der har været oplæg fra misbrugscenteret med temaet "Hvordan inviteres der ind til den svære samtale?" (jf. afsnit 4.2.1).

Efteruddannelsesdage

I 10 ud af 14 kommuner har der på tværs af både ICDP Sund- og EGS-S-projekterne endvidere været et tilbud om efteruddannelse for vejlederne/instruktørerne med henblik på at styrke kvaliteten af undervisningen og sikre, at instruktørerne havde de fornødne kvalifikationer. I Ishøj Kommune blev efteruddannelse efterspurgt af instruktørerne selv, som ikke følte, at ICDP-uddannelsen havde givet dem de nødvendige kvalifikationer til at uddanne andre. Efteruddannelsen har primært fundet sted på seminarer og temadage udbudt af enten kommunen, Sundhedsstyrelsen eller en tredje aktør.

Generelt fremgår det af kommunernes slutevalueringer, at instruktørerne har været tilfredse og glade for efteruddannelsen, da det har kvalificeret deres kompetencer og kvalifikationer til at gennemføre indsatsen. Det vurderes også at have bidraget positivt til motivationen og ejerskabet i projektet, hvilket har været med til at skabe overskud og energi til at håndtere nogle af de udfordringer, der har været i forbindelse med at anvende metoderne som foreskrevet.

Supervision

Seks ud af 14 kommuner har endvidere anvendt supervision af instruktørerne som en del af den løbende kvalitetssikring af undervisningen. Supervisionen har taget forskellige former, men har i

de fleste tilfælde bestået af observation af undervisningen. Det gælder Hjørring og Odense kommuner (EGS-S), hvor instruktørerne undervejs i projektet efterspurgte supervision. Her fik instruktørerne feedback på kvaliteten og metodeintegriteten i deres undervisning. I begge kommuner var instruktørerne positivt indstillede over for supervisionen, og som konsekvens heraf blev supervision derfor implementeret efterfølgende som et fast element i begge projekter.

I Ishøj Kommune (ICDP Sund) arbejdede de med supervision som en del af ICDP-vejledernes kompetenceudvikling ved, at ICDP-vejledernes undervisning blev filmet og efterfølgende evalueret af deres kolleger. Selv om ICDP-vejlederne gav udtryk for, at de i starten oplevede det som grænseoverskridende at skulle filmes og evalueres af sine kollegaer, gav det dem mulighed for at reflektere over deres arbejde med metoden. ICDP-vejlederne har også givet udtryk for udbredt tilfredshed med at bruge metoden efter ICDP Sund-projektets afslutning.

På baggrund af midtvejsevalueringen blev det blandt andet som læringspunkt i forhold til implementering af metoderne anbefalet, at der kan anvendes kollegial supervision og tværfaglige erfaringsgrupper til styrkelse af metodeintegritet samt refleksion over undervisningsforløb. For flere af projekterne var det ved midtvejsevalueringen en udfordring, hvordan programmets metode og koncepter kunne overholdes i de enkelte undervisningsgange. Her har det vist sig særligt anvendeligt, når instruktørerne har fungeret som supervisorer på hinandens undervisningsforløb, hvilket ligeledes har bidraget til refleksion over koncepterne.

Endelig var der også supervisionsforløb på tværs af Glostrup og Vordingborg Kommuner (EGS-S), der indgik et tværfagligt evalueringssamarbejde med fokus på supervision.

Boks 5-2: Eksempel på samarbejde om supervision

I Vordingborg og Glostrup Kommuner valgte at etablere et evalueringssamarbejde, der bl.a. vedrører en erfaringsudveksling i gennemførelsen af de konkrete mødegange og en form for supervision i anvendelsen af konceptet. Samarbejdet medførte blandt andet, at instruktørerne fra de to projekter besøgte hinanden ca. 10 gange i løbet af 2012.

Et vigtigt formål med samarbejdet har været at evaluere metodefideliteten i undervisningen, dvs. i hvilket omfang der var væsentlige afvigelser fra den fastlagte metode. Projektdeltagerne i de to kommuner har også brugt hinanden som katalysatorer til at reflektere over metoden, det faglige niveau i undervisningen, didaktikken og den opnåede synergi i forhold til tværfagligheden.

Kommunerne vurderer, at samarbejdsinitiativet har højnet fideliteten i to projekter, blev spottet i tide og kunne tages i opløbet. Forudsætningerne for, at det kan lykkes med kollegial supervision og sparring, vurderes at være, at 'observatørerne' er erfarne i EGS-S-konceptet og de didaktiske tilgange, samt at de holder et højt fagligt niveau. Det kan også være en fordel, at supervisionen gennemføres af udefrakommende, da det kan være for følsomt at blive evalueret af sine egne kolleger, hvilket man bl.a. har erfaret i ICDP Sund-projektet i Esbjerg Kommune.

5.4 Tværfagligt samarbejde

På tværs af kommunerne fremgår det af slutevalueringerne, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne har fungeret godt, og det fremhæves af flere kommuner som værende noget af det mest værdifulde, der er kommet ud af projekterne.

Kommunerne fremhæver i deres slutevalueringer, at det tværfaglige samarbejde har været med til at styrke relationerne, og faggrupperne har fået mere indsigt i og respekt for hinandens ressourcer og faglighed. Kommunerne beskriver, at projektet dermed har været med til at nedbyde

barrierer og fordomme mellem faggrupperne og medført, at faggrupperne i højere grad ser hinanden som kollegaer. Desuden fremhæver kommunerne også, at det har styrket samarbejdet uden for projektet, idet det er blevet nemmere for de fagprofessionelle at tage kontakt til hinanden og tage fat i både større og mindre udfordringer.

Det gælder eksempelvis Syddjurs Kommune (EGS-S), hvor sundhedsplejerskerne og jordemødrene har udtrykt stor begejstring for det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne. Af slutevalueringen fremgår det, at begge faggrupper fik indblik i hinandens faglighed og inspirerede hinanden. I Ishøj Kommune (ICDP Sund) er vurderingen blandt ledere og ICDP-vejledere, at det tværfaglige samarbejde har fungeret godt, og der er stor opbakning til at fortsætte det gode samarbejde.

Flere kommuner har endvidere arbejdet med at styrke det tværfaglige samarbejde ved at muliggøre *erfaringsudveksling* mellem faggrupperne under forløbene på forskellig vis. Det har f.eks. været i form netværksmøder eller i forbindelse med statusmøder med projektlederen, hvor de forskellige faggrupper har mødtes og haft mulighed for at sparre med hinanden. Det har ifølge slutevalueringerne været med til at styrke det tværfaglige samarbejde og de kollegiale bånd mellem faggrupperne.

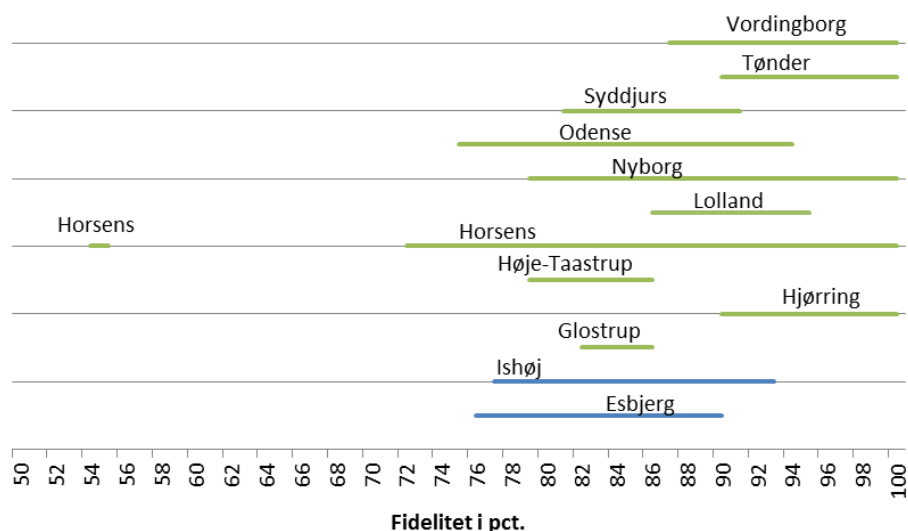
I enkelte kommuner har det tværfaglige samarbejde været udfordret bl.a. af fysiske afstande eller placeringen i forskellige forvaltninger eller organisationer, hvilket har haft betydning for koordinering og sparring. Samtidig var det tværfaglige samarbejde været udfordret af de organisatoriske rammer og betingelser for arbejdet, som var meget forskellige for de to faggrupper. I EGS-S oplevede de, at sundhedsplejerskerne havde større fleksibilitet i deres arbejde, mens jordemødrene var mere tidsstyrede af deres opgaver. På trods af dette oplevede begge faggrupper, at samarbejdet fungerede og godt, og faggruppernes forskellige kompetencer tilførte projekt en bred viden og en god dynamik. I ICDP Sund var der også forskellige udfordringer fx i form af, hvornår møderne med familierne skulle ligge, og forskellige indgange til begrebet sundhed, hvilket især i starten gav en del vanskeligheder.

