



SUNDHEDSSTYRELSEN

2018

Projekter for sårbare gravide udviklet for SPU-midler i 2014-2017



Tværgående evaluering

**Projekter for sårbare gravide udviklet
for SPU-midler i 2014-2017**

Tværgående evaluering

© Sundhedsstyrelsen, maj 2018.
Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Rapporten er udarbejdet af

NIRAS A/S
Sortemosevej 19
3450 Allerød
niras@niras.dk

www.niras.dk

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 02.05.2018
Format: PDF

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-014-0

NIRAS

Indhold

1	Indledning	4
1.1	Læsevejledning	5
2	Hovedresultater	6
3	Inspiration til fremtidige indsatser	10
4	Om de 10 projekter	13
5	Omsorgs- og relationsarbejdet	15
5.1	Sårbare gravide styrkes af indsatsen	15
5.2	En lang række tilbud og aktiviteter	18
5.3	Afdækning af behov er nødvendigt	21
5.4	Bred palette af tilbud og indsatser kan sikre den rette støtte	23
5.5	Kendskab og relationer fremmer motivation og fastholdelse	31
5.6	Overgang til kommunens almindelige tilbud	33
6	Opsporing og henvisning af målgruppen	35
6.1	Om svangreomsorgens fire niveauer	35
6.2	Sårbarheder, der kan få betydning for barnets trivsel	37
6.3	Metoder til opsporing af målgruppen	40
6.4	Motivation kræver livtag med selvopfattelse og fordomme om "kommunen"	46
7	Meningsfuldt tværfagligt samarbejde	49
7.1	Et selvforstærkende samarbejde	50
7.2	Én indgang til indsatsen	52
8	Behov for en indsats	54
9	Evalueringsdesign	56
9.1	Halvårlige indberetninger	56
9.2	Semistrukturerede kvalitative telefoninterview	57
9.3	Casebesøg	57



1 Indledning

I forbindelse med det sundhedspolitiske udspil "Mere borger, mindre patient" har 10 projekter under overskriften "Bedre barselsomsorg for sårbare gravide" arbejdet med at styrke svangre- og barselsomsorgen med særligt fokus på sårbare familier. I 2014 blev bevilget 40 mio. kr. til 10 projekter, der specifikt skulle arbejde med at ruste de kommende forældre til at mestre at blive forældre og som kunne løfte de sårbare gravides kompetencer i forhold til sund livsstil og sundhedsvaner i graviditeten¹. Midlerne blev udmøntet til en indsats målrettet gravide, som ved henvisning fra praktiserende læge blev vurderet til at høre til i svangreomsorgens niveau 3². Projekterne skulle arbejde henimod at udvikle en såkaldt "pakke" til denne målgruppe.

Alle projekterne har været forankrede i den kommunale sundhedspleje. De sårbare gravide skulle inkluderes i projektet før graviditetens uge 20, og projektføreløbet blev afsluttet, når barnet var 8 uger. Derefter overgik familien til kommunens ordinære sundhedspleje, som indeholder behovsbesøg og lokale tilbud og indsatser til sårbare familier jf. sundhedslovens bestemmelser.

De 10 projekter, og deres navne, er:

- **Aarhus Kommune:** Sårbare Gravide
- **Fredericia Kommune:** Sund Start
- **Haderslev Kommune:** Liv
- **Horsens, Odder, Hedensted, Skanderborg Kommuner:** Barn på vej
- **Kalundborg Kommune:** GRO
- **Næstved Kommune:** Baby på vej
- **Ringsted Kommune:** Baby på vej
- **Silkeborg Kommune:** Sårbare Gravide
- **Svendborg, Nyborg, Langeland, Ærø, Fåborg-Midtfyn Kommuner:** Nyt liv
- **Sønderborg Kommune:** Klar, parat – tryk start



Projekterne har haft fokus på at sammensætte en solid indsats, der især søgte at styrke følgende kompetencer hos de sårbare gravide³:

- Den gravides omsorgsevne for sig selv og det ventede barn
- Forældrenes omsorgsevne over for barnet og forberedelse til den nære følelsesmæssige relation og tilknytningen mellem forældre og barn
- Evnen til at opbygge og fastholde en struktureret hverdag
- Konkret viden om spædbørns behov og kompetencer⁴.

NIRAS har gennemført en tværgående virkningsevaluering af de 10 projekters arbejder. Som grundlag for evalueringen har NIRAS monitoreret og fulgt både processen og resultaterne af arbejdet med at afprøve og udvikle en indsats i form af en såkaldt pakke til sårbare gravide. Evalueringen er tværgående og af kvalitativ karakter og har til formål at samle op på fællestræk med fokus på, hvad der

² <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2014/midler-fra-sundhedspolitisk-udspil-til-saarbare-gravide>

³ Sundhedsstyrelsen 2014: "Udmøntning af midler fra sundhedspolitisk udspil til sårbare gravide"

⁴ Sundhedsloven BEK nr. 191 af 28/02/2018 § 122

virker og ikke virker, samt hvorfor og hvordan det virker. Resultaterne understøttes af anonymiserede citater og eksempler fra projekterne. Evalueringen har fokus på at evaluere virkninger på to niveauer:

- Omsorgs- og relationsarbejdet med målgruppen
- De strukturelle og organisatoriske elementer i projekterne

NIRAS' evalueringsdata består af halvårlige indberetninger fra projekterne, der indeholder enkelte kvantitative registreringer, men især kvalitative sammenfatninger af blandt andet gode erfaringer og de udfordringer, projekterne er stødt på i projektperioden. Derudover er der gennemført dybdeinterview med et udvalg af projektets parter ca. et år inde i projektperioden og casebesøg hos alle 10 projekter mod projekternes afslutning. Casebesøgene bestod af en lang række gruppe- og individuelle interview med både projektparter og projektdeltagere samt observationer af aktiviteter og møder. Projektparterne og -deltagerne har deltaget anonymt i evalueringen, og citater er derfor anonymiserede. For en uddybning af det metodiske grundlag, se rapportens sidste afsnit.

1.1 Læsevejledning

Rapporten giver viden og erfaringer, som kan bruges som afsæt til at igangsætte en lignende tværfaglig og tværsektoriel indsats. Rapporten giver konkrete eksempler og indsigt i de erfaringer, projekterne har skabt. Citater undervejs vidner om, hvordan den tidlige indsats til gravide på svangreomsorgens niveau 3 gør en forskel.

Rapporten indledes med en opsummering af hovedresultaterne af evalueringen og inspiration til fremtidige indsatser, herunder hvilke tilbud og aktiviteter man kan bringe i spil for at styrke sårbare gravide. Efter en kort præsentation af de deltagende projekter følger resultaterne af evalueringen. Det første resultat afsnit fokuserer på indsatsens betydning for målgruppen. Her beskrives de metoder, der har vist sig særligt velegnede til at motivere og fastholde den sårbare gravide og hendes partner samt styrke deres omsorgs- og relationsevne med henblik på at styrke tilknytningen mellem barnet og dets forældre. Dernæst har rapporten fokus på opsporing og rekruttering af målgruppen, hvor det efterfølgende afsnit stiller skarpt på muligheder og barrierer for den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Undervejs fremhæves eksempler og pointer fra projekterne i anonymiseret form.

2 Hovedresultater

10 projekter har arbejdet med at udvikle og tilbyde et forløb forankret i sundhedsplejen med det formål at ruste sårbare gravide og deres partner til forældreskabet og dermed også give deres kommende barn et bedre start på livet. Hovedresultaterne af arbejdet præsenteres nedenfor.

En tidlig indsats styrker de sårbare gravide

Evalueringen viser, at en tidlig indsats – der igangsættes senest ved graviditetens uge 20 – på mange måder styrker de sårbare gravide. De gravide og nybagte forældre fortæller om en stigende selvtillid og tro på egne evner samt at have imødekommet forventede udfordringer på grund af de tilbud, de har fået i projekterne. De sårbare gravide er yderligere blevet styrket af at få konkrete, håndgribelige råd, fx til hvordan man plejer barnet, kommunikerer med det og med hinanden og holder øjenkontakt på puslebordet.

Erfaringerne fra projekterne viser samlet set, at gravide i svangreomsorgens niveau 3 har behov for den indsats, der er blevet tilbudt. Under graviditeten er det især det relationelle arbejde med udgangspunkt i de gravidites ressourcer og kompetencer, der har betydning for de ændringer, der opnås. Den tidlige indsats under graviditeten sætter ind på et tidspunkt, hvor målgruppen er motiveret for at ændre adfærd og arbejde med egne kompetencer i forhold til det kommende forældreskab. En tidlig indsats gør det muligt at fokusere på de kommende forældres behov, før barnet er født, så de efter fødslen er klar til at forholde sig til barnets behov og kompetencer.

Tal fra projekternes egen-evalueringer til Sundhedsstyrelsen peger på, at indsatsen har ført til, at gennemsnitligt tre ud af fem gravide løftes ud af svangreomsorgens niveau 3 ved at være med i projekterne. Dette fremgår af tekstboksen nedenfor.

Gennemsnitligt løftes 66 % fra svangreomsorgens niveau 3 til kommunens almene tilbud inkl. behovsbesøg (svarende til niveau 2) i løbet af projektperioden

Projekternes egen-evalueringer til Sundhedsstyrelsen viser, hvor mange det har været muligt at styrke gennem projektet til at kunne varetage forældreskabet uden omfattende støtte:

Næstved	60 %
Horsens	76 %
Ringsted	70 %
Silkeborg	62 %
Fredericia	44 %
Haderslev	80 %
Aarhus	75 %
Sønderborg	75 %
Svendborg	62 %
Kalundborg	56 % (28% af deltagerne er ikke vurderet)

Kilde: Sundhedsstyrelsen

Behov for at åbne døren til svangreomsorgens tilbud

Arbejdet med gravide, indplaceret på svangreomsorgens niveau 3, har på linje med et tidligere satspuljeprosjekt "Styrket indsats for udsatte gravide"⁵ vist, at kvinderne har behov for et udvidet tilbud, som involverer tværfaglige samarbejdspartnere. Målgruppen har psykiske, sociale, fysiske eller andre sårbarheder, der kan få betydning for det kommende barns og families trivsel, og især de psykosociale sårbarheder er væsentlige at håndtere. Det kan både være hos den kommende mor og far.

De sårbare gravide har også brug for en særlig indsats, fordi de ofte ikke har overskud til at gøre brug af de normale tilbud og ofte ikke selv opsøger støtte. Målgruppens psykosociale udfordringer og tidligere erfaringer betyder, at det har vist sig at være nødvendigt, at de professionelle tager livtag med både målgruppens selvopfattelse og frygt for "kommunen" eller "systemet". En personlig samtale mellem fagperson og den gravide er ofte med til at afdramatisere tilbuddet, målrette det den enkelte og motivere til deltagelse. Det er tidskrævende, men det kræver tid at skabe tillid. Og tillid er vigtigt for at kunne arbejde med psykosociale problemstillinger. Målgruppens motivation for at modtage særlige tilbud kan understøttes af et navn til indsatsen, som ikke associeres med sårbarhed eller udfordringer, eksempelvis ved brug af ord som 'liv', 'gro', 'sund' og 'gravid'. Et tilbud forankret i sundhedsplejen har den styrke, at det er med til at normalisere indsatsen og gør det muligt at følge familien, så længe der er behov for det.

At få nedbrudt negative forventninger og frygt via projektet opleves at give bedre forudsætninger for, at familierne i fremtiden vil være interesserede i at opsøge hjælp. Det øger også fagpersonernes opmærksomhed på familierne, så man fremover har bedre forudsætninger for tidligt at opdage behov for støtte til forældreskab. Det er en vigtig erfaring fra projekterne, at det særlige fokus på familien skal bibeholdes, når de overgår til kommunens sædvanlige tilbud, så man bygger videre på den igangsatte udvikling.

En systematisk, tværfaglig indsats er nødvendig

En sårbarhed står sjældent alene, og netop derfor er det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde afgørende for både at kunne identificere målgruppen og give den rette tidlige indsats.

En systematisk, tværfaglig opsporing sikrer, at man finder og får tilbudt målgruppen en indsats. Det handler om at få skabt en klar struktur og organisation for opsporing og henvisning. De praktiserende læger er væsentlige i den tidlige opsporing og visitation, men opsporing af sårbare gravide har især været båret af jordemødre i de 10 projekter. Har lægen taget grundigt stilling til og vurderet den gravides niveau fra første konsultation, har de andre fagpersoner langt bedre forudsætninger for at tilbyde den rette svangreomsorg tidligt i graviditeten. Opsporingen fra lægen fungerer bedst, hvis den kobles til deres eksisterende arbejde og arbejdsgange i forbindelse med anamnesen og udfyldelse af svangrejournalen. Desuden styrkes opsporingen, når der etableres en dialog i samme forbindelse, fx i form af et korrespondancebrev, hvor lægen får indsigt i den indsats, der gives uden for praksis og dermed kan tage højde for og afsætte i denne i sin kontakt med den gravide. Det øger lægens motivation for at foretage en grundig vurdering, hvis lægen ved, at der på den baggrund gives en meningsfuld indsats, og at lægen får indsigt i de tilbud, der gives, og som kan understøtte lægens eget arbejde.