Overordnet vurderer kommunerne, at samarbejdet har fungeret godt mellem de forskellige faggrupper på tværs af projekterne, og flere kommuner har valgt at skabe rammerne for, at det *tværfaglige samarbejde kan fortsætte efter projektets afslutning*. Eksempelvis i Ishøj Kommune, hvor kommunen har besluttet, at sundhedsplejen fremover skal have en eller to sundhedsplejersker fast tilknyttet som samarbejdspartnere til en konkret daginstitution. I Lolland Kommune har samarbejdet mellem sundhedsplejersker og jordemødre givet grobund for et fremtidigt samarbejde om fælles forældreforberedelse i form af fælles fødsels- og forældreforberedelse med jordemøder og sundhedsplejerske, der i indhold og form tager udgangspunkt i materiale og erfaringer fra EGS-S. Endelig har det gode samarbejde mellem jordemødre og sundhedsplejersker i Odense Kommune betydet, at kommunen fra slutningen af 2012 i højere grad er begyndt at tænke i forankring og fremadrettede samarbejdsstrategier imellem faggrupperne. I denne proces er de medarbejdere, som har været tilknyttet projektet, blevet fortalere og forbilleder for et udbygget samarbejde, og der er ifølge slutevalueringen ingen tvivl om, at de har spillet en stor rolle i den fremadrettede plan for forankring af indsatsen.

5.5 Metodefidelitet

På baggrund af fidelitetsdata, som kommunerne har angivet i deres slutevalueringer, er der set på udviklingen af metodefideliteten over tid inden for de enkelte kommuner. Det er interessant at vurdere, hvorvidt tiden har gjort, at projekterne er blevet bedre til at følge programmet og dets intentioner, eller om de omvendt har udviklet en selvstændig egen-praksis. Ligeledes kunne det tænkes, at der var et større engagement ved opstarten af den fireårige projektperiode, som gjorde, at der var højere metodefidelitet ved opstart.

Figur 5-1: Fidelitetsscore for kommunerne



Datakilde: Projekternes fidelitetsmålinger fra slutevalueringen. EGS-S-projektkommunerne er markeret med grøn, mens ICDP Sund-projektkommunerne er markeret med blå. For Holbæk og Ishøj har det ikke været muligt at angive specifikke fidelitetsværdier ud fra midtvejs- og slutevalueringerne, hvorfor de ikke fremgår af ovenstående figur. Begge projekter har i midtvejs- og slutevalueringerne vurderet at have en høj fidelitet. For Tønder og Hjørring Kommuner har det ikke været muligt at udregne specifikke fidelitetsværdier, begge projekter vurderer, at den er meget høj, og niveauet er derfor i figuren angivet til at ligge mellem 90-100 pct.

Overordnet tegner evalueringen et billede af, at metoderne og koncepterne i EGS-S og ICDP Sund i høj grad er blevet fulgt. Generelt var der en høj metodefidelitet blandt projektkommunerne, omend der også er flere kommuner, hvor der har været enkelte mødegange, hvor selvvurderingen af fideliteten er lavere og i et enkelt tilfælde over 50 pct. Det generelle billede er, at kommunerne i høj grad vurderes at have fulgt metoderne i indsatserne.

På baggrund af de fidelitetsdata, som kommunerne har angivet i deres slutevalueringer, er der ligeledes set på udviklingen af metodefideliteten over tid inden for de enkelte kommuner. Dette er interessant for at vurdere, hvorvidt tiden har gjort, at projekterne er blevet bedre til at følge programmet og dets intentioner, eller om de omvendt har udviklet en selvstændig egenpraksis. Ligeledes kunne det tænkes, at der var et større engagement ved opstarten af den fireårige projektperiode, som gjorde, at der var højere metodefidelitet ved opstart.

Det generelle billede er, at der ingen tendens er i data i forhold til at vurdere, hvorvidt metodefideliteten stiger eller falder i løbet af projektperioden. Der er kommuner (Hjørring, Horsens samt til dels i Nyborg og Vordingborg), hvor fideliteten er en smule lavere ved de første hold frem for de senere hold, hvilket kunne indikere, at instruktørerne undervejs bliver mere fortrolige med undervisningsmaterialet. Hjørring Kommune angiver i slutevalueringen, at den lave fidelitet primært skyldes et forældrepars problematikker, som fyldte meget i undervisningen, og i Horsens Kommune var det primært én mødegang på det første hold, som havde en lavere fidelitetsscore. Der ses dermed ikke en entydig tendens i udviklingen i metodefideliteten, som skulle indikere enten at projekterne blev bedre til at følge undervisningsmaterialet, eller at projekterne i højere grad skulle udvikle en stærk egenpraksis.

I forhold til lignende tiltag – som fx "Klar til barn – forberedende forældrekurser", der blev iværksat af Servicestyrelsen i 2006 og ligeledes bygger på en velbeskrevet metode, hvor interventionen bygger på en teoretisk model med entydige forventninger til processerne for forandring, så

ligger niveauet for metodeintegritet for modelkommuneprojekterne relativt højt¹¹. En af de største udfordringer i forbindelse med "Klar til barn" var evnen til at nå den fastlagte målgruppe i rekrutteringen.

I forhold til den generelle oplevelse af konceptet og metoderne i både EGS-S og ICDP Sund er det langt størstedelen af projekterne, som tilkendegiver, at det kan være svært at få tiden til at række i de forskellige undervisningsforløb. Størstedelen af kommunerne fremhæver, at det er vigtigt for instruktørerne at have muligheden for at bruge mere tid på specifikke områder, som de finder, at forældrene har ekstra behov for at få gennemgået. Instruktørerne henviser oftest til, at de gerne vil tage højde for deltagerens aktuelle behov, hvilket kan gøre det vanskeligt at leve op til den tidsplan, som er lagt for de enkelte forløb.

På tværs af EGS-S-projekterne er der nogle udfordringer i at skulle følge og undervise efter faste koncepter, som bliver påpeget i slutevalueringerne. Flere kommuner fremhæver, at der i undervisningsmaterialet i EGS-S manglede tid til præsentation og opstart af hver mødegang. EGS-S-projekterne fremhæver, at deltagerne ofte havde behov for og lyst til lige at hilse på og small talk'e, inden undervisningen gik i gang. Derudover fremhæver flere projekter, at deltagerne efter fødslen havde svært ved at møde til tiden, hvilket ydermere var en udfordring i det ellers i forvejen stramme program. Generelt er der flere kommuner, som har påpeget, at det kunne være svært at lytte til deltagerens behov og få besvaret deres spørgsmål tilstrækkeligt klart, hvis det ikke lige var et tema for dagens undervisningsprogram.

På baggrund af midtvejsevalueringen blev der blandt andet som læringspunkt i forhold til implementering af metoderne anbefalet, at instruktørerne kunne udvikle støttekort. Udvikling af støttekort hjælper instruktørerne og sikrer høj metodeintegritet. Enkelte projekter havde udviklet 'støttekort' med huskelister for de enkelte undervisningsgange, hvilket understøttede arbejdet med at sikre høj metodeintegritet. Ligeledes gav det projekterne mulighed for, at de holder sig til metoden, men samtidigt også at kunne tage de udfordringer op, som er aktuelle for forældrene lige netop på dette tidspunkt.

Ud fra kommunernes samlede slutevalueringer er det ligeledes tydeligt at se, at instruktørerne er blevet mere trygge ved undervisningsprogrammet og manualerne. Flere kommuner fremhæver, at de undervejs, som de fik større kendskab til undervisningsmaterialet og de enkelte mødegange, var mere trygge i forhold til konceptet, hvilket også gjorde det lettere for instruktørerne at navigere i materialet og frigive sig fra det stramme koncept. Af andre positive elementer i forhold til undervisningsmaterialet og metodefidelteten er der flere kommuner, hvor instruktørerne har fremhævet fordelene i nogle gange at dele holdene op i mænd og kvinder. Instruktørerne oplevede, at de ved at dele holdene op kunne tale om nogle andre emner og i nogle tilfælde få fædre mere på banen.

Ishøj Kommune beskriver, at ICDP Sund-vejlederne generelt oplever, at undervisningsmaterialet blev fulgt. Dog har registreringerne af tidsforbruget i logbøgerne undervejs i projektperioden været mangelfuld, mens de af vejlederne og projektlederen vurderes til ikke at være valide. Ishøj Kommune har derfor ikke haft mulighed for at besvare, hvor stor en del af instruktørerne som for hver mødegang i høj eller i nogen grad gennemførte alle dele af programmet.

5.6 Delkonklusion

I flere af EGS-S-projekterne beskrives SST's uddannelsesforløb som relativt overordnet, ligesom flere savnede højere grad af kobling mellem det teoretiske fundament og praksis. Deltagere fra ICDP Sund-projekterne var overordnet tilfredse med undervisningen.

¹¹ Capacent for Socialstyrelsen (2009). Klar til barn – forberedende forældrekurser, afsluttende evaluering. <http://www.servicestyrelsen.dk/klartilbarn/til-fagfolk/om-klar-til-barn>

Rammerne for den løbende opfølgning af ICDP-vejledernes og EGS-S-instruktørernes gennemførelse af indsatserne og sikring af, at de havde tilegnet sig de fornødne kvalifikationer, varierer meget på tværs af kommunerne. Enkelte kommuner har haft meget stringente rammer med faste månedlige statusmøder, mens andre i højere grad har udvist tillid til, at vejlederne og instruktørerne har gennemført undervisningen ud fra SST's angivne rammer. Generelt har kommunerne gjort brug af flere aktiviteter - ofte i kombination - med henblik på at sikre de fornødne kvalifikationer hos instruktørerne.

På tværs af kommunerne fremgår det af slutevalueringerne, at det tværfaglige samarbejde mellem faggrupperne har fungeret godt, og det fremhæves af flere kommuner som værende noget af det mest værdifulde, der er kommet ud af projekterne.

Metodefideliteten vurderes på tværs af projektkommunerne til at være relativt høj. Det betyder, at undervisningsforløbene i EGS-S og ICDP Sund i høj grad er gennemført som oprindeligt planlagt. Flere kommuner fremhæver i relation til metodefideliteten og -integriteten, at det især i starten var svært at overholde den stramme tidsplan i undervisningen, men at instruktørerne, efterhånden som de blev mere trygge ved undervisningsmaterialet, fik lettere ved at undervise efter tidsplanen.

Boks 5-3 Erfaringer fra midtvejsevalueringen

På baggrund af midtvejsevalueringen blev blandt andet følgende tre læringspunkter fremhævet i forhold til implementering:

- Tværfaglighed i udvikling, tilrettelæggelse og afvikling af undervisningen, da forældrene drager stor fordel af at have flere kompetencer repræsenteret på undervisningen
- Kollegial supervision og tværfaglige erfaringsgrupper til styrkelse af metodeintegritet samt refleksion over undervisningsforløb. For flere af projekterne har det været en udfordring, hvordan programmets metode og koncepter overholdes i de enkelte undervisningsgange. Her er det vist sig særligt anvendeligt, når instruktørerne har fungeret som supervisorer på hinandens undervisningsforløb, hvilket ligeledes har bidraget til refleksion over koncepterne.
- Udvikling af støttekort hjælper instruktører og sikrer høj metodeintegritet. Enkelte projekter havde udviklet 'støttekort' med huskelister for de enkelte undervisningsgange, hvilket understøttede arbejdet med at sikre høj metodeintegritet. Ligeledes gav det projekterne mulighed for at holde sig til metoden, men samtidigt også at kunne tage de udfordringer op, som er aktuelle for forældrene lige netop på dette tidspunkt.

Midtvejsevalueringen kan læses på sundhedsstyrelsen.dk

6. EFFEKTER AF EN GOD START – SAMMEN

I dette kapitel belyses effekten af indsatsen for de deltagende forældre i En God Start – sammen (EGS-S), hvormed evalueringsspørgsmål 1) *Hvilke resultater indsatsen har haft for forældre og børn*, besvares. Først ses på de effekter, som kan spores gennem de validerede spørgeskemaer og øvrige redskaber, som er brugt i evalueringen. Der ses på, hvorvidt forældrene har opnået effekter på en række sundhedsspørgsmål og på, hvilke initiativer projekterne har iværksat for at fastholde deltagerne i indsatsen, samt hvilke strukturelle og processuelle barrierer, de har oplevet undervejs i projektperioden. Det er her værd at bemærke, at deltagerantallet i enkelte kommuner er lavt, hvilket gør det sværere at opnå statistisk signifikante resultater.

6.1 Effekter hos forældrene og børn

I analysen indgår kun den endelige indsatsgruppe. Det vil sige, at de forældre, der kun har lavet en førbesvarelse, er sorteret fra. Disse forældre indgår ikke i analysen, da vi ikke kan beregne udviklingen mellem før- og eftermålingen for dem, idet der ikke foreligger en eftermåling. Indsatsen er målt som beskrevet med redskaberne *forældreopfattelse*, *forældretilknytning*, *CBCL* og *sociale relationer*.

Overordnet set viser effektmålingen, at der er statistisk signifikante positive effekter for de deltagende familier på redskaberne *forældreopfattelse* (målt efter 6., 9. og 11. mødegang) og *forældretilknytning* (målt efter 9. og 11. mødegang). Effekten kan registreres inden for alle de områder, som redskaberne måler – dvs. en bedre tilknytning mellem barn og forældre set med forældrenes øjne samt formindskelse af forældrenes stressniveau i relation til forældrerollen. Ligeledes ses der på CBCL for børnene ved projektafslutning. Der er ikke nogen statistisk signifikant effekt på redskabet om sociale relationer.

Forældreopfattelse

Måleinstrumentet vedrørende forældreopfattelse hjælper til at vurdere forældrenes oplevelse og opfattelse af deres egen funktion som forældre samt deres barns trivsel og udvikling. Forældrene får et spørgeskema, der tager udgangspunkt i deres egen opfattelse og vurdering af en række tematikker vedrørende deres forældreskab og oplevelse af deres barn. Spørgsmålene i skemaet er således centreret om forældrenes forventninger, oplevelser og især følelser i relation til forældreskabet og deres barn. Forældrene skal bl.a. vurdere deres barns evne til at interagere med dem og andre børn samt vurdere deres egne forældreskabskompetencer i forhold til barnets rutiner i hverdagen.

Dette spørgeskema er inspireret af den validerede skala Parenting Stress Index, Short Form (PSI-SF), som er en reduceret udgave af Parenting Stress Index (PSI), der er et spørgeskema, som måler forældres stressniveau i forældrerollen. I nærværende spørgeskema er der udvalgt 16 spørgsmål, som er formuleret positivt (modsat den mere negative formulering i det oprindelige spørgeskema). Måleinstrumentet muliggør et indblik i både forældrenes selvtillid som forældre og den udvikling, forældrene har i forbindelse med indsatserne, men også en viden om barnets følelses- og kompetencemæssige udvikling, set fra et forældreperspektiv, er medtaget.

Scoringsintervallet er [16 – 80], hvor lave scores er forbundet med et negativt udfald og høje scores med et positivt udfald (jo lavere score desto mere stress i forældrerollen).

Tabel 6-1: Forældreopfattelse i forældrerollen. En sod start – sammen (EGS-S)

	6. mødegang	11. mødegang	Effect size
Forældreopfattelse (stressniveau i forældrerollen)	60	61 ^{*12}	0,3

N = 392.

Ser vi på forældreopfattelsen (forældrenes stressniveau i forældrerollen), viser tabellen en udvikling i scoren fra starten af projektet til slutningen af projektet på 60 til 61. Da scoringsintervallet spænder fra 16-80, hvor 16 angiver det højest mulige stressniveau, er dette en meget lille ændring i de samlede scores, men det drejer sig om en positiv udvikling for gruppen som helhed. Forskellen er signifikant grundet fordelingen af resultaterne med nogle outliers, der påvirker gennemsnittet i høj grad. Forældrenes stressniveau i rollen som forældre har gennemsnitligt været relativt lavt ved projektstart, men altså endnu lavere ved projektets afslutning. Spændet i kommunernes score er ved baselinemålingen 59-62, mens det ved endlinemålingen er 59-66.

Udover at der ses på forældreopfattelsen undervejs i projektperioden, ses der ligeledes på barnets forældretilknytning for at kortlægge barnets tilknytningsevne under og efter indsatsen.

Forældretilknytning

Måleinstrumentet vedrørende tilknytning har til formål at give et indblik i barnets tilknytning til sine forældre. Forældrene får udleveret et spørgeskema, der tager udgangspunkt i deres egen opfattelse og vurdering af en række tematikker vedrørende barnets adfærd over for og interaktion med forældrene. Spørgsmålene i skemaet drejer sig eksempelvis om barnets adfærd, når det leger med andre eller forælderen, om hvorvidt barnet kan dele med andre, bliver ked af det, hvis forælderen går eller ønsker opmærksomhed fra forælderen i større sociale sammenhænge.

Dette spørgeskema er inspireret af Attachment Q-set (forkortet AQS), som er et tilknytningsredskab anvendt af professionelle ved observation af børn. Nærværende spørgeskema er således et spørgeskema konstrueret ud fra AQS-beskrivelser af observationer af hhv. hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig adfærd hos børn i forhold til tilknytningen til deres forældre (mødre). Spørgeskemaet indeholder 16 spørgsmål, som kan opdeles i grupperinger i forhold til deres scoring.

Måleinstrumentet giver indsigt i den tilknytning, barnet har til sin forælder, og om hvorvidt der er forhold i tilknytningen, som kan være problematiske for barnets nutidige og fremadrettede trivsel. Skalaen går fra -30 til +30, hvor en høj score er forbundet med et positiv udfald, dvs. en tryk tilknytning.

Tabel 6-2: Forældretilknytning. EGS-S

	9. mødegang	11. mødegang	Effect size
Forældretilknytning	10	13 ^{**13}	0,6

N = 419., ** angiver et signifikansniveau på 0,01 (moderat).

Tabel 6-2 viser udviklingen i børnenes forældretilknytning målt fra 9. til 11. mødegang. Tilknytningen er steget fra 10 til 13. Ovenstående viser, at børnene havde en positiv tilknytning til deres forældre inden indsatsen, og at denne positive trykke tilknytning er steget i projektperioden.

¹² 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Effect size beregnet som Cohens d., hvor d>0,8 er at betragte som en stor effekt, 0,5<d<0,8 er at betragte som medium effekt, og 0,2<d<0,5 er at betragte som en lille effekt.

¹³ 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Effect size beregnet som Cohens d., hvor d>0,8 er at betragte som en stor effekt, 5<d<8 er at betragte som medium effekt, og 0,2<d<0,5 er at betragte som en lille effekt.

Når vi ser på forældretilknytning, er der variation mellem kommunerne, og resultaterne er ikke signifikante, når de nedbrydes på kommuneniveau. På tværs af kommunerne er tendensen, at forældretilknytningen er steget i indsatsperioden.

Ud over at der foretages målinger af forældrenes adfærd, er der ligeledes målt på barnets adfærd. Til at måle barnets adfærd er Child Behavior Checklist (CBCL) anvendt. CBCL er udregnet på baggrund af spørgsmål til forældrene om barnets adfærd og trivsel.