⁵<https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2012/~media/F9D93D566D954476A865B389E3C1203E.ashx>

En fleksibel indsats med en bred palette af tilbud og samarbejder

De mange forskellige former for sårbarhed, der er identificeret hos gravide indplaceret på niveau 3, betyder, at målgruppen som helhed har mange forskellige behov. En veluddannet gravid kvinde i et fast parforhold med tidligere fødselsdepression eller angst kan have andre udfordringer og behov end den enlige gravide med manglende netværk, der måske har oplevet svigt i barndommen. Derfor viser erfaringen, at en bred palette af tilbud og aktiviteter er den bedste måde at sikre, at den brede målgruppe får den rette støtte.

Erfaringerne fra projekterne har vist, at de sårbare gravide kan inddeles i følgende grupper:

- **Psykiske** sårbarheder: Angst, depression, spiseforstyrrelse, traumer, ADHD, OCD o.lign.
- **Sociale** sårbarheder: Sparsomt netværk, konfliktfyldte forhold, dårlige tilknytningserfaringer fra egen opvækst, alder/mental umodenhed, , manglende job/uddannelse/økonomi
- **Fysiske** sårbarheder: Diabetes, overvægt, rygning, gastric bypass, fibromyalgi, whip-lash, rygproblemer, o.lign.
- **Andre** sårbarheder: Manglende følelser for eller engagement i graviditeten, tidligere aborter/mistet børn, skiftende partnere, partner i fængsel

Det har vist sig meningsfuldt at bygge omsorgs- og relationsarbejdet med målgruppen op om nogle grundtilbud som fx tidlige, tværfaglige hjemmebesøg, et særligt kursusforløb eller tværfaglige møder med familien (se afsnit 5.2 for yderligere uddybning af aktiviteterne). Fælles tilbud som fx gruppeundervisning har fået stor betydning for mange forskellige kommende forældre, da det netværk, der skabes, kan være til stor gavn for familierne. Samtidig er det et godt forum at formidle konkret viden i. En del af målgruppen er dog ikke i stand til at deltage i gruppeundervisning. Derfor er det vigtigt at supplere med individuelle tilbud, der gør det muligt at arbejde mere intensivt med lige netop de sårbarheder og udfordringer, den enkelte gravide måtte have. Her har det vist sig, at navnlig ekstra hjemmebesøg under graviditet og i barselperioden, en frivillig kontaktperson eller en mentor kan gøre en forskel for den gravide.

Evalueringen viser, at det relationelle arbejde – altså etableringen af en tættere relation mellem fx jordemoder, sundhedsplejerske, pædagog, frivillig og den gravide – har stor betydning for målgruppen. Fx har den personlige kontakt til den, der driver et tilbud, betydning for fremmødet og for arbejdet med tilknytning. Denne kontakt gør det også lettere for kvinden/parret at opsøge hjælp og give den støtte efter fødslen, som familien har brug for.

Den tværfaglige indsats øger den faglige kvalitet i svangreomsorgen

Det tværfaglige og tværsektorielle arbejde styrker omsorgen for den gravide og hendes familie og har ofte vist sig også at øge kvaliteten i det arbejde, fagpersonerne giver i svangreomsorgen. Det tværfaglige samarbejde gør, at både målgruppen og fagpersonerne oplever en mere sammenhængende, forebyggende og sundhedsfremmende svangreomsorg. Det tværsektorielle samarbejde fremmes af tæt kontakt – ved at mødes ofte på tværs af faggrupper, fx i form af regelmæssige møder eller ved helt konkret at arbejde i samme bygning – samt ved at kommunikere og samarbejde om selve indsatsen.

Især det fælles tværfaglige graviditetsbesøg styrker samarbejdet mellem forskellige fagpersoner, da det giver viden om hinandens kompetencer, og vigtigst styrker det oplevelsen af en fælles sammenhængende indsats for den gravide. En væsent-

lig del af det tværsektorielle arbejde, som er betydningsfuldt for gravide indplaceret på svangreomsorgens niveau 3, er samarbejdet mellem jordemødre og sundhedsplejersker, ligesom socialrådgivere også ofte spiller en stor rolle for målgruppen. Måske har de gravide allerede en "sag" i kommunen, måske er der behov for at iværksætte en undersøgelse, måske er der andre sociale forhold, der kan komme til at spille en væsentlig rolle i forhold til barnets sundhed og trivsel. Samarbejdet mellem sundhedsfaglige aktører og socialrådgivere/familiebehandlere har således betydning for familien og for de involverede professionelle i forhold til tidlig indsats.

Behov for en vedvarende indsats med én indgang

Evalueringen viser, at der er behov for en vedvarende indsats, som forankres og koordineres ét sted i kommunen. Det er afgørende, at både gravide og alle fagpersoner ved, hvor de skal henvende sig. Det er nødvendigt med en klar arbejdsdeling blandt de professionelle og et fintmasket net med fokus fra alle de fagpersoner, der i forskellige sammenhænge kan komme i kontakt med målgruppen. Det skal være overskueligt og enkelt at henvise gravide, og tilstrækkeligt kendskab til indsatsens indhold er nødvendig for at sikre opsporing af og motivation hos målgruppen. Det kræver en relativt stabil ramme med vedvarende tilbud.

Det styrker indsatsen, når der bygges videre på lokale, velfungerende samarbejder og tilbud i regioner og kommuner. Evalueringen viser, at det kan være en fordel at bygge på eksisterende tilbud i den enkelte kommune, eventuelt udbygge eller tilpasse nogle af disse og understøtte en stabilisering af tilbuddene og af det tværfaglige samarbejde om denne målgruppe. Det vigtigste er, at der sker en systematisk opsporing, og der er et særligt tilbud målrettet svangreomsorgens niveau 3.

3 Inspiration til fremtidige indsatser

På baggrund af evalueringen peger NIRAS på, Sundhedsstyrelsen med fordel kan anbefale, at alle kommuner og regioner i samarbejde gør en indsats for at tilbyde den meget heterogene gruppe af sårbare gravide på niveau 3 et særligt tilbud – et tilbud, der tager udgangspunkt i den enkelte gravide, hendes ressourcer og netværk og i lokale muligheder.

Indsatsen kan med fordel tage afsæt i den opnåede viden om, at;

- en systematiseret tilgang på baggrund af opkvalificering af de sundhedsprofessionelle kan være med til at sikre tidlig opsporing og relevant behovsafdækning
- det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og region styrker svangreomsorgen og indsatsen for den sårbare gravide
- den gravide styrkes af at opbygge en relation til "systemet" og får tryghed i kendt kontakt til fagpersoner
- en tidlig konsultation med den gravide og hendes partner, fx et tidligt hjemmebesøg fra sundhedsplejen, giver mulighed for at tilrettelægge en individuel indsats ud fra behov og konkrete problemstillinger
- inddragelse af fædrene er vigtigt for at vurdere sårbarhed, både fordi de selv kan være sårbare, og fordi de kan være en væsentlig ressource i samarbejdet
- tilbuddenes indhold og fokus skal tage afsæt i og tilpasses den eller de sårbare gravide, man sidder overfor
- gruppetilbud og fælles 'undervisning' styrker nogle deltageres netværk og er et godt forum for fagpersoner til at dele deres viden med de kommende forældre. Det er dog ikke alle sårbare gravide, der har overskud til at indgå i gruppetilbud
- lokale frivillige kan bidrage på mange måder, men introduktion til opgaven og deres rolle er nødvendig
- når familien skal overgå til de almene tilbud, skal dette forberedes i god tid og gøres nænsomt, såfremt det betyder, de skal skifte sundhedsplejerske.

Systematisk tværfaglig opsporing er nødvendig

På tværs peger erfaringerne fra alle projekterne på, at en systematisk opsporing er vigtig. Indsatsen kræver en formaliseret og systematisk arbejdsgang samt klare aftaler og ansvarsfordeling mellem de forskellige aktører. En systematisk opsporing sikrer, at man rent faktisk finder og får tilbudt målgruppen en indsats. Det gavner både den gravide og øger kvaliteten i den faglige indsats, hvis der er tale om et tværfagligt samarbejde om målgruppen. På baggrund af evalueringen anbefaler NIRAS, at kommuner og regioner kortlægger de eksisterende arbejdsgange inden for svangreomsorgen, så det kan besluttes, hvordan strukturen for henvisning kobles hertil.

En indgang til indsatsen forbedrer opsporingen

At der er tale om et omfattende tværsektorielt arbejde for at støtte målgruppen betyder også, at det skal være en synlig indsats, så alle fx ved hvem, der er ansvarlig for et tilbud til denne målgruppe, eller præcis hvor man skal henvende sig, hvis og når man møder en gravid, som er i målgruppen. Dette fremmes yderligere ved, at indsatsen gives et positivt og neutralt 'navn' fx Nyt Liv. Et sådan 'navn' bidrager til, at indgangen bliver tydelig og gør det nemmere at tale om indsatsen med samarbejdspartnere og de gravide.

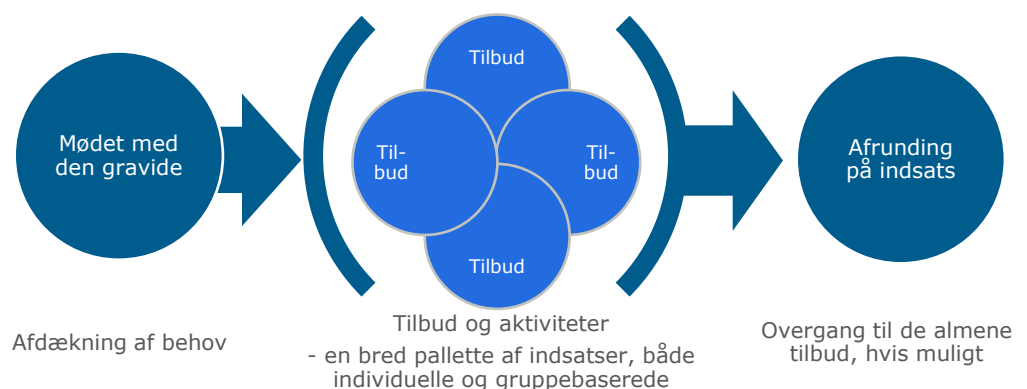
Oplysningsmateriale og faglig drøftelse klæder fagpersoner på til at vurdere niveau

Oplysningsmateriale i form af foldere, laminerede ark eller lignende kommunikationsmateriale kan bidrage til at sætte fokus på dette og klæde praktiserende læge og jordemoder på til at vurdere, hvilket niveau den gravide skal indplaceres på og se formålet med at være omhyggelig i visitationen. Uddybende retningslinjer/vejledninger til sundhedspersonalet i at vurdere niveauet kan bidrage til at sikre systematisk og kvalificeret opsporing. Når arbejdsgangen for opsporing er etableret og koblet til eksisterende arbejdsgange, skal de forskellige parter opkvalificeres til at opspore systematisk. Det er samtidig vigtigt at udbrede den opnåede viden om gravide, der er indplaceret på svangreomsorgens niveau 3 blandt alle sundhedsfaglige aktører. Det er desuden vigtigt at have et lokalt tværsektorielt forum, hvor man kan diskutere og sparre om opfattelsen af niveauerne og konkrete gravide, således at man efterhånden bliver mere præcis i vurderingen af de gravide.

Relevante og permanente tilbud skal tilrettelægges

Når kvinden er vurderet som sårbar gravid tilhørende niveau 3, skal der være relevante og permanente tilbud at henvise til i kommunalt eller evt. i regionalt regi. En kortlægning af eksisterende kommunale tilbud er værdifuld, fordi den skaber kendskab på tværs og giver viden om, hvad der kan trækkes på i tilrettelæggelsen af indsatsen.

Det anbefales at etablere et basistilbud og supplere med yderligere indsatser efter behov og lokale muligheder. På grund af kompleksiteten i kvindernes sårbarheder skal indsatsen tilpasses den enkeltes behov på baggrund af basistilbuddet. Vurderingen af den gravides sårbarhed af et tværfagligt team sikrer et mere omfattende og flerfagligt helhedsperspektiv. Figuren nedenfor viser i grove træk, hvordan en indsats kan opbygges.



NIRAS anbefaler, at man i udgangspunktet har mulighed for at tilbyde forskellige aktiviteter eller tilbud, gerne både gruppebaserede og individuelle tilbud. Det sikrer, at man har et tilbud til alle gravide med involvering af den kommende far/partner eller andre nære pårørende, og der skabes et rum for at arbejde med tilknytningen og forberedelse til forældreskabet ud fra den gravides og partnerens behov. NIRAS anbefaler, at der tages stilling til styrkerne og svaghederne i de forskellige typer tilbud og aktiviteter, som projekterne har arbejdet med. Se afsnit 5.2, hvor de 10 projekters tilbud og aktiviteter sammenfattes. Alle tilbud og aktivi-

teter til denne målgruppe har fordele og ulemper, da målgruppen har forskellige behov.

NIRAS peger på en række eksempler, som kan give idéer til, hvordan en indsats kan stykkes sammen – hvad en individuel og fleksibel pakke kan indeholde med inspiration fra de 10 projekters arbejder.