CBCL

CBCL bruges i klinisk sammenhæng, når der er mistanke om psykiatrisk sygdom eller alvorlig mistrivsel. CBCL afdækker, om barnet har tendens til angst, depression, somatiske problemer, opmærksomhedsvanskeligheder, somatisering, tilbagetrukkethed, søvnproblemer, aggressiv adfærd og emotionel ustabilitet, eksempelvis om det overreagerer på små ting, eller om det uden grund pludseligt skifter humør. Eksempler på CBCL-spørgsmål er: *"Kommer ofte op at slås"*, *"Bliver for urolig, når han/hun er adskilt fra sine forældre"*, *"Nervøse bevægelser, tics eller trækninger"*. Størstedelen af danske børn opnår få point på CBCL-skalaen. Jo højere point på CBCL skalaen, jo flere vanskeligheder oplever barnet.

Besvarelsen af skemaerne baseres på forældrenes observationer af barnet gennem de seneste to måneder. Skemaerne besvares i forhold til de tre kategorier: "passer ikke", "passer til en vis grad eller nogen gange" og "passer godt eller ofte".

Tabel 6-3: CBCL. EGS-S

CBCL	11. mødegang	Normtal 1½-2 år ¹⁴	Normtal 3-5 år
Internalisering	4,7	3,4	4,2
Eksternalisering	8,4	7,8	5,9
Samlet score	20,3	18,5	16,1 ^{*15}

N = 365.

Af ovenstående ses det, at børnene, der indgår i EGS-S, beskrives af forældrene som børn, der har en svagt højere forekomst af problemer end gennemsnittet i normerne, men fortsat er inden for normalområdet, når man tager standardafvigelse i betragtning (ofte defineret som +/- 1 SD i test og spørgeskemaer). Dette kan indikere, at adfærden for de børn, der indgår i projektet, er en anelse mere problematisk end gennemsnittet. En anden antagelse kan være, at forældrene som indgår i projektet af forskellige årsager (som f.eks. en lidt højere alder end gennemsnitstidspunktet for førstegangsfødende) måske er mere usikre end normalt, hvilket gør, at de dermed også vurderer deres børns adfærd mere problematisk.

Udover den samlede score for CBCL udregnes der ligeledes en internaliserings- og eksternaliseringscore. Internaliseringscoren måler graden af indadvendt problematisk adfærd hos børnene, hvor eksternaliseringscoren måler graden af udadvendt problematisk adfærd hos børnene. For de to subscore er det ligeledes tilfældet, at børnene, som indgår i projektet, scorer på gruppeplan lidt over gennemsnittet for normerne og dermed, at deres adfærd vurderes til at være en anelse mere problematisk end gennemsnittet, men også her inden for normalområdet. Det er ikke muligt på CBCL-scoren at beregne en effekt size, da spørgeskemaet blot er blevet anvendt ved 11. mødegang (endline-målingen), hvor børnene har haft en alder, som er tilsvarende spørgeskemaets aldersinddeling.

¹⁴ Ivanova, 2010. 1215-1220.

¹⁵ 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Der er stor variation blandt kommunerne i forhold til CBCL-scoren, og resultaterne er ikke signifikante, når de nedbrydes på kommuneniveau. Udviklingen på holdene er ligeledes blevet undersøgt, da projektperioden har løbet over fire år. Det kunne forventes, at forældrene på de senest afholdte hold ville score højere end forældrene på de første hold, da instruktørerne i kommunerne er blevet mere fortrolige med undervisningsmaterialet og strukturen for samarbejdet. Man kunne derfor forvente en lineær udvikling i holdenes scores, hvilket dog ikke er tilfældet. På tværs af instrumenter er tendensen, at der er store udsving fra hold til hold. Dette kan også skyldes mere kvalitative forhold som de store forskelle på deltagerantallet på holdene eller forskelle i gruppedynamikker på holdene. I EGS-S svinger antallet fra 4-17 forældre.

Sociale relationer

Gennem måleinstrumentet vedrørende sociale relationer, kan der gives et indblik i respondentens netværk og brug af dette. Respondenten besvarer et spørgeskema, der indeholder spørgsmål til respondentens sociale netværk og om, hvorvidt og hvordan et eventuelt netværk benyttes. Eksempelvis spørges ind til brugen af netværk i tilfælde af brug for hjælp til praktiske eller følelsesmæssige problemer, og der spørges ind til eventuelle konflikter med personer i respondentens netværk.

Måleinstrumentet kan give en større forståelse for, om respondenter har et netværk, og om hvorvidt netværket kan aktiveres ved behov eller om netværket kan have en dårlig indvirkning på respondentens trivsel.

Til måling af instrumentet er forældrene blevet stillet ni forskellige spørgsmål, der måler, hvorvidt forældrenes relationer er styrket i perioden. Samlet set er forældrenes sociale relationer styrket i projektperioden. Denne udvikling er dog ikke statistisk signifikant. Det skyldes store forskelle på udviklingen i de ni spørgsmål. Der ses en positiv signifikant udvikling i kontakten til udeboende børn og familie, færre konflikter i hverdagen med børn og partnere samt mere praktisk hjælp og støtte fra naboer. Omvendt ses der en negativ signifikant udvikling i praktisk hjælp fra venner, støtte fra kollegaer, konflikter i hverdagen med kollegaer og personer, der kræver for meget. Det kan således vise, at forældrene har været refleksive med hensyn til at undlade at modtage hjælp fra kollegaer og personer, der kræver for meget, hvilket er i overensstemmelse med overvejelser, forældrene har mulighed for at gøre sig undervejs i deres "uddannelsesforløb".

6.2 Sundhedseffekt

EGS-S har til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgskapacitet og handlekompetencer med henblik på at etablere tryk tilknytning mellem barn og forældre samt at udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien. Derfor ses der ligeledes på udviklingen i deltagernes sundhedsvaner fra projektets begyndelse til projektets afslutning. Særligt ses der på kost-, motions-, alkohol- og rygevaner.

Tabel 6-4: Sundhedseffekten af deltagelse i indsatsen

	1. mødegang	11. mødegang	Udvikling
Kendskab til kostråd			
Rigtig godt	16 pct.	21 pct. ^{16**}	+5 %-point
Godt	37 pct.	34 pct.*	-3 %-point
Nogenlunde	36 pct.	35 pct.*	0 %-point
Slet ikke	12 pct.	10 pct.*	-2 %-point
Betydning af kostråd			
Ja, absolut	14 pct.	16 pct.*	+2 %-point
Ja, de har nogen betydning	61 pct.	59 pct.*	-3 %-point
Nej, de betyder ikke ret meget for mig	22 pct.	21 pct.*	-1 %-point
Nej, de betyder ingenting	2 pct.	4 pct.*	2 %-point
Motion			
Ja	68 pct.	64 pct.*	-4 %-point
Nej	32 pct.	36 pct.*	4 %-point
Rygning			
Ja, dagligt	12pct.	11 pct.*	-1 %-point
Ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger	3pct.	5 pct.*	1 %-point
Nej	85pct.	84 pct.*	0 %-point
Kendskab til genstandsgrænsen for alkohol			
Ja	91 pct.	92 pct.*	+1 %-point
Nej	9 pct.	8 pct.*	-1 %-point
Genstandsgrænsens betydning			
Ja, i høj grad betydning	20 pct.	16 pct.*	+4 %-point
Ja, i nogen grad betydning	19 pct.	14 pct.**	+5 %-point
Nej, næsten ikke betydning	14 pct.	13 pct.*	+1 %-point
Nej, slet ikke betydning	46 pct.	57 pct.**	-10 %-point
BMI¹⁷	25,8	25,5*	-0,3

N = 652.

Gennemsnitligt er deltageres kendskab til kostrådene øget i løbet af projektet. Sammenholder vi deltageres kendskab til kostrådene før og efter projektet, ser vi, at der er 5 procentpoint flere af deltagerne, der har et rigtig godt kendskab til kostrådene ved slutmålingen. Således mener 21 pct., at de har et rigtig godt kendskab til kostrådene. Samtidig er der lidt færre, der slet ikke kender kostrådene. Ligesom kostrådene er kendskabet til genstandsgrænsen for alkohol også steget, og genstandsgrænsens betydning for deltagerne er også steget.

Ser vi på betydningen af kostrådene for deltageres mad- og motionsvaner, viser undersøgelsen modsatrettede virkninger. 2 procentpoint flere af deltagerne angiver ved projektets slutmåling, at kostrådene absolut har betydning for deres vaner. I modsætning hertil er der ligeledes 2 procentpoint flere for hvem, kostrådene ikke har nogen betydning ved slutmålingen. Gruppen er lille og indbefatter *kun* 4 pct. af alle deltagerne ved projektets slutmåling. Generelt er ændringerne i kostrådernes betydning relativt små.

¹⁶ 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

¹⁷ BMI under 18,5 = undervægtig. Mellem 18,5-24,9 = normalvægt. Mellem 25-29,9 = overvægtig. Mellem 30-39,9 = fedme. Over 40 = svær fedme

Størstedelen af deltagerne dyrkede motion både ved projektets begyndelse og afslutning. Der er 4 procentpoint færre, der angiver, at de dyrker motion ved slutmålingen, hvilket svarer til 68 pct. af alle deltagerne. Generelt tegner der sig et billede af, at deltagerne gennemsnitligt var mere fysisk aktive i deres fritid ved projektets start end ved slutmålingen. Således angiver 17 pct. af deltagerne, at deres fritid bedst beskrives som stillesiddende ved slutmålingen, hvilket er 5 procentpoint flere end ved projektets start.