- Tidlige graviditetsbesøg i hjemmet af fx sundhedsplejerske, jordemoder, socialrådgiver el. andre, gerne tværfagligt
- Kendt jordemoderordning
- Forældreforberedende holdundervisning
- Fødselsforberedende holdundervisning, fx yogakursus eller svømning
- Gruppetilbud ved terapeut med fokus på særlig problemstilling, fx fødselsdepression, angst eller sorg
- Tværfaglige netværksmøder med deltagelse af den gravide og hendes partner
- Brug af frivillige i svangreomsorgen
- Integration af sektorer, fx ved fremskudt socialrådgiver på barselsgangen, jordemoder med på hjemmebesøg under graviditeten sammen med sundhedsplejersken eller sundhedsplejerske på besøg på barselsgangen
- Uformelt forum for netværk mellem de sårbare gravide/familier, fx ved café-tilbud
- Henvisning til parter uden for svangreomsorgen, fx til jobcenter, uddannelsesguide, diætist, socialrådgiver, vuggestuepraktik, fysioterapi, tandplejen, psykiater eller psykolog o.a.

Det er afgørende, at tilbuddene og indsatsen kobles til eksisterende arbejdsgange og trækker på allerede eksisterende tilbud i kommunen eller regionen for at sikre levedygtighed og legitimitet i kommunen. Det sikrer en vedvarende indsats, et overblik over eksisterende aktiviteter og delt viden om, hvad kommuner eller regioner kan trække på.

4 Om de 10 projekter

Projekterne har alle været forankret i sundhedsplejen. Projektlederen har været ansat i den kommunale sundhedspleje, og indsatsen har taget afsæt i en kommunal kontekst. Projekterne har alle arbejdet med at udvikle en form for forløb, en pakke med en række tilbud til de sårbare gravide – og på hver deres vis. Nogle elementer går igen i flere projekter, mens nogen projekter har særlige tilgange til arbejdet med målgruppen. Ingen af de 10 projekter er struktureret eller opbygget fuldkommen ens, men de har alle arbejdet med det samme formål for øje. Projekterne har haft fokus på at sammensætte en indsats, der især søger at styrke følgende kompetencer hos de sårbare gravide:

- Den gravides omsorgsevne for sig selv og barnet i livmoderen
- Forældrenes omsorgsevne over for barnet og forberedelse til den nære følelsesmæssige relation og tilknytningen mellem forældre og barn
- Evnen til at opbygge og fastholde en struktureret hverdag
- Konkret viden om spædbørn⁶.



En vigtig forudsætning for at kunne udvikle og senere tilbyde en indsats er at få opbygget og etableret en form og struktur for samarbejdet, hvilket er afgørende for dels at modtage henvisninger på gravide i rette tid, og dels at have en relevant indsats at tilbyde dem. Projekterne har været meget stabile, ingen projektledere er skiftet ud⁷. Der har været mange forskellige måder at være projektleder på. De forskellige projektledere har været ansat mellem 12 og 37 timer om ugen, og deres arbejdsopgaver har varieret fra ren projektledelse og koordinering til involvering i alt fra graviditetsbesøg til undervisning.

I perioden fra januar 2015 til september 2017 er 1.650 deltagere blevet visiteret til projekterne jf. projekternes indberetning til Sundhedsstyrelsen⁸. Det er vidt forskelligt, hvor mange i målgruppen de enkelte projekter har haft, blandt andet på grund af kommunens størrelse. De største kommuner har naturligt haft flere i målgruppen end de mindre.

⁶ Sundhedsstyrelsen 2014: "Udmøntning af midler fra sundhedspolitisk udspil til sårbare gravide"

⁷ En enkelt projektleder har været på barsel undervejs i forløbet, mens et andet projekt har ændret rollefordeling undervejs.

⁸ Kilde: Sundhedsstyrelsen

Det har været en del af opdraget fra Sundhedsstyrelsen, at deltagerne skulle være en del af projektet inden graviditetsuge 20, og at de skulle afslutte projektføreløbet og deltagelsen to måneder efter barnets fødsel ved afslutningen af barselsperioden, som den er defineret i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg⁹. Herefter overgik forældrene til kommunens almindelige sundhedspleje. Det er karakteristisk for svangreomsorgens niveau 3, at deres behov, sårbarheder og udfordringer rækker ud over den tid, hvor de er en del af projekterne – ofte har de ikke kun sårbarheder under graviditeten og i de første måneder. Derfor vil de ofte have behov for støtte gennem længere tid. Det gør opsporingen og arbejdet på det tidlige tidspunkt ekstra meningsfuldt. Både fordi målgruppen er villig til at arbejde med at udvikle sig, men også fordi det er en styrke for barnet, at forskellige fagpersoner har en skærpet opmærksomhed så tidligt som muligt i dets liv. Det kræver dog fortsat fokus for at sikre den gode udvikling, der er etableret.

Projekterne har udviklet en række forskellige aktiviteter, det kan fx være et tidligt fælles hjemmebesøg ved jordemoder og sundhedsplejerske, et familie- og fødselsforberedelsesforløb, et viklekursus for at styrke tilknytningen mellem mor og barn, mødregrupper, en mentorordning, en frivillig familieeven og meget mere (læs mere om tilbuddene på side 18). Det primære fokus for en stor del af aktiviteterne i projekterne har været tilknytning og relation i forhold til barnet, herunder viden om graviditetens forløb, fødslen og spædbarnets behov og kompetencer. De mange aktiviteter har ofte flere formål og fokus, ligesom de ofte tilpasses den enkelte gravide eller den konkrete gruppe. Fx udgør det tidlige hjemmebesøg et rum, hvor man kan komme tættere på familien i en tillidsfuld relation og både kan arbejde med tilknytning, sundhedsadfærd og opsporing af konkrete behov og udfordringer.

Sundhedsplejersker har som hovedregel været ansvarlige for aktiviteterne. Nogle aktiviteter, særligt i forbindelse med opsporing men også undervisning, har jordemødre stået for, mens andre aktiviteter – ofte de mere individuelle – er blevet varetaget af fx diætister, fysioterapeuter og medarbejdere i socialforvaltning eller familieafdeling.

Projekternes succes viser sig tydeligt ved, at næsten alle kommuner har valgt at arbejde videre med indsatsen efter projektperioden jf. opgørelser til Sundhedsstyrelsen. I december 2017 angiver otte ud af ti projekter i indberetninger til NIRAS, at de stadig modtager henvisninger på niveau-3-gravide ved projektets afslutning. Det skyldes, at de fortsætter indsatsen – i uforandret eller tilpasset form – efter projektperiodens udløb. Indsatsen og tilbuddene implementeres som vedvarende tilbud, og arbejdet med målgruppen fortsættes. I et af de to projekter (Nyt Liv), der omfatter flere kommuner, fortsætter arbejdet på forskellig vis i de deltagende kommuner, mens det andet projekt, der omfatter flere kommuner (Barn på Vej) har været med til at sætte retningen for hele Region Midts arbejde med sårbare gravide.

⁹ Sundhedsstyrelsen 2013: "Anbefalinger for svangreomsorgen"

5 Omsorgs- og relationsarbejdet

Evalueringen viser, at en særlig indsats kan forbedre målgruppens forældreevne. Projekterne har givet deltagerne anvendelige værktøjer til at være forældre. Det viser sig ved, at flere gravide og nybagte forældre giver udtryk for, at de har ændret sig, eller at tingene ikke er blevet, som de havde forventet – i positiv forstand.

Omsorgs- og relationsarbejdet med målgruppen kan bestå af forskellige tilbud og aktiviteter, som kan bringes i spil efter behov. Det har vist sig meningsfuldt at bygge øvrige aktiviteter op om nogle grundtilbud som tidlige hjemmebesøg, et særligt kursusforløb eller tværfaglige møder. Både projektparternes og projektdeltageres oplevelser peger på, at mange forskellige tilbud kan have positive virkninger. Det afgørende er, at der tages stilling til den enkelte gravides behov, og at indsatsen baseres på dette.

Dette afsnit har fokus på de tilbud og aktiviteter, der virker i forhold til at styrke de sårbare gravides mestrings- og forældreevne, viden og adfærd, herunder især de faktorer og principper, der har vist sig virkningsfulde.

5.1 Sårbare gravide styrkes af indsatsen

Projekternes formål har været at styrke forældrenes omsorgs- og relationsevne over for det ventede barn samt på forskellig vis at styrke deres vidensniveau i forhold til en sund graviditet og det spæde barns behov. Derudover har projekterne haft en række delmål, de har arbejdet hen imod, men alle med det samme overordnede sigte.

De mange interview, NIRAS har gennemført med projektdeltagerne, peger på, at indsatsen gør en forskel for målgruppen. Nogle projektdeltagere sætter meget store ord på den forskel, det har betydet for dem, og mange fortæller om ny viden, ny selvtillid og en god relation mellem forælder og barn.

”Det har givet mig en helt anden selvtillid, og også det her med; det kan godt være jeg har været lidt udfordret psykisk, men så kan man godt være en god mor alligevel. Det har det i hvert fald givet mig at være en del af det”

Projektdeltager, mor

”Men det er anderledes end jeg havde regnet med, for jeg forventede, at jeg ikke kunne være alene med hende og ikke kunne være forælder, men virkeligheden er, at jeg er dybt afhængig af hende, og så jeg venter bare på, at vi kan komme afsted og hjem til hende, men jeg troede aldrig, at jeg kunne røre ved hende eller knytte mig til hende”

Projektdeltager, mor

Et af projekternes formål har været at undersøge, hvorvidt indsatsen kunne gøre de gravide klar til at overgå til kommunens almene tilbud evt. inkl. behovsbesøg fra sundhedsplejersken. Som nævnt i evalueringens hovedresultater viser projekternes opgørelser til Sundhedsstyrelsen, at mellem 42 og 80 % af deltagerne efter endt projektperiode kan deltage i de almene tilbud med behovsbesøg fra sundhedsplejersken (svarende til niveau 2 i svangreomsorgen). Nogle af de faktorer, der gør, at de gravide kategoriseres som niveau 3, er vedvarende. Nogle gravide vil stadig have angst eller være deprimerede, have oplevet omsorgssvigt som børn eller have oplevet at få massiv støtte i forhold til et tidligere barn, når de har deltaget i projektet. Det er livsvilkår, der ikke ændres af at deltage i et projekt. At løfte de gravide fra niveau 3 til 2, vil derfor ikke være muligt for alle. Det er en tilstræbelse, der er gjort i projekterne, der dog ikke kan være et absolut mål. Det kan forklare, hvorfor ikke alle gravide efter indsatsen vurderes som værende løftet

et niveau eller to. Men med den rette støtte kan man klæde forældrene på til forælderrollen, styrke deres forældreevner og motivere dem til at deltage i fx almindelige mødregrupper. At de ikke er løftet et niveau betyder således ikke, at indsatsen ikke gør en forskel og har styrket de gravide. Flere af deltagerne har blot fortsat behov for solid støtte til at kunne varetage forældreopgaven bedst muligt.

Mange forskellige indsatser og tilbud kan gøre en forskel i familierne. For nogen har den tætte relation til en sundhedsplejerske haft stor betydning, mens andre føler sig styrket af viden om mere praktiske forhold som fx økonomi og forsikringer. Andre fokuserer på, at de har lært betydningen af at bære sit barn tæt på sig fx viklet om livet med et stykke stof for at styrke tilknytningen. For nogle deltagere er det de konkrete praktiske råd, de særligt husker og fortæller om, mens andre er bedre til at sætte ord på de mere følelsesmæssige aspekter og den ændrede adfærd, tilbuddene er ført til hos dem.

"Vores parforhold har dog ikke holdt, vi er gået fra hinanden. Det har vi så gjort på en meget stille og rolig måde, der var nogle ting, de [personalet] har fortalt, som vi har tænkt undervejs, fx pas på med at diskutere for meget, når vi er sammen med børnene. Det er godt at få nogle råd der, selvom man godt kan tænke sig til det"

Projektdeltager, far

"Jeg kan ik' forstå, at staten ik' bevilliger større beløb, for det giver virkelig noget. Børnene, det er jo fremtiden, de skal også vokse op og være en del af fremtiden. Jeg tænker, at det vil være en god investering. (...) De har haft en barndom ved en mor, der har været glad. Det er guld værd, at mor er ovenpå og er glad, i stedet for der er kaos, det kan de mærke"

Projektdeltager, mor

Nogle deltageres erfaringer med og fordomme om "systemet" skinner flere steder igennem, idet de fremhæver kontrasten mellem projektet og det, de normalt forbinder med kommunale tilbud. "Projektet" opleves af nogen som et tilbud, der adskiller sig fra andre kommunale indsatser. Det er NIRAS' oplevelse, at det særligt handler om det relationelle arbejde og udgangspunktet i deltagernes ressourcer og kompetencer.

"Men jeg synes bare, det er godt der er det her tilbud, ud over det kolde og kyniske gennem systemet"

Projektdeltager, mor

På tværs af projekter fortæller flere projektdeltagere, at de er blevet opmærksomme på, hvordan de gerne vil være forældre, og hvad de har med sig i bagagen i forhold til at få det til at lykkes. Det er blandt andet foregået via undervisning, hvor deltagerne har skullet reflektere over styrker og svagheder i egen opvækst og ved egne omsorgspersoner, men også i individuelle samtaler med fagpersoner.