Ser vi på andelen af deltagerne, der røg ved projektets start, er andelen stort set uændret. 1 procentpoint færre af deltagerne ryger dagligt ved slutmålingen, hvilket tæller 11 pct. af alle deltagerne.

Samlet set har projektet haft en lille effekt på deltagernes BMI. Før projektets start var deltagernes BMI 25,8, hvilket svarer til overvægt. Ved projektets afslutning er deltagernes BMI stadig i den overvægtige klasse, men det er nu faldet til 25,5.

6.3 Initiativer for at fastholde deltagelse

Generelt er det gældende, at projekterne har haft flere initiativer for at fastholde deltagerne undervejs i projektperioden.

Flere af kommunerne fremhæver, at de, efter at have oplevet et frafald blandt deltagerne, har fokuseret yderligere på at have en tydelig og direkte kommunikation til deltagerne. Det gælder eksempelvis, at instruktørerne har taget kontakt til deltagerne et par dage før næste mødegang for at sikre sig, at deltagerne ikke havde glemt det. Kontakten har både været over mail, telefon og sms. Især fremhæver kommunerne, at de har gjort meget for at sikre, at deltagerne var opmærksomme på den sidste mødegang, som ligger et år efter næstsidste mødegang. Derudover fremhæver flere kommuner, at de har fokuseret på at give løbende kommunikation til de enkelte hold – gennem eksempelvis at sikre at hjemmesiden er opdateret, opdatering af Facebook-grupper samt at udsende nyhedsbreve.

Et andet fastholdelsesinitiativ, som ses på tværs af projekterne, er, at instruktørerne i de enkelte mødegange har forsøgt at skabe fokus og opmærksomhed på, hvad der sker fremadrettet i projektet. Instruktørerne har dermed forsøgt at skabe interesse for de efterfølgende mødegange. Derudover fremhæves det af projekterne, at de har haft fokus på at skabe et rummeligt og inkluderende miljø for forældrene. Ligeledes fremhæver flere instruktører, at de har italesat og brugt mere tid på netværksdannelse efter de enkelte mødegange.

Flere kommuner fremhæver, at én af årsagerne til det høje frafald er, at det er svært for de nye børnefamilier at få hverdagen til at hænge sammen og derfor har svært ved at nå til undervisningen. I en enkelt kommune har man afholdt undervisningen to forskellige steder i kommunen således, at der var flere muligheder for, at forældrene kunne danne netværk i nærområdet. I de fleste kommuner er der efter endt undervisning serveret forplejning til forældrene.

6.4 Identificerede strukturelle og processuelle barrierer

Flere af projekterne fremhæver, at kursets varighed har været en barriere undervejs i projektperioden. Især fremhæves det store interval mellem de sidste mødegange som en udfordring, og hvor flere projekter oplevede, at der her var et stort frafald. Ligeledes påpeges, at tidspunktet for selve kurset har været en udfordring, men her har det været svært for instruktørerne at tilrettelægge det anderledes, fordi behovene blandt de deltagende forældre var meget forskellige. Generelt opleves, at tidspunktet for de første mødegange ikke er en barriere for deltagelse, men når hverdagen melder sig, og fædrene begynder at arbejde, er det en udfordring.

Der er enkelte kommuner, hvor både instruktører og forældre fremhæver, at kurset måske har været mindre målrettet andengangsfødende. Der efterspørges blandt andengangsfødende, at

undervisningen kunne være delt mere op, og at temaer som søskenderelationer godt kunne have fyldt mere i undervisningen.

Enkelte kommuner fremhæver, at risikoen for frafald er større på de mindre hold. Instruktørerne oplevede, at forældrene havde mindre mulighed for at danne netværk, og holdene var mere sårbare for afbud undervejs i forløbet.

6.5 Delkonklusioner

Forældreuddannelsen i EGS-S har til formål at støtte og udvikle forældrenes omsorgskapacitet og handlekompetence med henblik på at etablere tryk tilknytning mellem barn og forældre samt at udvikle og fastholde sunde vaner for hele familien. EGS-S er rettet mod alle kommende forældre i de deltagende kommuner (eller dele af kommunerne efter kommunens valg). Projektet har en grundlæggende del, som retter sig mod alle kommende forældre i hele eller et afgrænset område af kommunen, og en del ("Let Vejen"), som kan tilbydes udsatte familier med særlige sundhedsrisici, hvor forældrene er motiverede for forandring eller familier, som selv angiver, at de ønsker deltagelse, uden at de er rubricerede som havende særlige sundhedsrisici.

Indsatsens effekter måles på flere parametre, blandt andet forældreopfattelsen, som kortlægger forældrenes kompetencer under og efter indsatsen og derved indikerer forældrenes stressniveau i rollen som forældre. Generelt er billedet, at forældrenes forældreopfattelse har ligget på et højt niveau ved projektstart, hvilket indikerer et lavt stressniveau i forælderollen. Forældreopfattelsen er steget en smule under forældreuddannelsesforløbet og dermed er stressniveauet mindsket. Evalueringen viser, at børnene havde en positiv tilknytning til deres forældre ved mødegang 9, og at denne positive trykke tilknytning ved afslutningen af forældreuddannelses (ved mødegang 11) er bibeholdt. Samlet set viser disse to måleinstrumenter, at forældrene er blevet styrket i deres forælderolle, og at det smitter af på børnenes tilknytning, som opleves som positiv.

Derudover ses der på udviklingen af forældrenes sociale relationer gennem projektperioden. Her er der ingen signifikante resultater, men en positiv udvikling i forhold til, at forældrene oplever færre konflikter i hverdagen med børn og partnere samt mere praktisk hjælp og støtte fra naboer.

Ligeledes måles indsatsen på børnenes trivsel. EGS-S starter op ved graviditet og fortsætter indtil barnet er 2½ år. Ved indsatsens afslutning er barnets trivsel blevet målt med CBCL (Child Behavior Checklist). Overordnet scorer børnene i EGS-S højere end normtallet i CBCL. Dette kan indikere, at adfærden for børnene som indgår i projektet, anses som en anelse mere problematisk af forældrene end gennemsnittet.

Ud over at indsatsen havde til formål at etablere og understøtte en tryk tilknytning mellem forældre og barn, var formålet desuden at bidrage til at udvikle og fastholde sunde vaner. Evalueringen viser, at deltagernes kendskab til kostrådene gennemsnitligt er øget i løbet af projektet. Størstedelen af deltagerne dyrkede motion både ved projektets begyndelse og afslutning, dog er der 4 procentpoint færre, der angiver, at de dyrker motion ved slutmålingen. Forældrenes BMI er faldet en smule, dog er BMI stadig inden for overvægtsgrænsen. Kendskabet til genstandsgrænserne for alkohol og betydningen af disse er steget i indsatsperioden. Overordnet vurderes det dermed, at indsatsen har formået at etablere og fastholde nogle sunde vaner, dette til trods for at forældrene dyrker en smule mindre motion i en periode, hvor hverdagen som forældre er fyldt med andre ting.

7. EFFEKTER AF ICDP SUND

I dette kapitel belyses effekten af indsatsen for de deltagende forældre i ICDP Sund-forløbet, hvormed evalueringsspørgsmål 1) *Hvilke resultater indsatsen har haft for forældre og børn*, besvares. Først ses på de effekter, som kan spores gennem de validerede spørgeskemaer og øvrige redskaber, som er brugt i evalueringen. Derudover ses på, hvorvidt forældrene har opnået effekter på en række sundhedsspørgsmål. Desuden ses på, hvilke initiativer projekterne har iværksat for at fastholde deltagerne i indsatsen, samt hvilke strukturelle og processuelle barrierer, de har oplevet undervejs i projektperioden. Som i EGS-S er deltagerantallet i enkelte kommuner lavt, hvilket gør det sværere at opnå statistisk signifikante resultater.

7.1 Effekter hos forældrene og børn

I indeværende afsnit belyses effekten af *forældreopfattelse*, *samspilstemaer* og *CBCL*. I analysen indgår kun indsatsgruppen (dvs. de forældre, som har gennemført indsatsen, hvorimod de forældre, hvorfra der kun findes en førbesvarelse, er sorteret fra). Effektmålingen viser, at der er statistisk signifikante positive resultater for børnene vurderet ud fra instrumenterne til måling af forældreopfattelse og CBCL. Resultatet for samspilstemaer er ikke signifikant.

Forældreopfattelse

Måleinstrumentet vedrørende forældreopfattelse hjælper til at vurdere forældrenes oplevelse og opfattelse af deres egen funktion som forældre samt deres barns trivsel og udvikling. Forældrene får et spørgeskema, der tager udgangspunkt i deres egen opfattelse og vurdering af en række tematikker vedrørende deres forældreskab og oplevelse af deres barn. Spørgsmålene i skemaet er således centreret om forældrenes forventninger, oplevelser og især følelser i relation til forældreskabet og deres barn. Forældrene skal bl.a. vurdere deres barns evne til at interagere med dem og andre børn samt vurdere deres egne forældreskabskompetencer i forhold til barnets rutiner i hverdagen.

Dette spørgeskema er inspireret af den validerede skala Parenting Stress Index, Short Form (PSI-SF), som er en reduceret udgave af Parenting Stress Index (PSI), der er et spørgeskema, som måler forældres stressniveau i forælderrollen. I nærværende spørgeskema er der udvalgt 16 spørgsmål, som er formuleret positivt (modsat den mere negative formulering i det oprindelige spørgeskema). Måleinstrumentet muliggør et indblik i både forældrenes selvtillid som forældre og den udvikling forældrene har i forbindelse med indsatserne, men også en viden om barnets følelses- og kompetencemæssige udvikling set fra et forældreperspektiv.