"Det der med at holde fast i, hvordan man gerne vil være og ikke vil være. Det tænker jeg i hvert fald mere over end jeg gjorde inden (...) I hvert fald at jeg ikke vil være, som min mor og min far var. Jeg ved ikke, hvor godt det går, men jeg prøver i det mindste (...) Det er at være kærlig, i stedet for det min far og mor var. Jeg prøver, men ved sgu ik', hvor godt det går. Hvis man ikke prøver, får man det jo aldrig til at lykkes"

Projektdeltager, far

De forskellige tilbud og aktiviteter har på hver sin vis og med mange forskellige virkemidler fokus på at ruste de kommende forældre til at være forældre – til at kunne handle og agere med barnets interesse for øje og have fokus på at give barnet en tryk tilknytning.

"De finder handlingsmuligheder i stedet for umuligheder"

Projektleder

Det kan dog som nybagt forælder også være vanskeligt at reflektere over, hvad man har fået med sig fra projektet. Nogle projektdeltagere kan have oplevelsen af, at de vidste meget i forvejen, og andre kan have svært ved at huske, hvad de synes godt om, eller hvad de har lært. Selvom nogle projektdeltagere kan give udtryk for, at projektet ikke har haft en afgørende betydning for dem som forældre, er der alligevel ofte små tegn på, at de tager læring og viden med videre, hvilket får betydning for tilknytningen. Selvom det kan virke som små ting, er fortællinger om øjenkontakt på puslebord og betydningen af at bære sit barn tæt på sig i en vikle tegn på, at projektdeltagerne har fokus på tilknytning og på deres barns trivsel.

”Man er blevet mere opmærksom på de ting, man har fået af vide. Fx at sundhedsplejersken nævnte, at det var vigtigt at bruge tid på puslebordet, det tænkte man ikke lige over, var vigtigt. Så det har jeg taget med mig, sådan nogle småting der er vigtige at huske”

Projektdeltager, mor

En af de ting, projektets parter og også nogle af projektdeltagerne peger på, er, at deltagerne bliver bedre til at række ud efter hjælp – hvad enten det er til sundhedsplejerskerne, de frivillige eller andre af projektets parter. Det kræver selvfølgelig tid at håndtere, men det gør også, at mindre ting ikke får lov at udvikle sig, eller at man får mulighed for at give den rette støtte, netop fordi man får indsigt i udfordringerne.

”Men de er også i langt højere grad end andre gode til at række ud efter sundhedsplejersken, så vi oplever, at vores [projekt] gravide ringer, hvis der er det mindste, der kunne udvikle sig, pga. relationerne. De rækker ud, fordi de kender deres sundhedsplejerske, så det er ikke noget problem at ringe og spørge, hvordan med det og det. Men det er svært at påvise, for vi har ikke data”

Projektleder

En projektdeltager fortæller, at hun har bedt sin sundhedsplejerske om at lave en underretning, så hun er sikret den rette hjælp og opmærksomhed, hvis behovet skulle opstå. I flere sammenhænge har projektparter og -deltagere givet udtryk for, at projektet betyder, at projektdeltagerne har lettere ved at bede om hjælp og altså at være mere åben omkring egne udfordringer. Det gør det nemmere for fagfolk at hjælpe de sårbare gravide og give den rette støtte.

”Jeg bad [sundhedsplejersken] om at lave en underretning på mig, jeg har [psykiske diagnoser], så jeg ved ikke, hvordan jeg ville reagere i nye situationer. Jeg synes, det gjorde mig til en bedre mor, jeg tænkte ikke på min stolthed. Jeg brugte ikke hjælpen, men det ville være for sent, hvis ikke jeg havde den i forvejen”

Projektdeltager, mor

5.1.1 En langsigtet betydning

Projekterne har selv haft til opgave at vurdere – otte uger efter fødslen – hvilken betydning indsatsen har haft, og om den nybagte mor er løftet fra niveau 3. Som en sundhedsplejerske giver udtryk for nedenfor, kan det være vanskeligt at dokumentere alle de mange forskelle, man oplever, at indsatsen gør. Indsatsen søger at styrke de kommende forældre på mange forskellige punkter, og der er ofte tale om en indsats, der indebærer forskellige tilbud fra forskellige parter, og som er mere langsigtet end blot de første otte uger efter fødslen.

”Vi kan ikke dokumentere forskellen, men jeg tror, at projektet er med til at give færre komplikationer, for de gravide er mindre usikre og nervøse for fødslen”

Sundhedsplejerske

Det kan være vanskeligt at måle alle resultaterne af indsatsen, for hvordan måler man samlet set forældreevne, kompetencer og en øget viden blot otte uger efter

Nedenfor fremgår de typer aktiviteter og tilbud, som projekterne særligt har tilbudt målgruppen, samt et eksempel på hver type aktivitet. Herudover er fremhævet væsentlige styrker og udfordringer ved de enkelte typer tilbud.

Type tilbud	Tidligt hjemmebesøg
Eksempel	Besøg af sundhedsplejerske <i>eller</i> tværfagligt besøg af både sundhedsplejerske og jordemoder/pædagog tidligt i graviditeten, især med henblik på afdækning af behov og indsats, men også som et forum til at arbejde med familien i, hvor familien føler sig tryk
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Relationsskabende mellem familie og fagpersoner • Hjemlige rammer giver tryghed for familien og viden for fagpersonerne • Tværfagligt samarbejde giver konsistens og sammenhæng i indsats • Motiverer den gravide til at deltage i de andre tilbud
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • At koordinere og planlægge

Type tilbud	Redskaber til behovsidentifikation
Eksempel	"Livshjulet" eller "Familiehjulet", hvor den gravide/familien vurderer egne ressourcer på forskellige områder
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Udgangspunkt i ressourcer frem for svagheder • Konkret redskab på bordet at forholde sig til • Kan være med til at sætte tanker og diskussioner i gang hos familien
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • Tidskrævende; både at gennemføre og at tage referat af efterfølgende

Type tilbud	Gruppebaseret undervisningsforløb særligt til niveau 3
Eksempel	Kurser i tilknytning/forløb om at blive klar til at være forældre
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Godt forum til at formidle information og viden om graviditet, fødsel og tilknytning • Mulighed for erfaringsdeling • Tryghed for familien i, at alle er sårbare • Netværksopbyggende
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • Det er svært at lave gruppetilbud, der dækker den enkeltes behov, hvilket medfører, at en del af målgruppen ikke ønsker/kan deltage (fx flergangsfødende). Nogle ønsker det måske, men kan ikke gennemføre fx pga. social angst eller andre forhold

Type tilbud	Tværfaglige netværksmøder med den gravide/familien
Eksempel	Møder på hospitalet med relevante faggrupper om behov og indsats. Kan kombineres med, at den gravide vises rundt på fødegangen
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> • Den gravide/familien får alle fagpersoner i tale samtidig – som hører samme historie • Indsatsen afstemmes og koordineres for alle involverede parter – skaber bedre mulighed for udvikling • Skaber tryghed, at den gravide får set hospitalet inden fødslen
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • At koordinere og planlægge møde med mange fagpersoner • Kan føles grænseoverskridende for den gravide på grund af de mange fagpersoner i samme rum

Type tilbud	Lukkede grupper baseret på behov (fx sorg, angst, alder etc.)
Eksempel	Særlige mødregrupper eller terapigrupper
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> • De gravide har forskellige sårbarheder, og det er derfor nemmere at arbejde med dem i lukkede grupper • Skaber relevante og stærke netværk mellem deltagerne
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> • Få i målgruppen i små kommuner • Der er endnu ingen tilbud udelukkende til fædre

	<ul style="list-style-type: none"> De sårbare gravide møder ikke andre gravide, som ikke er i projektet
Type tilbud	Tilbud om længere ophold på barselsafsnittet
Eksempel	Ekstra dages ophold på barselsgangen/patienthotel, hvor sundhedsplejersken besøger familien
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Tryk og rolig start på familielivet
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> Nogle familier vil tidligere hjem
Type tilbud	Åbne grupper
Eksempel	Gravid- og barselscaféer eller åbent hus
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Netværksopbyggende Kræver relativt få ressourcer De gravide ved, hvor de skal gå hen for at få kontakt til de forskellige instanser
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> Kan være vanskeligt forum at arbejde med tilknytning i Kan få en useriøs karakter, hvis der ikke er en ansvarlig fagperson
Type tilbud	Henvisning til almene forældrekurser
Eksempel	Klar til Barn, Familieiværksætterne o.lign.
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for netværk med gravide på niveau 1 og 2 De gravide føler sig ikke stigmatiserede som 'sårbare' Der deles erfaringer og læres fra de andre deltagere
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> At få åbnet for – og arbejdet med – sårbarheder i dette forum De sårbare kan føle sig utilpasse med niveau 1 og 2, som de ikke oplever har udfordringer som dem Nogle vælger de særlige tilbud fra til fordel for de almene
Type tilbud	Fysiske aktiviteter
Eksempel	Fødselsforberedelse i vand eller babysvømning
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Forbedrer kvindens forhold til sin krop Netværksopbyggende De gravide motiveres til at få rørt sig bl.a. da det skaber tryk, at der er andre deltagere, de kender
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> Det kan være svært at få de gravide til at møde op, hvis de ikke ledsages af nogen fra projektet
Type tilbud	Etablering af kontakt til frivillige eller mentor
Eksempel	Tilknytning til frivillig/mentor, der kan støtte familien i en tidsbestemt periode (fx med babysitting, socialt samvær, bisidder)
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Relation til person, der kan give støtte og vejledning Netværksopbyggende Kan hjælpe de gravide efter fødslen De frivillige repræsenterer ikke 'systemet', men er en støttende, personlig kontakt for den gravide
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> At motivere til tilbuddet At finde de rette frivillige og det rette match mellem familie og frivillig

Type tilbud	Vuggestuepraktik
Eksempel	Den gravide er i et afgrænset tidsrum i praktik i en vuggestue
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Erfaring med og viden om små børn Pædagogerne fungerer som en slags rollemodel for den gravide
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> Kræver samarbejde med vuggestuer

Type tilbud	Henvisning til anden type relevant støtte og hjælp
Eksempel	Jobcenter, boligselskaber, psykolog, socialrådgiver, Mødrehjælpen, uddannelsesguide etc.
Væsentligste styrker	<ul style="list-style-type: none"> Kan hjælpe efter tilbuddenes ophør/efter fødslen Kan hjælpe med specifik rådgivning
Væsentligste udfordringer	<ul style="list-style-type: none"> For mange indsatser og tilbud kan gøre det uoverskueligt for familierne, som også skal gå til jordemoderkonsultationer og andre almene tilbud, hvorfor nogle "ikke-graviditetsrelaterede" tilbud vælges fra Etablering af samarbejde

5.3 Afdækning af behov er nødvendigt

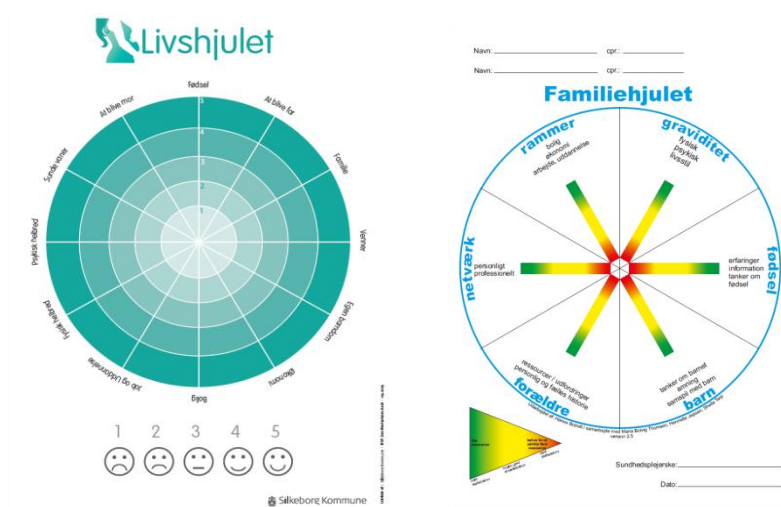
Projekterne har alle haft en helhedsorienteret tilgang til familien og vurderet i dialog med den gravide præcis hvilken indsats, der er behov for. Det er nødvendigt på grund af den store spredning i målgruppens behov, hvilket uddybes i afsnit 6.2. Det er enten gjort ved at tilbyde alle sårbare gravide det samme tilbud i udgangspunktet og supplere efter behov, eller ved at tage individuel stilling ved opstart på projektdeltagelse.

At få viden om de graviders sårbarheder og behov for tilbud kræver tid med deltagerne – både i forbindelse med opsporingen og fx ved tidligt hjemmebesøg eller løbende i forbindelse med undervisning. Vurdering af behov for indsatser foregår som hovedregel løbende i graviditeten af de forskellige fagpersoner, der er i kontakt med de gravide. Erfaringen tyder på, at detaljeret viden om deres behov kræver en tæt dialog og kontakt til de gravide.