Scoringsintervallet er [16 – 80], hvor lave scores er forbundet med et negativt udfald og høje scores med et positivt udfald (jo lavere score desto mere stress i forælderrollen).

Tabel 7-1: Forældreopfattelse i forælderrollen. ICDP Sund

	1. mødegang	6. mødegang	Effect size
Forældreopfattelse	58	59 ^{*18}	0,3

N = 152.

I de fire deltagende kommuner var der relativt store udsving, men på tværs af kommunerne ses det af Tabel 7-1, er forældreopfattelsen steg fra 58 i starten af projektet til 59 i slutningen af projektet. Som i EGS-S er der dermed tale om en positiv udvikling, hvor forældrenes stressni-

¹⁸ 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Effect size beregnet som Cohens d., hvor d>0,8 er at betragte som en stor effekt, 0,5<d<0,8 er at betragte som medium effekt, og 0,2<d<0,5 er at betragte som en lille effekt.

veau var relativt lavt ved projektets start, men altså endnu lavere ved projektets afslutning. Det er også værd at bemærke, at deltagernes stressniveau i ICDP Sund var en smule højere ved projektets begyndelse end deltagerne i EGS-S.

I ICDP Sund er et redskab om samspilstemaer imellem forældrene og deres børn også blevet undersøgt for at kortlægge, om forældrenes samspil med deres børn i projektperioden er blevet styrket.

Samspilstemaer

Måleinstrumentet vedrørende samspilstemaer kan give indsigt i samspillet mellem forældrene og deres børn. Forældrene skal besvare et spørgeskema, der primært omhandler deres interaktion med deres barn, og deres vurdering af forholdet mellem dem selv og barnet. Spørgsmålene i skemaet er centreret om forældrenes rolle i fx legesituationer og oplevelser, som forældre og barn deler. Forældrene skal i skemaet tage stilling til, hvordan de reagerer på barnets adfærd, og om de fx opfordrer barnet til at opleve noget nyt, om de roser deres barn, og om de følger barnets forslag i en legesituation.

Gennem måleinstrumentet om samspilstemaer kan det vurderes, hvordan samspillet mellem forældre og barn er, hvilket giver yderligere indblik i barnets trivsel og potentielle udvikling.

Forældrene kan score mellem $[(-22) - (+22)]$, hvor en lav score er forbundet med et negativt udfald (mindre godt samspil) og en høj score med et positivt udfald (godt samspil).

Tabel 7-2: Samspilstemaer. ICDP Sund

	1. mødegang	6. mødegang	Effect size
Samspilstemaer	7	7	0,1

N = 326.

Til måling af instrumentet er forældrene blevet stillet 11 forskellige spørgsmål, der giver en totalscore for deres samspil med børnene. Tabel 7- viser udviklingen i samspilstemaerne ved projektets begyndelse og afslutning. Den gennemsnitlige score er kun steget 0,2, hvilket ikke er en statistisk signifikant stigning. Det er interessant at bemærke, at gennemsnitscoren har været positiv fra starten af, hvilket vil sige, at forældrene har haft et relativt godt samspil med deres børn fra projektets begyndelse. Resultaterne er ikke signifikante når de brydes ned på kommuniveau.

CBCL

CBCL bruges i klinisk sammenhæng, når der er mistanke om psykiatrisk sygdom eller alvorlig mistrivsel. CBCL afdækker, om barnet har tendens til angst, depression, somatiske problemer, opmærksomhedsvanskeligheder, somatisering, tilbagetrukkethed, søvnproblemer, aggressiv adfærd og emotionel ustabilitet, eksempelvis om det overreagerer på små ting, eller om det uden grund pludseligt skifter humør. Eksempler på CBCL-spørgsmål er: "Kommer ofte op at slås", "Bliver for urolig, når han/hun er adskilt fra sine forældre", "Nervøse bevægelser, tics eller trækninger". Størstedelen af danske børn opnår få point på CBCL-skalaen. Jo højere point på CBCL-skalaen, jo flere vanskeligheder oplever barnet.

Besvarelsen af skemaerne baseres på forældrenes observationer af barnet gennem de seneste to måneder. Skemaerne besvares i forhold til de tre kategorier: "passer ikke", "passer til en vis grad eller nogen gange" og "passer godt eller ofte".

Udover at der foretages målinger af forældrenes adfærd, er der ligeledes målt på barnets adfærd. Til at måle barnets adfærd anvendes Child Behavior Checklist (CBCL). CBCL er udregnet på bag-

grund af spørgsmål til forældrene om barnets adfærd og trivsel. Hvor børnene i EGS-S er 0-2½ år, er de i ICDP Sund 2-5 år, hvilket betyder, at der kunne gennemføres både en baseline- og endlinemåling.

Tabel 7-3: CBCL scores for ICDP Sund-forløb

CBCL	1. mødegang	6. mødegang	Effect size	Normalt 1½-2 år	Normalt 3-5 år
Internalisering	9,3	4,7		3,4	4,2
Eksternalisering	12,6	8,4		7,8	5,9
Samlet score	35	27*	-0,4	18,5	16,1* ¹⁹

N = 117.

Resultatet af kommunernes indsats er en statistisk signifikant forbedring med en lille effekt. Det betyder, at børnenes trivsel er øget gennem kommunernes indsats. På tværs af instrumenter er tendensen, at der ikke er en lineær udvikling, da der er store udsving fra hold til hold (holdstørrelserne varierer fra 1-26 forældre). Det skal bemærkes, at den samlede score for børnenes trivsel både ved projektets begyndelse og afslutning er højere end de danske normaltal. I de danske normer er der et meget lille antal børn (n=12), der har en anden nationalitet end dansk. For denne gruppe er totalscoren ca. dobbelt så høj som gennemsnittet for den resterende gruppe²⁰. Det er derfor i ICDP Sund undersøgt, hvorvidt der blandt deltagerne var en højere andel indvandrere, hvilket ikke er tilfældet. En anden antagelse kan være, at forældrene som indgår i projektet af forskellige årsager måske er mere usikre end normalt, hvilket gør, at de dermed også vurderer deres børns adfærd mere problematisk.

Ud over den samlede score for CBCL udregnes der ligeledes en internaliserings- og eksternaliseringscore med udgangspunkt i normernes retningslinjer. Internaliseringscoren måler graden af indadvendt problematisk adfærd hos børnene, hvor eksternaliseringscoren måler graden af udadvendt problematisk adfærd hos børnene. Som det ses, er der sket en positiv udvikling – også for de to subscore, det vil sige, at graden af både indadvendt og udadvendt problematisk adfærd blandt de deltagende børn er blevet mindre i projektperioden.

7.2 Sundhedseffekt

ICDP Sund-forløb er opbygget af flere elementer og består samlet af både individuelle ICDP Sund-forløb i institutionen, hjemmebesøg ved sundhedsplejersker vedrørende specifikke sundhedsfaglige problemstillinger og tværfaglige værkstedsaktiviteter omhandlende mad, leg og bevægelse. Derfor er det relevant at vurdere, hvorvidt ICDP Sund-forløbene har haft en effekt på deltagernes sundhedsvaner, særligt i forhold til kost, motion, alkohol- og rygevaner. Dette afsnit beskriver udviklingen i deltagernes sundhedsvaner.

¹⁹ 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

²⁰ Kristensen, S., Henriksen, T. B. & Bilenberg, N. The Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 (CBCL/1(1/2)-5): assessment and analysis of parent- and caregiver-reported problems in a population-based sample of Danish preschool children. *Nord. J. Psychiatry* **64**, 203-209 (2010).

Tabel 7-4: Sundhedseffekten af deltagelse i indsatsen

Sundhedsindikatorer	1. mødegang	6. mødegang	Udvikling
Kendskab til kostråd			
Rigtig godt	18 pct.	29 pct.** ²¹ .	+11 %-point
Godt	34 pct.	43 pct.**	9 %-point
Nogenlunde	39 pct.	24 pct.**	-16 %-point
Slet ikke	9 pct.	4 pct.*	-4 %-point
Betydning af kostråd			
Ja, absolut	19 pct.	20 pct. *	+1 %-point
Ja, de har nogen betydning	57 pct.	61 pct. *	+4 %-point
Nej, de betyder ikke ret meget for mig	15 pct.	17 pct. *	+2 %-point
Nej, de betyder ingenting	9 pct.	2 pct. *	-7 %-point
Motion			
Ja	51 pct.	59 pct. *	+7 %-point
Nej	49 pct.	41 pct. *	-7 %-point
Aktivitetsgrad i fritid			
Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt flere gange om ugen	4 pct.	3 pct. *	-1 %-point
Dyrker motionsidræt eller tungt havarbejde mindst 3,5 time om ugen	16 pct.	19 pct. *	+2 %-point
Går ture, cykler eller har anden lettere motion mindst 3,5 time om ugen	51 pct.	64 pct. **	+13 %-point
Læser, ser på fjernsyn eller har anden stillesiddende aktivitet	28 pct.	14 pct. **	-14 %-point
Rygning			
Ja, dagligt	25 pct.	22 pct. *	-3 %-point
Ja, men der er dage, hvor jeg ikke ryger	7 pct.	4 pct. *	-3 %-point
Nej	68 pct.	73 pct. *	+5 %-point
Kendskab til genstandsgrænsen for alkohol			
Ja	77 pct.	81 pct. *	+5 %-point
Nej	23 pct.	19 pct. *	-5 %-point
Genstandsgrænsens betydning			
Ja, i høj grad betydning	16 pct.	16 pct. *	-1 %-point
Ja, i nogen grad betydning	8 pct.	10 pct. *	+2 %-point
Nej, næsten ikke betydning	7 pct.	9 pct. *	+2 %-point
Nej, slet ikke betydning	68 pct.	65 pct. *	-3 %-point
BMI²²	26,5	26,6	+0,1

N = 160.