En forudsætning for, at de gravide er åbne om ressourcer og sårbarheder, er tillid mellem fagpersoner og de gravide. Nogle af projekterne har arbejdet med et spørgeskema, de gravide har skullet besvare ved start og slut i projektet. Svarene har hjulpet med at afdække behov og har også kunnet fungere som en "før- og eftermåling" – for at kunne vurdere projektdeltagernes udvikling otte uger efter fødslen. Erfaringen viser, at det er vigtigt at kommunikere, hvad formålet er med et sådan spørgeskema, da enkelte gravide nævner, at det kan være ubehageligt at besvare denne type spørgsmål, og det får dem til at frygte for konsekvenserne af at afsløre sårbarheder. Målgruppen kan have negative erfaringer eller fordomme om det offentlige, som det er nødvendigt at forholde sig til, hvilket uddybes senere. Når der ikke er opbygget et tillidsforhold inden projektstart, kan det risikere at skabe et uensigtsmæssigt afsæt for arbejdet.

"Det første, der skete, var, at vi fik et spørgeskema. Vi skulle svare på en masse spørgsmål, vi synes begge det var mærkelige spørgsmål, vi kiggede på hinanden, hvad er det vi havde meldt os til? (...) Vi var inde på, om det var en forælderevneundersøgelse, og fik det sådan lidt ubehageligt (...) Jeg var bange for, at jeg var blevet fanget i et eller andet overvågningssystem, frem for at det handlede om min fødselsdepression. For jeg vidste godt, at jeg ikke var i risikozonen for at skade mit eget barn"

Projektdeltager, gravid



Eksempel 2 Silkeborg og Aarhus Kommune: Et "Livshjul" og "Familiehjul" – et redskab til at arbejde med ressourcer og udfordringer

Et redskab, som flere projekter har gode erfaringer med i denne sammenhæng, er et "livshjul" eller et "familiehjul". To eksempler på dette er illustreret ovenfor. Hjulet har en række emner, hvor den gravide og evt. partner vurderer sig på en skala og i fællesskab skaber overblik over deres ressourcer. Hjulet er et samtaleværktøj, der giver indsigt og tydeliggør mulige arbejdsplaner for den gravide, men også for den sundhedsfaglige aktør, der gennemfører samtalen.

"Vi bliver enormt strukturerede i vores snak med familiehjulet. Det skaber struktur for familierne og os selv, for sundhedsplejersker kan godt blive lidt fluffy (...) Og rent konkret har vi et redskab mellem os, som vi kigger lidt på. Det er ikke farligt, og vi får afdramatiseret det"

Sundhedsplejerske

Et redskab til at afdække behov og ressourcer kan derfor være med til at afdramatilisere samtalen, fordi det bliver tydeligt, at det er noget, alle skal igennem. Som en nybagt mor udtrykker det nedenfor, fik de via samtalen sat nogle tanker i gang, som fik betydning for dem som familie.

"Hun brugte en model, der hedder familiehjulet, hvor vi fik snakket om vores tanker, drømme og bekymringer, og det var rigtig rart at den samtale blev faciliteret af en fagperson, og jeg fik sagt tingene højt foran en ny fagperson. Og nogle ting kom lidt bag på dig omkring det at blive far, og du blev lidt rørt, og jeg blev rørt, og det var en meget givende samtale. og hun satte nogle ting i gang imellem os, og det var bare rigtig godt"

Projektdeltager, mor

5.4 Bred palette af tilbud og indsatser kan sikre den rette støtte

Evalueringen viser, at det er vigtigt at kunne tilbyde en indsats, der passer til den gravide, da der er tale om en målgruppe med vidt forskellige udfordringer og sårbarheder. Nogle gravide kan ikke deltage i fælles undervisning – fx på grund af udfordringer med sociale sammenhænge eller måske på grund af arbejde, idet målgruppen også omfatter kvinder og mænd, der er under uddannelse eller i arbejde – og der skal derfor være mulighed for at støtte dem på anden vis. Som en aktør udtrykker det nedenfor, er en tidlig opsporing og fokus i sig selv værdifuldt for at skabe øget opmærksomhed på familien – selv hvis de ikke takker 'ja' til nogle tilbud eller ikke får ligeså meget ud af det som håbet.

Sundhedsplejerske: *"Vi får faktisk en viden fra sundhedsplejerne også, fx at det er en familie, der ikke kommer til aftaler mm. Positivt kan jeg sige, at vi har haft 2, der ikke kan tale med fagpersoner mm. Fordi de har så meget angst. Men de har gennemført. De kommer hver gang og lader den anden i parret tale"*

Jordemoder: *"Kan man finde bare de mindste ressourcer, kan man jo trække på det"*

Anden aktør: *"I de tilfælde at de måske ikke får så meget ud af projektet, er succesen alligevel, at det bliver spottet tidligt, og der derfor bliver sat ind med andre tilbud/midler, eller mulighed for at anbringe børn"*

Arbejdet med tilknytning og relationer samt opbygning af viden om spædbørn har ofte været det primære fokus for projekternes tilbud og aktiviteter. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at det kan være nødvendigt at bistå med at løse andre udfordringer for at skabe overskud til tilknytningsarbejdet og til fx at skabe nye vaner. Det kan eksempelvis være udfordringer vedrørende bolig, kost, job, uddannelse eller lignende. Det er derfor erfaringen, at tilbud, hjælp og støtte på disse områder ligeledes skal være en del af den brede palette af tilbud og indsatser, som man kan sætte ind med.

"Jeg tænker også, at hvis man får fjernet nogen af de ting, får familien mere energi til de ting, de skal have energi til. Hvis man sidder med et lille barn og ikke har et sted at bo, som egner sig til baby, eller ikke får søgt ydelser, så man ikke har penge. Så er det med til ligesom at få det hele til at blive uoverskueligt"

Anden kommunal aktør

Det kræver et omfattende tværfagligt samarbejde, der rækker udover sundhedssektoren, da det kan være vanskeligt at komme til at arbejde med tilknytningsevne og relationsdannelse, hvis der er praktiske ting som job og bolig, der fylder meget. En helhedsorienteret indsats kan derfor ofte kræve brobygning til kommunens og regionens almene tilbud eller andre fagpersoner i forskellig grad.

"Vi har rendt panden mod muren, fordi kommunen ikke kan forstå, hvor svært det er at starte et forældreskab på fars loft"

Jordemoder

Den brede palette af tilbud og indsatser, man trækker på, kan udfordres af ventelister og behandlingstider. Knappe ressourcer hos fx sagsbehandlere, familiebehandlere, psykologer etc. betyder, at det ikke altid er muligt at sætte ind med den nødvendige indsats. En af erfaringerne fra projekterne er, at disponerer man selv over en række timer hos fx psykolog eller diætist, giver det bedre mulighed for en hurtig indsats, når behovene identificeres i samarbejde med den gravide.

"Det er symptomatisk, at selvom de vurderer, at vi har ret, så er der ikke noget tilbud at give, fx pga. venteliste. Det er et vilkår, at der genereres venteliste – knappe ressourcer og stor efterspørgsel skaber venteliste."

Anden kommunal aktør

Der er behov for, at der er relevante og permanente tilbud at henvise til. Fagpersonerne kan ellers risikere at opspore sårbarheder, de ikke kan reagere på eller hjælpe med. Det har man blandt andet oplevet, når det gælder familiens boligsitu-

ation, hvor de sundhedsfaglige aktører har oplevet at afdække udfordringer, de ikke kan hjælpe med at løse. Også derfor er tværfagligt samarbejde nødvendigt og afgørende.

"Dilemmaet er, at vi finder for meget, som vi ikke kan gøre noget ved. Og det er måske også den sårbarhed, som de har oplevet hele deres liv – at de fortæller deres historie igen og igen, men så sker der ikke noget"

Sundhedsplejerske

Kroniske lidelser, som naturligvis også forekommer hos gravide indplaceret på niveau 3, kan også give henvisning til læge på obstetrisk afdeling eller betyde flere jordemoderkonsultationer. For de gravide, som både har fysiske og psykosociale udfordringer, kan projektet betyde en meget omfattende række tilbud og indsats i graviditeten. Det kan betyde, at de gravide ikke har mulighed for at deltage i alle de tilbud, de får. Det gælder særligt de gravide, som er i arbejde, som kan have vanskeligt ved at tage fri til konsultationer, møder, undervisning etc.

Især i store kommuner og i yderområder kan geografiske afstande og kollektiv transport udfordre indsatsen. Det gælder selvfølgelig især de tilbud – såsom undervisning – som ligger på faste tidspunkter på fastlagte lokaliteter. Med denne målgruppe oplever projektpartnerne desuden, at der kan være udfordringer med mødestabilitet, hvilket især håndteres ved at påminde via sms.

På de følgende sider uddybes et udvalg af de forskellige typer metoder og aktiviteter, som flere projekter har benyttet sig af, blandt andet gruppetilbud og en række individuelle indsats, herunder hjemmebesøg.

5.4.1 Gruppetilbud giver netværk

Størstedelen af projekterne har tilbudt et undervisningsforløb/kursus/gruppeterapiforløb for målgruppen. Det kan også være i form af en slags café eller anden mere uformel mødestruktur. Gruppetilbuddene gør det muligt at give den samme viden og information til en større del af målgruppen samtidig. De gruppebaserede tilbud giver også mulighed for, at de gravide kan danne netværk med andre, som rækker ud over den offentlige indsats i både tid og rum. Det er langt fra altid, at man oplever, at det sker, men muligheden er der, og flere projektdeltagere fremhæver det som en væsentlig styrke ved indsatsen. Nogle gravide får nye veninder og relationer, der kan støtte dem, mens andre blot går til undervisning for at lytte og er ikke interesserede at få nye relationer. Nogle af de værktøjer, der opleves at understøtte netværksdannelse, er facilitering af/opfordring til at danne en gruppe på Facebook, pause til at netværke samt konkrete øvelser i undervisningen, der får deltagerne til at tale sammen på kryds og tværs. For nogle gravide har det været netop tilbuddet om at indgå i en gruppe, der har været tiltrækkende ved projektet, og det netværk, de har fået her, har været godt for dem.

"Når man er den første i ens vennekreds, der bliver gravid, så føler man sig alene, ens venner bakker ud, og det bliver irriterende, at man ikke snakker om andet end baby. Men de andre er der mere forståelse, og det giver ro i hverdagen. Man kom godt føle, at man skal lave op til alt muligt, og det forstår andre mødre godt. At man ikke kan være til alt muligt. Og der ved jeg ikke hvornår jeg skulle have mødt nogen ellers, så det har været rigtig godt"

Gravide, mor

Det fremhæves af flere gravide, at en styrke ved gruppen er, at de andre også har sårbarheder eller udfordringer af forskellig art. Det får dem til at føle sig mere 'normale' og kan være med til at danne fællesskab. At høre andre stille spørgsmål og åbne for sårbarheder kan styrke deltagerne, idet de ser, at de ikke er alene om deres udfordringer eller tvivl.

"(...) og vi holder sammen i dag og er rimelig godt sammentømret. Det er fuldstændigt bare en mødregruppe. Vi stod alle sammen samme sted, og vi havde ingen hemmeligheder for hinanden, og når vi mødtes privat kunne man spørge, hvordan de forskellige ting gik, og vi kunne holde hinanden op på tingene og følge hinanden og støtte hinanden. Og i den anden gruppe [en almindelig mødregruppe] var der ikke den samme forståelse for, hvordan jeg var. Jeg følte mig udenfor, fordi jeg kæmpede med nogle andre ting end dem. Jeg var tilbøjelig til at sige, at faren måtte tage ham om natten, men det kunne de slet ikke forstå. Men det var der, jeg stod, og det kunne den anden gruppe bedre forstå, for det gjorde de også"

Projektdeltager, mor

"Det var fedt nok at møde mange andre, der havde spørgsmål, blandt andet også at mændene var med, der var fx en mand, der spurgte, at han ikke kunne forstå, at kvinderne kunne holde sig så vågne, så tænkte jeg, at jeg ikke var unormal"

Projektdeltager, far

Det kan være vanskeligt for nogen at være åbne omkring sårbarheder i en gruppe, særligt hvis man oplever, at de andre i gruppen ikke kæmper med lignende udfordringer. Det giver en nybagt mor udtryk for nedenfor, idet hun fortæller, at hun savner en gruppe med ligesindede, hvilket der ikke har været i det projekt, hun har været en del af. Hun giver samtidig udtryk for en af de væsentlige årsager til, at en særlig indsats er vigtig – nemlig, at denne målgruppe ikke altid deltager i de almene tilbud.

"For mig personligt, ville jeg have svært ved at åbne op [i almindelig mødregruppe]. Jeg har rigtig meget i en rygsæk, og jeg ville være bange for at blive dømt. Og det ville jeg ik i en gruppe med andre, der også har noget i rygsækken (...). Jeg tænker, at mange, der er med i det her projekt har noget med i rygsækken, så der kunne man godt gøre noget lige præcis med de problemstillinger (...) Jeg ville føle mig mere tilpas i sådan en mødregruppe. Sådan en mødregruppe tror jeg, at jeg ville være med i. At det er nogle der kunne forstå, at det kan være svært at komme ud af døren. At det ikke bare er at bage en kage og komme afsted. Og ikke bare den almindelige, den siger jeg pænt nej tak til (...) Der er nogle, der bare er blevet mødre, som kan være lidt dømmende, de kan ikke sætte sig ind i, at der er problemer, det kan jeg godt forstå. Folk, der ikke har det med i rygsækken, kan jeg godt forstå, ikke kan forstå"

Projektdeltager, mor

Det kræver en erfaren sundhedsplejerske, jordemoder eller anden relevant faglig aktør som leder af gruppen at facilitere og styre dialogen. Dels for at undgå negativ social pejling – hvor de gravide kan risikere at normalisere u hensigtsmæssig adfærd – men også for at få deltagerne til at være åbne om sårbarheder, så man kan arbejde med det samt for at sikre, at de ikke er for åbne i gruppen, så de ikke føler sig tilpas efterfølgende. Desuden skal gruppelederen kunne opfange det, der sker i rummet og være i stand til at håndtere det, der sættes i spil.

"Der er nogen også af de sårbare, som kan komme til at sige mere end de ville (...) Og så synes hun, at hun har fået udleveret for meget, og så kommer hun ikke næste gang. Det er risikoen ved at være i gruppe, det kræver meget af leder"

Projektleder

En blanding af ressourcer og kompetencer i en gruppe kan få en positiv betydning, idet nogle af de mere ressourcestærke gravide kan lære fra sig. Det kan dog forhindre netværksdannelsen, hvis deltagerne er meget forskellige. Selvom de alle er vurderet som niveau 3, kan der være store forskelle på dem. Derfor er det også meget forskelligt, hvorvidt man oplever, at deltagerne skaber netværk via gruppetilbuddene. Større kommuner har måske mulighed for at inddele hold fx ud fra alder eller udfordringer, mens mindre kommuner er nødt til at samle alle gravide indplaceret på niveau 3 på samme hold.

"Nogle gange har vi måske nogen, der er 2'er, men tænker, at det var skidegodt, fordi det kan give noget godt til gruppen, at man ikke er så ens. Det er godt for en gruppe. Det vil sige, at en 2'er kan hive en 3'er i retning af en 2'er, også ift netværksdannelse"

Anden aktør

"Og vi er udfordret af, hvor forskellige de er. En ting er på papiret, men når man sidder over for dem. Måske niveau 3, men ikke sikkert hun hører til på kurset, måske noget andet hun har brug for fx uddannelse. Derfor er det også klart med netværk, de er så forskellige. Nogle er nærmest lidt udviklingshæmmede. Andre har job og hus"

Jordemoder

Det betyder også, at undervisningsforløb ofte skal tilpasses den enkelte gruppe, da deltagerne kommer med forskellige typer bagage og personligheder. Det er en fordel for underviserne, at de i langt de fleste tilfælde allerede har kendskab til de gravide/parrerne forinden. Det har de fx fået ved selv at have mødt eller haft dialog med de gravide/parrerne inden, hvilket styrker undervisernes muligheder for at tilrettelægge undervisningen efter gruppens behov. Det styrker også motivationen for målgruppen, at de inden en gruppeaktivitet ved, hvem de skal møde. Ikke alle undervisere har haft dialog med deltagerne inden, men klædes på af deres samarbejdspartnere, der har viden om deltagerne.

"De er meget forskellige, niveau 3 er så bred, så på det ene hold fungerer det ene, på det andet skal der noget helt andet til (...) Emnerne kan være det samme, men tilgangen skal tilpasses"

Sundhedsplejerske

I flere projekter har man haft gode erfaringer med at arbejde med det kropslige med denne målgruppe, selvom der er nogle deltagere, der ikke kan overskue dette arbejde eller har vanskeligt ved det. Eksempler på denne type aktiviteter er svømning eller fødselsforberedelse med fokus på fysiske øvelser og kontakt til egen krop. Formålet med de mere fysiske og mere kropslige aktiviteter er især at få deltagerne til at mærke deres krop og dermed også skabe kontakt til det ufødte barn og forberede sig på den fysiske præstation, som en fødsel også er. Formålet er også, at deltagelsen i svømningen gør, at projektdeltagerne fremover vil have nemmere ved at deltage i fx babysvømning.

"Sundhedsplejerske og jordemoder har meldt tilbage, at det er top relevant [at arbejde med sansning og at mærke kroppen]. Men der mangler rammer og tid til det. Men at det er så mega relevant. For en fødsel, det er det mest kropslige, vi har været ude for. En meget kropslig ting og det at have et barn, for nogle kan det være enormt grænseoverskridende at få et barn, der skal ligge så tæt. Det er meget fysisk at være gravid, føde og have et barn. Så det giver god mening, at man arbejder kropsligt med det. Men det er ikke tilfældet offentligt, så skal man melde sig til. Og der er mange her i projektet, der ik har mulighed for det økonomisk eller er opsøgende"

Anden aktør

En udfordring i forbindelse med undervisning og fødselsforberedelse har været at finde den rette størrelse på holdene. Både små og store hold har fordele og ulemper. Små hold er mere intime, men er også sårbare overfor frafald og manglende kemi mellem enkelte deltagere. Store hold kan gøre det vanskeligt for deltagere med sociale udfordringer eller give klinedannelser, men det giver flere muligheder for relationsdannelse og er mindre sårbare ved frafald. Det har vist sig at være nødvendigt nogle steder at arbejde med "rullende optag", hvis der ikke er tilstrækkeligt med sårbare gravide i målgruppen til at starte et nyt hold på et givent tidspunkt. Det kan dog påvirke kemien i gruppen og gøre det mere udfordrende at planlægge undervisningen.

"Der skulle være startet et nyt hold, men de mente ikke, at der var nok til at starte et nyt hold, så de røg ind på vores. Det var ærgerligt, for så turde man ikke sige så meget. Og det havde nok også været bedre for de nye"

Projektdeltager, mor

Undervisning af denne målgruppe skal inddrage deltagerne aktivt og være dialogbaseret. De sårbare gravide kan have dårlige erfaringer med klassiske undervisningssituationer og kan have brug for, at der tilbydes mere handleorienterede aktiviteter. Aktive elementer gør læring nemmere og viden mere håndgribelig. Det kan være video, brug af dukker eller øvelser i grupper eller par. Helt konkrete

redskaber er noget af det, deltagerne og underviserne har bedst erfaring med i forhold til at styrke deltagerne. Det er vigtigt, at undervisningen er varieret, og at deltagerne inddrages og prøver ting på egen krop.

"Og så bagefter ser vi nogen små film omkring tilknytning til det nyfødte barn, hvad stemmer gør ved børn, hvordan de kan trøstes. Den med at de får noget viden og ser det brugt, det er noget af det, de sidste par hold har sagt"

Jordemoder

På forskellig vis fortæller både projektets parter og projektdeltagerne, at det er afgørende for motivationen og arbejdet med tilknytningen, at der tager udgangspunkt i deltagerens ressourcer, idet dette er sundhedsfremmende. Det er også afgørende for målgruppen, at man underviser og giver viden uden at være moraliserende.

"Det er hyggeligt. Lidt trygt, for her er nogen, der har forstand på nogle ting uden at være fordømmende. Det kunne jeg mærke på hende i [en anden] kommune – der har man ikke lyst til at få børn. Her er forståelse for, at vi alle sammen er mennesker, og træffer forskellige valg, men vi får altid at vide, at vi ikke er dårlige mødre, selvom vi føler det. Der er en form for støtte og ro heroppe."

Projektdeltager, mor

5.4.2 Individuelle indsatser og tilbud sikrer, at alle får støtte

Individuelle indsatser og tilbud kan være meget forskellige. Projekterne har arbejdet med alt fra kendt jordemoderordning, psykologhjælp, diætist, tværfaglige netværksmøder med den gravide, mentorordninger, frivillige, besøg af sundhedsplejerske på barselsgangen etc.

Et eksempel på et individuelt tilbud er et tværfagligt møde, hvor den gravide og evt. partner mødes med relevante fagpersoner. Det møde kan fx dreje sig om at planlægge indsatsen, men også at få kendskab til familien og dens behov for støtte. Det kan være vanskeligt at koordinere og planlægge denne type møder, og det kan være overvældende for den gravide at skulle sidde sammen med mange forskellige fagpersoner. Men når det lykkes, kan det hjælpe den gravide, idet hun fx ikke behøver fortælle de samme ting flere gange til forskellige fagpersoner, og de gravide mærker, at der er mange mennesker, der vil dem noget godt.

Sundhedsplejerske 1: *"Alle hører, hvad der bliver sagt, så man ved, hvilken vej vi skal gå (...)"*

Socialrådgiver: *"Det er også mindre belastende for familierne, for de skal kun være til nogle færre meningsfulde møder."*

Sundhedsplejerske 2: *"Det giver rigtigt god mulighed for, at man kan hjælpe borgerne med at huske og forstå, hvad der blev sagt – og hvem der gør og sagde hvad. For det er da voldsomt for dem, at vi sidder så mange mennesker til møderne. De tør næsten ikke at lukke munden op og sige noget, for der er så mange mennesker, der er kloge og har fine titler. Det er angstprovokerende for dem. Men der er altid en mødeleder, og man ved, at hun styrer mødet. Og hun siger, hvem der gør det, hvis hun ikke selv gør det. Det er ret struktureret, og det er forståeligt, ikke fagsprog vi snakker i, og vi tager udgangspunkt i familiernes behov og holder det på niveau, hvor de kan være med"*

Sundhedsplejerske 3: *"Det kan være angstprovokerende, men jeg har hørt, at familierne har sagt, at det er rart, at så mange tager hånd om dem"*

Den individuelle indsats kan både være med til at sikre, at de gravide, der enten ikke kan eller vil deltage i gruppetilbud, støttes. Samtidig sikres det, at de gravide med særlige udfordringer, som ikke kan løses i gruppetilbud, også får hjælp. Projektparterne oplever i nogle situationer, at den individuelle indsats er afgørende for at skabe relationen til den gravide og hendes partner, som er vigtig for at kunne gøre en indsats.

"Så det handler meget om det relationelle, der sker i relationerne mellem den gravide, partnere, og så fagpersonerne. Den skabes allerede ved første konsultation og så ved tidligt hjemmebesøg. Jeg oplever ikke, det er når de deltager i fødselsforberedelse. Det er simpelthen i den der relation mellem familien og den tætte relation med de to fagpersoner, der går ind og laver en meget indivi-

duel indsats, til familierne og deres udfordringer, for meget handler om nogle handlekompetencer, og forandringer i hovederne og maverne, hvordan opfylder de de kompetencer til relationerne til det lille barn, enormt banalt, men virkelig der jeg oplever der bliver gjort en forskel"

Projektleder

Individuelle tilbud med relevante fagpersoner gør det muligt at arbejde mere intensivt med lige netop de sårbarheder og udfordringer, den enkelte gravide måtte have. Som en deltager fortæller nedenfor, har nogle konkrete samtaler gjort hende lidt mere tryk, og gjort det muligt for hende at tage afstand fra tidligere erfaringer og oplevelser.

"Det fik en til at glæde sig lidt mere, fordi nå ja, der ligger rent faktisk nogle andre oplevelser i det. Man behøver ikke tage de oplevelser, jeg har haft og tage dem med nu. Det var noget, hun hjalp med gennem de her samtaler. Det gjorde mig lidt mere tryk i det hele. At hun sagde, at det er okay at have det, som man har det"

Projektdeltager, gravid

5.4.3 Hjemmebesøg under graviditeten giver viden og skaber relationer

Et tidligt hjemmebesøg i graviditeten er en individuel indsats, man har benyttet i næsten alle projekterne. Det har taget forskellige former og er ofte blevet gennemført i tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejerske og jordemoder eller pædagog, men også af sundhedsplejersken alene, da det kan være vanskeligt at koordinere det tværfaglige hjemmebesøg. Hjemmebesøg er en kendt metode i sundhedsplejen, som i flere projekter er udvidet til også at omfatte andre fagligheder. At hjemmebesøget er tværfagligt styrker sammenhængen i svangreomsorgen og giver målgruppen en oplevelse af, at parterne arbejder sammen om indsatsen. Det giver samtidig også et tværfagligt blik på familien, som styrker vurderingen og tilrettelæggelsen af forløbet. Hjemmebesøget er en metode, der giver mulighed for at få indsigt i behov og ressourcer med henblik på at tilrettelægge det rette forløb. Det kan også være et forum, hvor man kan arbejde med tilknytning og omsorg i trygge rammer. At besøge familierne i deres hjem giver fagpersonerne en anden indsigt i familien, og det gør generelt familien mere tryk og åben. Derudover minimeres risikoen for, at familien ikke deltager i tilbuddet, hvilket kan være en udfordring med de sårbare gravide. Hjemmebesøg i graviditeten kræver mere tid og planlægning af projektparterne. Projektparterne oplever, at de får meget mere viden og indsigt i hjemmebesøg. De private rammer giver de sundhedsfaglige aktører en masse information, og det giver samtidig et andet afsæt for samtalen for familien, som er på hjemmebane.