Deltagernes gennemsnitlige kendskab til kostrådene er steget betragteligt i projektets forløb. Ved slutmåling er der 20 procentpoint flere af deltagerne, der enten kender kostrådene godt eller rigtig godt, hvilket tæller 72 pct. af alle deltagere. Deltagernes øgede kendskab til kostrådene

²¹ 95 pct. konfidensintervaller for score før og efter. Parvis t-test af udviklingen, * p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

²² BMI under 18,5 = undervægtig. Mellem 18,5-24,9 = normalvægt. Mellem 25-29,9 = overvægtig. Mellem 30-39,9 = fedme. Over 40 = svær fedme

følges af en øget betydning for deltagernes mad- og motionsvaner. 7 procentpoint færre af deltagerne angiver således, at kostrådene ikke betyder noget for deres vaner ved slutmålingen.

Flere af deltagerne dyrker motion i deres fritid ved slutmålingen, hvilket samlet tæller 59 pct. af deltagerne. Ser vi på deltagernes fritid, er der 14 procentpoint færre af deltagerne, der beskriver deres fritid som stillesiddende ved slutmålingen, hvilket indbefatter 14 procent-point af alle deltagerne. Samtidig ses en tilnærmelsesvis tilsvarende stigning i antallet af deltagere, der går ture, cykler eller har anden lettere motion mindst 3,5 time om ugen. Den øgede sundhed kan også ses i andelen af deltagere, der ikke ryger. Denne andel er steget med 5 procentpoint i projektets forløb. Således angiver 73 pct., at de ikke ryger ved projektets afslutning. Den øgede sundhed kan ikke ses i deltagernes BMI. Denne er således steget 0,1 i løbet af projektperioden. Bemærk at dette fund ikke er statistisk signifikant.

7.3 Initiativer for at fastholde deltagelse

Generelt er det gældende, at projekterne har igangsat flere initiativer for at fastholde deltagerne undervejs i projektperioden. ICDP Sund-kommunerne fremhæver, at det er svært at beskrive generelle fastholdelsesinitiativer, da det har været meget bundet op på den enkelte families konkrete udfordringer og behov. Instruktørerne har forsøgt med personlig kontakt og dialog med forældrene undervejs i projektperioden.

Esbjerg Kommune fremhæver, at eksempelvis instruktørerne har været meget fleksible over for forældrene. Eksempelvis har de ladet forældre starte op ad flere omgange, hvis det ikke er lykkedes at fastholde dem i første omgang, hvis forældrene stadig oplevedes at være motiverede for at indgå i indsatsen.

Holbæk Kommune vurderer, at flere af de forældre, som er faldet fra undervejs i projektperioden, havde behov for større foranstaltninger og støttebehov, end hvad der var indeholdt i ICDP Sund-projektet.

7.4 Identificerede strukturelle og processuelle barrierer

Projekterne fremhæver, at tidspunktet for de gruppebaserede indsatser har været en barriere undervejs i projektperioden. Projekterne fremhæver, at instruktørerne har forsøgt på bedste vis at tilrettelægge undervisningen, således at det passede til forældrenes behov.

Etablering af sundhedsrådet, beskriver Esbjerg Kommune, er lykkedes rigtig godt i en institution ved at invitere forældrene helt ind i institutionen, således at de tog ejerskab og medansvar for sundhedsrådets arrangementer. Kolding Kommune beskriver, at arbejdstidsaftalerne var en udfordring i forhold til at etablere et sundhedsråd i de deltagende institutioner.

Derudover fremhæves på tværs af kommunerne, at travlhed i institutionerne var en udfordring for ICDP-forløbene, herunder at når indsatserne bliver forankret omkring få personer, er det sårbart i forhold til sygdom, barsel mv.

7.5 Delkonklusioner

ICDP Sund er primært rettet mod udsatte familier med særlige sundhedsrisici. Et forløb i ICDP er opbygget af flere elementer og består samlet af både individuelle ICDP Sund-forløb i institutionen, hjemmebesøg ved sundhedsplejersker vedrørende specifikke sundhedsfaglige problemstillinger og tværfaglige værkstedsaktiviteter omhandlende mad, leg og bevægelse.

Indsatsens effekter måles på flere parametre, blandt andet forældreopfattelsen, som kortlægger forældrenes kompetencer under og efter indsatsen og derved indikerer forældrenes stressniveau i rollen som forældre. På tværs af ICDP Sund-kommunerne er det gældende, at der er en positiv signifikant udvikling, som indikerer, at forældrenes kompetencer er steget i projektperioden.

Ligeledes er der i ICDP Sund spurgt ind til forældrenes samspilsrelation til deres barn. Den gennemsnitlige score er kun steget 0,2 under indsatsen, hvilket ikke er en statistisk signifikant stigning. Gennemsnitscoren har været positiv fra starten af, hvilket vil sige, at forældrene har haft et relativt godt samspil med deres børn fra projektets begyndelse.

Resultatet af kommunernes indsats er en statistisk signifikant forbedring af barnets adfærd (målt ved CBCL) med en lille, men minimal effekt. Det betyder, at børnenes trivsel er øget gennem kommunernes indsats. Det skal også bemærkes, at den samlede score både ved projektets begyndelse og afslutning er højere end de danske normtal. Dette kan indikere, at adfærden for børnene, som indgår i projektet, er en anelse mere problematisk end de danske normtal, hvilket også er forventeligt, når målgruppen for ICDP Sund-forløbene er udsatte familier med særlige trivsels- og sundhedsrisici. Udover at indsatsen havde til formål at etablere en tryk tilknytning mellem forældre og barn, er formålet ligeledes at fastholde sunde vaner.

Evalueringen viser, at deltagernes gennemsnitlige kendskab til kostrådene er steget signifikant i projektets forløb. Ved slutmålingen er der 20 procentpoint flere af deltagerne, der enten kender kostrådene godt eller rigtig godt, hvilket tæller 72 pct. af alle deltagere. Deltagernes øgede kendskab til kostrådene følges af en øget betydning for deltagernes mad- og motionsvaner. Flere af deltagerne dyrker motion i deres fritid ved slutmålingen, hvilket samlet tæller 59 pct. af deltagerne. Den øgede sundhed kan også ses i andelen af deltagere, der ikke ryger. Deltagernes BMI er faldet en smule (dog ikke statistisk signifikant), men BMI er stadig over 25, svarende til at deltagerne er overvægtige. Under projektperioden har deltagerne dog formået at tilegne sig sundere vaner, både i forhold til kost, motion og rygning, til trods for at de stadig er overvægtige.

8. FORANKRING AF INDSATSERNE

I dette kapitel besvares evalueringsspørgsmålet *I hvilket omfang indsatserne overgår til drift efter projektets ophør*. Indledningsvist ses der på, hvordan og i hvilket omfang projekterne har haft fokus på forankring undervejs, herunder drivkræfter og barrierer. Dernæst ses der på, hvorvidt indsatserne videreføres efter endt projektperiode.

8.1 Fokus på forankring undervejs

Generelt har der blandt de deltagende kommuner været fokus på forankring af indsatsen undervejs i projektperioden, hvilket SST ligeledes har lagt op til, at kommunerne skulle præcisere i deres ansøgning.

Flere af kommunerne præciserer i deres slutevaluering, at de undervejs i projektperioden har afholdt møder i enten projekt- og/eller styregruppen, hvor forankringen er blevet drøftet. I nogle kommuner er forankringen af indsatsen ligeledes blevet drøftet på politisk niveau løbende under projektperioden. Enkelte af kommunerne nedsatte undervejs i projektperioden en arbejdsgruppe, som specifikt skulle se på mulighederne med at forankre og implementere indsatsen i driften efter endt projektperiode. I en enkelt kommune beskrives der, at der løbende har været fokus på at trække elementer fra indsatsen over i driften.

I vurderingen af, hvorvidt indsatserne skal forankres i de enkelte kommuner, er det generelt billedet, at kommunerne fremhæver den tværsektorielle organisering som en *drivkraft*. Flere kommuner fremhæver, at indsatsen har været den eneste eller én af de eneste indsatser, hvor medarbejdere på tværs af regionen og kommunen har arbejdet sammen om en målgruppe. Ligeledes er der flere kommuner, som fremhæver, at det har været en fordel i indsatsen, at den har været helhedsorienteret og har fokuseret på hele familien. Derudover fremhæver nogle kommuner, at midtvejsevalueringen samt kommunens egen evaluering ligeledes har været fremmende for beslutningen om at forankre indsatsen efter projektperiodens ophør.