"Det var så nemt at få hende hjem til os i vores rammer, hvor vi følte os trygge. Vi skulle ikke på kontor"

Projektdeltager, far

"At vi kommer ind tidligt i graviditeten og kommer hjem til dem. Vi har fundet ud af mere ved, at besøget lægges hjemme hos dem, for de kan holde facaden inde hos os, men når man ser, hvor folk bor og de er i deres eget element, så er de mere frie. og vi kommer på besøg hos dem, og de kommer ikke til os. Og derudover at der er sat mere tid af, for så er det svært at holde facaden. Og der er ingen undskyldning for, at de ikke kan komme til os, når vi kommer til dem"

Jordemoder

Hjemmebesøget er ikke blot et middel til at få viden om behov, formidle viden og til at skabe relationer. Det er også et rum for at kunne arbejde med tilknytning, adfærd og meget andet. Som en andengangsforælder udtrykker det nedenfor, oplever hun, at der i dette projekt har været fokus på, hvordan hun har det, hvorimod de sundhedsplejebesøg, hun havde i forbindelse med sit første barn, primært handlede om barnet og dets trivsel.

"Og anden gang føler jeg, at sundhedsplejersken er kommet for at se, om JEG Har det godt. Og hvis moren har det godt, så har barnet det næsten også altid godt"

Projektdeltager, mor

Fra den faglige vinkel gør det tidlige hjemmebesøg det muligt at have mor og far i fokus, hvorimod man efter fødslen naturligt har mest fokus på barnet og forældrenes måde at være sammen med barnet på. Alle nybagte forældre får besøg af sundhedsplejersken, hvilket normaliserer hjemmebesøget – også i graviditeten. De gravide er på hjemmebane og er derfor i udgangspunktet mere trygge.

"Når kvinden lige har født sit barn, er hun i en af de mest sårbare perioder i sit liv, så det betyder rigtig meget. Så det med at der er mulighed for at man kan have moren i fokus. Det øjeblik barnet er født, skal barnet være i fokus. Det er lovgivning, der siger det. Hvis man kommer før barnets fødsel, har man mulighed for at have mor i fokus"

Familiebehandler/socialrådgiver

"Det var godt, de kom med hjem. Man lærte dem .. det er lidt lettere med private spørgsmål, når man sidder derhjemme."

Projektdeltager, mor

De gravide er primært positive overfor at byde projektets parter inden for i deres hjem, selvom det også kan være grænseoverskridende at lukke en fremmed ind. Men flere beretter om, at det er den relation, der initieres her, der er med til at gøre en forskel for dem.

"Og det er grænseoverskridende, at der er en, der træder over ens dørtrin. Og det startede allerede før fødslen, hvor hun har sat nogle ting i gang, som har gjort, at jeg har sagt nogle ting til ham og omvendt, og jeg tror, at det har gjort, at jeg ikke er blevet deprimeret. Og der er nogle dage, hvor jeg har været nede og ikke bare hormonelt (...) Så hvis jeg ikke havde haft det tilbud, så tror jeg bare, jeg havde kørt min egen vej, så jeg er rigtig glad for, at jeg har været med, netop fordi jeg ikke er blevet syg. Så det er en stor gevinst for os alle"

Projektdeltager, mor

5.4.4 En frivillig har en anden rolle end fagpersoner

I mange af projekterne har man etableret et samarbejde med lokale frivillige kræfter. Den frivillige indsats har især bestået af et tilbud om en frivillig, der kan komme i hjemmet og fx hjælpe med praktiske ting eller blot fungere som netværk for sårbare gravide, der ikke har så mange relationer. Det har for nogle betydet en slags "reservebedstemor", og for andre har det betydet et ekstra sæt hænder eller nogle at gå tur med barnevognen med. Andre steder har frivillige stået for tilbud om svømning eller undervist på kurser i fx budgetlægning eller testamentering – altså i højere grad tilbudt en "ydelse"/praktisk hjælp end en relation.

Nogle steder har man prioriteret, at den frivillige skal have en sundheds- eller socialfaglig baggrund for at klæde dem bedre på til at arbejde med målgruppen. Det kan dog gøre det vanskeligt at finde tilstrækkeligt med frivillige og deraf også at finde det rette match mellem frivillig og familie. Andre steder har man ikke stillet samme krav om faglighed. Uanset faglig baggrund er tilknytningen af en frivillig eller mentor en voksen relation, familien kan trække på i forskellige sammenhænge, og som især opleves at give familier uden det store netværk ekstra støtte og hjælp i forskellige sammenhænge. De frivillige er ikke repræsentanter for kommunen – for "systemet". Det giver en anden, ofte mere ligeværdig, relation til den gravide.

"Jeg tror, at det giver noget helt andet. Man gør det, fordi man har lyst til det, og man vil gerne gøre en forskel for et andet menneske. Og også den frivillige kan glæde sig over at få kontakt med familien og det lille barn osv. Så det er noget andet. Der er ikke CPR-numre på spil. Man er ude af systemet, og der er tavshedspligt, og man har en mere ligeværdig relation"

Frivillig

Arbejdet med at tilknytte frivillige til gravide indplaceret på niveau 3 peger på, at det er vigtigt at sikre det rette match mellem den frivillige og familien. Det kan både handle om at matche kompetencer og sårbarheder, men også om personlig kemi. Der er tale om en sårbar målgruppe, og det er derfor erfaringen, at de frivillige kan have behov for undervisning i, hvordan man håndterer arbejdet med målgruppen.

De frivillige skal præsenteres og tilbydes familierne af andre fagpersoner, da de ikke "naturligt" møder familierne. Det betyder, at der skal etableres en struktur omkring tilbuddet, hvor en fagperson præsenterer tilbuddet, eller hvor der etableres et forum, hvor de frivillige kan præsentere tilbuddet. Det kan være vanskeligt at formidle, hvad det betyder og indebærer at blive tilknyttet en frivillig kontaktperson eller "ven". I et projekt har man gode erfaringer med automatisk at koble en ny familie i projektet med en frivillig, som familien så kan fravælge senere, hvis ikke de ønsker denne relation. Det kræver selvfølgelig, at man har ligeså mange frivillige som projektdeltagere, eller at de frivillige vil påtage sig kontakt med flere.

"Det har overrasket mig mest, at det er forholdsvis få, der har taget imod at få en frivillig. Vi har rigeligt frivillige, men mange siger 'nej tak'. Forklaring kan være, jeg tror måske, at de kvinder, vi arbejder med i det her projekt, er lidt for dårlige, tunge, for mange udfordringer, så de har i forvejen så mange forskellige mennesker i deres liv, så de har svært ved at rumme mennesker, der kommer et par timer om ugen. Så har oplevet, at de knapt så belastede svinger bedre, de tager bedre imod den ekstra hjælp, de får, fordi de ik' får så meget fra det offentlige"

Anden aktør

De frivillige kan i nogle sammenhænge lette arbejdet for de sundhedsprofessionelle, som en sundhedsplejerske giver udtryk for nedenfor. En udfordring ved at basere tilbud og undervisning på en frivillig indsats er, at man ikke nødvendigvis kan regne med den samme stabilitet og vedvarende interesse.

"Jeg kommer i tanke om, at jeg tænkte i starten, jeg kan huske, at da der kom frivillige ind, hvor jeg tænkte, at nu ringer min mobiltelefon ikke så meget mere. Det har jeg helt glemt. Nu har jeg vænnet mig til det. Så bruger de kun mig til det fagrelevante, hvor jeg før blev brugt til andre ting"

Sundhedsplejerske

5.4.5 Den kommende far/partner er en vigtig del af familien

Den kommende far/partner, hvad enten der er tale om et parforhold eller ej, bør inddrages i forhold til både at vurdere sårbarheden hos den kommende mor og i forhold til samarbejdet under graviditeten. Den kommende far/partner kan være en vigtig ressource samtidig med, at partnerens sårbarhed også kan være årsag til behovet for støtte.

"Far er enormt vigtig. Og den erfaring sundhedsplejersker er kommet med, hvor de er blevet mere opmærksomme til at tænke far ind i ligningen. Det er ikke et generelt fravalg, men der er brug for et skifte omkring vores tanke omkring familie. Far er vigtig hele vejen igennem, både som en del af familien og så som sin egen person – og jeg tænker, at det kan have mange betydninger på lang sigt, for der er nogle parametre, hvor manden kan handle anderledes, og der er en risiko for barnets sundhed. Så det er noget Sundhedsstyrelsen i hvert fald skal have opmærksomhed på"

Projektleder

Det er særligt lykkedes at inddrage de gravides eventuelle partnere i de familie- og fødselsforberedende tilbud, når de er blevet direkte inviteret til tilbuddene, og hvor partnerne har kunnet se et konkret formål med deres tilstedeværelse (fx fødselsforberedelse eller førstehjælp). De kommende fædre fortæller, at de især

har sat pris på det mere praktiske indhold i indsatsen, såsom at få information om fødslen, råd fra advokater og bank, og generelt at få viden, så de er bedre klædt på til at blive forældre. De kommende mødre giver også ofte udtryk for, at det er rart at være fælles om det, og at fædrene også har fået de samme informationer.

"Der var noget med, hvad jeg skulle gøre under fødslen, så man ved, hvad man skal gøre. Så jeg følte mig lidt mere klædt på"

Projektdeltager, far

Desuden har det vist sig at være lettere at inkludere partnerne i de individuelle tilbud end i gruppeforløbene med undtagelse af de gruppetilbud, der finder sted efter arbejdstid, og hvor det i udgangspunktet er et forløb for begge parter. De steder, hvor partneren har deltaget aktivt i tilbuddene, har både den gravide og partneren oplevet, at det har bidraget til et bedre graviditetsforløb. Årsag til manglende deltagelse af fædre handler blandt andet om tidspunktet for tilbuddene – at tilbuddene har ligget i arbejdstiden, men også at de kommende fædre ikke har opfattet det som et tilbud til dem. Nogle projekter har oplevet det vanskeligt at få fædre til at være med. Det kan handle om manglende indsigt i behov, men kan også mere simpelt handle om manglende tid.

"Jeg var afsted med Emmas far. De fleste var med. Jeg tror, det var rigtig rart for begge parter, også for fædrene at få et tilbud og få informationerne. Selvom at far måske er med, så er det nærmest kun mor, der får ting at vide. Det er godt, at de får noget information, så de også føler sig mere inkluderet"

Projektdeltager, mor

Samtidig efterspørger nogle af fædrene også netværk og grupper for mænd at mødes i og vende nogle af deres tanker om det at være/skulle være far.

"De skulle oprette en fædregruppe. Jeg ved ikke, hvad den skulle indeholde. Men ingen af mine venner har børn, og det har hendes veninder. Det kunne være rart, jeg ved ikke hvor mange fædre, der ville tage imod det, men jeg ville, og så kan man lige mødes på neutral grund og få en øl eller rødvin (..) Ja, det er noget med, at man kan dele erfaringer med nogen. (...) Jeg gad godt, at jeg var mere voksen og havde mere voksne venner, der var fædre. Et eller andet. I hvert fald at man skulle tilbydes det. Det kan være et eller andet... Bare noget, hvor man lige kan gøre nogle ting – en Tinder-app med nybagte fædre"

Projektdeltager, far

Den kommende far/partner skal tænkes ind i tilbuddene. Både fordi deres sårbarhed kan påvirke den kommende tilknytning til barnet og parforholdet, og fordi de er en vigtig ressource for den gravide. At involvere den kommende far kræver dog en ekstra indsats og koordineret planlægning, da manglende mulighed for at deltage i arbejdstiden og forståelse for behov for at deltage blandt andet kan være en barriere.

5.5 Kendskab og relationer fremmer motivation og fastholdelse

Evalueringen viser, at den personlige og stabile relation til en kontaktperson i projektet er af stor betydning for at fastholde de gravide i projektet. At få en relation eller blot et kendskab til de sundhedsfaglige aktører, man møder i sin graviditet, har både haft betydning for motivation for at takke ja til indsatsen, og for fastholdelsen i tilbuddene.

"Jeg har jo valgt at være alene, men selvom jeg har det, så er jeg ikke helt alene alligevel"

Projektdeltager, mor

Projektdeltager, mor: *"Det har jo gjort, at jeg har været mere tryk i situationen, idet jeg havde sundhedsplejersken, ouden kunne jeg godt lide hende rent personligt. Jeg har jo fået støtte hele vejen igennem, tror hvis jeg kun havde haft det, man normalt har, så var jeg ikke sikker på det var gået over så hurtigt. Så jeg tænker i og med vi havde så meget kontakt og fik så meget hjælp, så udviklede det sig ikke. Ved ik' hvordan det lige havde været, hvis jeg ik' havde haft den hjælp..."*

Interviewer: *"Hvis du skulle opsummere – hvad har været det bedste?"*

Projektdeltager, mor: *"Det har været den der lidt særlig kontakt til sundhedsplejersken, helt sikkert. Også det der med, at jeg ved, hvem der kommer i mit hjem, når jeg har født. Det var rart at snakke med hende først, hvad kan jeg gøre for dig, hvis du får det sådan, hvad har du brug for. Det var rigtig godt"*

Som et eksempel har det at få besøg af sin sundhedsplejerske inden fødslen været attraktivt for mange af de gravide – altså det tidlige graviditetshjemmebesøg. Det giver tryghed for de gravide at vide, hvem der skal komme i hjemmet efter fødslen. Det samme gælder et tilbud om kendt jordemoderordning, som i nogle projekter har været en del af indsatsen.