De fleste af kommunerne fremhæver ligeledes også nogle *barrierer* i forhold til forankring af indsatsen i driften efter projektperioden. Her peger kommunerne generelt på, at der er knappe økonomiske ressourcer i kommunen. Blandt EGS-S-kommunerne er der ligeledes flere, som fremhæver, at det er et ressourcekrævende tilbud på tværs af sektorerne. Det betyder til dels, at nogle kommuner vil skulle omlægge driften, hvis tilbuddet skal etableres efterfølgende, andre fremhæver, at der er lignende tilbud til målgruppen, og at man trods den positive erfaring med projektet ikke har ressourcer til at have konkurrerende indsatser i kommunen. Ligeledes fremhæves blandt to kommuner, at de rekrutteringsudfordringer, der har været til projektet, også er en medvirkende barriere for forankringen af indsatsen. Blandt ICDP Sund-kommunerne er der flere, der ligeledes fremhæver, at den manglende ledelsesopbakning har været en barriere for at forankre indsatserne i driften efter endt projektperiode.

8.2 Videreførelse af indsatsen

Nedenstående tabel viser, hvorvidt de enkelte kommuner har truffet beslutning om forankring.

Tabel 8-1: Videreførelse af indsatsen

Kommune – projekt	Videreføres indsatsen	Årsag/tilpasning
ICDP Sund	Esbjerg	Ja, i en tilpasset form Esbjerg Kommune har på baggrund af de gode erfaringer fra projektet valgt at videreføre indsatsen i en tilpasset form. ICDP som forståelse og metode er således blevet implementeret som en del af værdisættet i to af de deltagende institutioner og hos de deltagende sundhedsplejersker, mens det i den tredje institution primært er forankret hos de medarbejdere, der har været direkte involveret i projektet. Til gengæld fortsætter "Let vejen"-forløbene ikke i nogen institutioner, da de både ressourcemæssigt og økonomisk er ressourcetunge og svære at integrere i dagligdagen. I to af de tre deltagende institutioner fortsætter de etablerede sundhedsråd. I den ene integreres sundhedsrådet i forældrebestyrelsen, mens det i den anden fortsætter i samme form som under projektet.
	Holbæk	Ja Holbæk Kommune har som følge af de gode erfaringer fra projektet valgt at videreføre indsatsen. Af slutevalueringen fremgår det, at omfanget af ICDP-aktiviteter implementeret i drift efter projektets ophør langt overstiger omfanget af aktiviteter i selve projektperioden. Desuden er ICDP som forståelse og metode blevet bredt forankret i kommunen.
	Kolding	Nej Kolding Kommune har valgt ikke at videreføre indsatsen, fordi der allerede findes tilsvarende tilbud til børnefamilierne i kommunen. De tilsvarende tilbud er "Familieiværksætterne" (hvor man forventer, at 350 familier vil deltage årligt), "De utrolige år" og "Holbæk Projektet".
	Ishøj	Ja, i en tilpasset form Ishøj Kommune har på baggrund af de gode erfaringer valgt at videreføre indsatsen, men i en tilpasset form, som konsekvens af en begrænset økonomi og som følge af erfaringer fra projektførelsen. I sundhedsplejen vil samtlige medarbejdere fremover blive ICDP Sund-uddannede, og ICDP Sund som metode vil fremover anvendes i forbindelse med behovsbesøg, hvor der skal arbejdes med samspillet mellem forældre og barn. Sundhedsplejen vil desuden i fremtiden understøtte et godt samarbejde med daginstitutionerne ved fast at tilknytte én til to medarbejdere i en daginstitution. Til gengæld vil der i dagtilbuddene kun blive startet ICDP Sund-forløb ved særlige behov, som følge af begrænsede økonomiske ressourcer. Til gengæld vil der blive arbejdet med ICDP Sund som integreret metode i de samtaler, daginstitutionen i forvejen skal afholde med forældre. I det omfang der i fremtiden etableres ICDP Sund-forløb, er der enighed på tværs af ICDP Sund-vejledere i sundhedspleje og daginstitutioner om, at det er individuelle forløb, der skal sættes på.
EGS-S	Glostrup	Nej Glostrup Kommune har valgt ikke at videreføre indsatsen, idet indsatsen aldrig er nået bredt ud til Glostrups forældre som følge af forstyrrelser i projektorganiseringen og den manglende forpligtende aftale med jordemødrene ift. rekruttering. Der er imidlertid fortsat kontakt til det politiske niveau om implementering af en anden model, der i højere grad er tilpasset vilkårene i Glostrup Kommune.
	Hjørring	Ja, i en tilpasset form Hjørring Kommune har på baggrund af de gode erfaringer fra projektet valgt at videreføre indsatsen i den kommunale drift efter projektets ophør. Indsatsen er tilpasset i samarbejde med udviklerne af EGS-S og vil fremover alene være for førstegangsgravide, og der vil blot være ti hold pr. år.
	Høje-Taastrup	Nej Høje-Taastrup Kommune har valgt at implementere et andet program, "Klar til barn", som bygger på samme metodiske/teoretiske tilgang som EGS-S. Afventer derudover den tværgående evaluering ift. justeringer i "Klar til barn". Derudover indføres indsatsen "De utrolige år baby".
	Horsens	Nej Horsens Kommune har valgt ikke at videreføre indsatsen efter projektets ophør og har i stedet valgt at tilbyde "Familieiværksætterne". Det skyldes, at kun en mindre del af familierne i målgruppen har deltaget. Og de, som har deltaget, har overvejende været meget ressourcestærke familier.
	Lolland	Nej Lolland Kommune har valgt ikke at videreføre indsatsen som følge af manglende midler til at udvide tilbuddet og modstand mod at erstatte eksisterende hjemmebesøg med noget, som kommunen endnu ikke ved om har effekt

Kommune – projekt	Videreføres indsatsen	Årsag/tilpasning
		og over for hvem. Dertil kommer, at frafaldsanalysen i slutevalueringen viser, at det især er de udsatte forældre, som ikke kan fastholdes i indsatsen, hvorfor hjemmebesøg vurderes at være den bedste måde at sikre, at sundhedstjenesten, når de svageste forældre ²³ .
Nyborg	Ja, i en tilpasset form	Nyborg Kommune har på baggrund af de positive erfaringer valgt at implementere et tværfagligt program for småbørnsfamilier, som bygger på erfaringerne fra EGS-S. I det nye program er der stort fokus på det tværfaglige aspekt, hvorfor flere kommunale afdelinger, regionens jordemødre, det private erhvervsliv og frivillige foreninger vil blive inddraget.
Odense	Ja, i en tilpasset form	Odense Kommune har som følge af de gode erfaringer fra projektet valgt at videreføre indsatsen i den kommunale drift efter projektets ophør. Indsatsen tilpasses og tilbydes til førstegangsfødende. Tilbuddet erstatter det regionale tilbud om fødselsforberedelse.
Syddjurs	Ja, i en mindre tilpasset form	Syddjurs Kommune har på baggrund af de gode erfaringer fra projektet valgt at videreføre indsatsen i den kommunale drift efter projektet ophør. Indsatsen tilpasses som følge af faldende fødselstal i kommunen samt at en del forældre, der nu får deres andet barn, allerede har deltaget i projektet, hvorfor der fremover blot startes 6 hold pr. år fremfor 12.
Tønder	Ja, i en tilpasset form	Tønder Kommune har valgt at videreføre indsatsen i en tilpasset form. Fremover vil der blot være én fast underviser (en jordemoder) i starten. Derudover vil flere eksterne aktører indgå i forløbet, som eksempelvis en lokal advokat, der vil undervise i lovgivning og økonomi.
Vordingborg	Ja, i en tilpasset form	Vordingborg Kommune har på baggrund af de gode erfaringer fra projektet valgt at videreføre projektet i en tilpasset form som følge af knappe økonomiske ressourcer. Den nye indsats hedder "Familie på vej" og minder i store træk meget om "En god start – sammen", dog med færre mødegange.

Datakilde: Projekternes slutevalueringer opsamlet i Rambølls tværgående arbejde.

Som det ses af ovenstående tabel, er det generelle billede, at ICDP Sund-kommunerne forankrer ICDP-forløbene som indsats i kommunen efter endt projektperiode, enten helt eller i en tilpasset form. Der er blot én kommune, hvor indsatsen ikke forankres, da der er et andet tilbud til målgruppen.

Blandt de ti EGS-S-kommuner er der seks, som viderefører indsatsen i en tilpasset form. Flere af kommunerne foretager en justeret tilpasning, hvor indsatsen nedjusteres. Det sker enten ved, at det alene er førstegangsfødende, som bliver tilbudt indsatsen, at der opstartes færre hold pr. år, eller at der foretages konkrete justeringer af undervisningsforløbet.

De kommuner – på tværs af EGS-S og ICDP Sund, som ikke forankrer indsatsen efter endt projektperiode, peger primært på, at der er konkurrerende tilbud til målgruppen. Der er blot én kommune, hvor der ikke er et konkurrerende tilbud, men hvor man ikke ønsker at omlægge de eksisterende hjemmebesøg, som ville være nødvendigt, da der ikke bevilges flere midler til området.

Samlet set er det generelle billede, at kommunerne forankrer indsatserne efter endt projektperiode. EGS-S forankres (i en tilpasset form) i seks ud af ti kommuner. ICDP Sund forankres (ligeledes i en tilpasset form) i tre ud af fire kommuner. Generelt er billedet på tværs af de to indsats, at kommunerne løbende har haft fokus på forankring og har taget stilling til projekternes udvikling både lokalt og på tværs af kommunerne gennem eksempelvis midtvejsevalueringen.

²³ Det skal bemærkes, at modelprojektet *En god start – sammen* forudsætter, at kommunen fortsat tilbyder hjemmebesøg som beskrevet i bekendtgørelse nr. 1344 af 0312/2010 § 10, stk. 2 uden reduktion i antallet af hjemmebesøg begrundet i deltagelse i forældreuddannelse.