"Dem, jeg har nået at møde, synes det er rart, at de ved, at jeg har kendt dem i fredstid [griner], inden det hele brager og den lille kommer"

Sundhedsplejerske

[Sundhedsplejersken] er bare en fantastisk person i sig selv, men det gjorde mig tryk, at hun kendte mig og vidste, hvordan jeg havde det inden jeg fik ham her, og så kunne jeg ringe til hende om alle mulige åndssvage ting. Så det var virkelig rart at have en man kunne ringe til. Jeg har brugt hende virkelig meget. OG det var ikke bare en eller anden fremmed, der ringede, men det var en jeg kendte og følte mig tryk med"

Projektdeltager, mor

Som en projektdeltager udtrykker nedenfor, har projektet haft stor betydning for hende – hun har med egne øjne undgået en fødselsdepression. Den tidlige opmærksomhed fra og kontakt til fagpersonerne betyder, at de kan sætte ind tidligt, hvis de bliver opmærksomme på særlige udfordringer hos den gravide.

"Lige for at sige noget andet, tror jeg faktisk, at jeg kunne have siddet med en fødselsdepression i dag, hvis ik' jeg havde været med. Hvis ik' jeg havde haft den kontakt, så, det var ik' engang gået op for mig, at jeg var mere end normalt påvirket af hormoner"

Projektdeltager, mor

Den personlige relation skabes fx i et tidligt graviditetsbesøg og i form af en gennemgående kontaktperson til eller underviser i projektet. Som en projektdeltager fortæller, kan manglende relation og kendskab til de fagpersoner, man er i kontakt med, gøre, at man ikke er åben om sine udfordringer – det kræver tryghed at spørge om hjælp. Både sundhedsplejersker og gravide oplever, at etablering af relation mellem sundhedsplejerske og familie inden fødsel skaber et godt afsæt for sundhedsplejerskens arbejde efter fødslen.

"Den sundhedsplejerske jeg havde til [min ældste søn] var jeg ikke glad for, så når hun spurgte, hvordan amningen gik, så sagde jeg bare at det gik fint, men det gjorde det ikke (...) Jeg skal føle mig tryk ved en person for at spørge om hjælp. For mig hjalp det, at jeg vidste hvilken sundhedsplejerske jeg fik og havde snakket med hende gennem nogle måneder – vi havde lært hinanden at kende inden fødslen "

Projektdeltager, mor

Kendskabet og relationen betyder også, at projektets parter har mindet om undervisning og aktiviteter, hvilket ofte er nødvendigt for denne målgruppe. Fagpersonernes tilgængelighed, blandt andet på sms, har motiveret målgruppen til at benytte tilbuddene og været med til at fastholde dem. Erfaringerne viser, at det er nødvendigt med fx påmindelser inden møder/undervisning, og at sundhedspersonalet er meget vedholdende i kontakten med målgruppen, der kan have oplevet svigt i andre sammenhænge. Målgruppen skal mødes der, hvor de er, af personer, de kender. At møde dem der, hvor de er, handler om en åben fordomsfri tilgang

med kommunikation i øjenhøjde og om at benytte sig af de kommunikationskanaler, målgruppen allerede benytter.

" [Kontaktperson] har været god til at skrive "der er svømming i dag" – det har været med til at gøre, at jeg kom afsted. Det har båret frugt i sidste ende. Når man først har været i vandet og kommet op og har trætte børn. Vi har et badebassin hjemme i haven, hun er glad for vand i dag. Men det har også givet hende og mig noget – hun var så glad for at skulle i vandet. En tidlig begejstring for det vi gjorde sammen. Vi har connected dér .. vi disconnectede jo lige i starten, fordi jeg var .. og hun ville helst over til far"

Projektdeltager, mor

Når projekterne oplever frafald, handler det blandt andet om, at den gravide ikke ser sig selv som en del af målgruppen, fx fordi de ikke kan se ligheder mellem dem selv og andre i gruppen. Det drejer sig også om mere "lavpraktiske" årsager, såsom for lang afstand, manglende tid, flytning fra kommunen eller afbrudt graviditet. Endelig handler frafald nogle gange om, at gravide vurderes at være fejlvisiteret og i stedet tilhører niveau 2 eller 4. I gennemsnit angiver projekterne, at ca. én ud af seks deltagere falder fra projektet. Men hvornår en deltager vurderes at være "faldet fra", kan også være vanskeligt at definere, når der er tale om en individuelt tilpasset indsats efter behov.

5.6 Overgang til kommunens almindelige tilbud

Det er vigtigt at sikre overgangene mellem de forskellige faser og fagpersoner i svangreomsorgen. Det giver et sammenhængende forløb for den gravide, som ofte vil have behov for et fokus på overgangen til kommunens almindelige tilbud efter et forløb med tæt kontakt og massiv opmærksomhed. I et forløb, hvor der arbejdes meget med relationer, og projektdeltagerne i forskelligt omfang får en relation til projektets parter, bliver det særligt vigtigt at sikre overgangen fra projekt til almene tilbud, hvilket er relevant at være opmærksom på ved fremtidige indsatser af denne karakter.

"Der er ingen, der falder i overgangen fra graviditet, fødsel, barsel og sundhedsplejerske. Vi har en betydning i, at vi står så stærk sammen"

Sundhedsplejerske

I barselsperioden skal familierne for første gang afprøve mange af de ting, de har lært, og der kan opstå tvivl og spørgsmål. At de gravide skal overgå til kommunens almindelige tilbud, inkl. behovsbesøg og andre tilbud til familier med særlige behov, betyder i mange tilfælde, at de har været nødt til at skifte sundhedsplejerske otte uger efter fødslen. At have tilknyttet særlige sundhedsplejersker til denne målgruppe i forløbet har gjort, at de får solid erfaring med målgruppen og kan blive et kendt ansigt for de gravide, hvis fx de både er på tidlige graviditetshjemmebesøg og underviser. Erfaringerne viser, at skiftet mellem sundhedsplejersker kan opleves u hensigtsmæssig for familierne, idet de har opbygget en relation, som netop er afgørende for målgruppen i forhold til at kunne arbejde med tilknytning. Derfor er det særligt vigtigt fremadrettet at være opmærksom på at kunne følge op, da der naturligt stadig er sårbarheder otte uger efter fødslen, og der kan opstå usikkerheder og spørgsmål som hos alle andre familier med små børn.

Interviewer: Hvad så, når [projektet] ikke længere er der, fordi din dreng er blevet større?

Projektdeltager, mor: "Så tager jeg en masse med, tror jeg. Man får sådan en hel ro omkring nogle ting, og nu er jeg ikke bange for at skulle slippe det. Man kommer til at hvile mere i sig selv og sin rolle. Det med ikke at tro, at man er en god mor, men så har jeg lært, at jeg er lige så god en forælder, som andre. Så man tror på, at man godt kan passe sin dreng. Man er ikke helt alene. Det har givet mig tillid til, at det nok skal gå."

Som et forældrepar fortæller nedenfor, kan der være positive ting ved at skifte sundhedsplejerske – fx hvis kemien ikke har været god – men de oplevede det som et ulogisk skifte, og at den relation de havde opbygget med projektsundheds-

plejersken var ærgerlig at miste. At være åben om sine sårbarheder og udfordringer kræver en tillidsfuld relation, som kræver ressourcer at opbygge igen. Citatet nedenfor er endnu et eksempel på, at det relationelle har stor betydning og er en forudsætning for tryghed til at arbejde med egne vaner og adfærd.

Projektdeltager, mor: *"Der var bare mange ting, og det var irriterende, at man skulle skifte efter 1 måned. Det kan godt være, at der er en logik, men det synes jeg ikke, at der er (...) Det gode ved at skifte over er, at man ikke hænger ved den samme del – men man får mere ud af, at det er den samme. I stedet for at der kommer en, som, hvis man har været ked af, og hende den anden ved ikke, hvordan man har det med de forskellige ting. Men den gamle har følelsen af, hvordan tingene er – det er sårbart..."*

Projektdeltager, far: *"Man er meget ærlig overfor den sundhedsplejerske – hun ved alt muligt om os"*

Projektdeltager, mor: *"Det kan godt være, at andre kan læse om det, men... (...) Jeg tror godt, at jeg kan få tillid til den nye, men det bliver mere distanceret. Der ville være noget kontinuitet og tillid, som man kunne bevare med den første. Den nye har bare fokus på [barnet]"*

At sikre kontinuitet for denne målgruppe er vigtig for dels den tillid, der er opbygget, og for mulighederne for at arbejde videre med de udfordringer, der er afdækket under graviditeten og i barselsperioden.

Projektdeltager, far: *"Forskellen er, at ved [projektsundhedsplejersken] var det bare sådan, at vi skulle ringe, hvis der er det mindste, men den måde at gøre det på har [den] almene", nye sundhedsplejerske] ikke.*

Projektdeltager, mor: *"Vi har ikke haft meget behov for at ringe, men det ligger i underbevidstheden, at man ved, at man kan. Det er, ligesom hvis man ved, at man ikke må gå ind i et rum, så vil man rigtigt gerne, men må man godt, så vil man ikke derind så gerne"*

Erfaringerne peger på, at det er vigtigt at forberede deltagerne på forløbets afslutning og fortælle dem, hvem de skal kontakte, hvis de får behov for støtte. Fortællingen nedenfor illustrerer både dette, samt at partneren eller en anden tæt relation kan være en stor ressource for den nybagte mor. Vedkommende kan støtte i at huske de gode råd og den viden, man har fået med sig. Det understreger betydningen af at inddrage den kommende far i forløbet eller alternativt en god veninde eller en anden i den gravides netværk.

"Det sluttede for 1 år siden. Så syntes de, at jeg var kommet videre nok til, at de kunne give slip. Men jeg fik at vide, at jeg sagtens kunne kontakte dem. Overgangen var lidt brat, men hvordan skulle man ellers stoppe? Jeg følte, at det var sådan lidt, at der havde været så meget styr på mig, og så lige pludselig skulle jeg være alene, men der havde været udslusningsfase, hvor de havde sagt, at om 1 mdr. synes vi, at du skal til at stoppe. Jeg tror ikke, at man kunne gøre det mindre brat. Men der havde været så meget fat i en, og så ved man godt, at man skal komme på onsdag.... (...) Jeg har faktisk ikke ringet til nogen af dem siden, for jeg har åbenbart godt kunne klare det uden. Vi har kunnet klare os selv derhjemme, og min kæreste har sagt husk nu lige at gøre sådan og sådan. Og det har været en stor hjælp, at jeg har sagt, at de andre siger, at man skal gøre og huske det og det, og så har han kunne holde mig op på det"

Projektdeltager, mor

Som en mor fortæller nedenfor, har relationen til fagpersonerne betydet, at hun ikke har følt sig alene, at projektet har haft stor betydning for hende, men også at det har rustet hende til at stå på egne beg og klare sig uden projektets parter.

Interviewer: *Hvad så når [projektet]slutter?*

Projektdeltager, mor: *Så tænker jeg, at de har hjulpet mig det, de kunne. Det er sørgeligt for andre, hvis [projektet] ikke fortsætter. Det ville jeg ikke have været foruden. Tænk at stå der, hvis du er helt alene? Det er ikke en tanke, jeg har lyst til at tænke. Jeg tror ikke, at jeg havde været her i dag uden [projektet]...*

6 Opsporing og henvisning af målgruppen

Gravide, der vurderes som niveau 3, kan være meget forskellige og have forskellige sårbarheder, men har det til fælles, at deres sårbarheder kan få betydning for barnets trivsel. Den tidlige indsats opleves som nøgle til at styrke de sårbare gravide og gøre en forskel for familien. Netop derfor er en god visitations- eller henvisningsprocedure så afgørende. Her spiller den praktiserende læge en afgørende rolle. Opsporingen hos den praktiserende læge styrkes af tværfaglig kommunikation og dialog om indsatsen.

En systematisk og god henvisningsprocedure er afgørende for at identificere målgruppen og for at kunne gøre en forskel. Projekternes arbejde viser, at opsporing og henvisning af målgruppen skal knyttes til eksisterende arbejdsgange i svangreomsorgen, herunder udfyldelse af svangrejournale og overlevering af information mellem sektorer, og kræver en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

En god opsporing og henvisning af målgruppen handler først og fremmest om at have en fælles definition af, hvem der er målgruppen. Herefter handler det om at etablere en struktur for, hvordan man i praksis finder ud af, om den gravide er i målgruppen, samt hvordan man bedst muligt får inviteret og henvist den gravide. Endelig handler det også om at få den gravide til at tage imod tilbuddet. Det har været en forudsætning for projektet, at deltagerne rekrutteres inden graviditetens uge 20 for at få mest mulig tid til at samarbejde med kvinderne og deres partnere under graviditeten.

Dette afsnit handler om alle de forskellige elementer, der er en del af arbejdet med at opspore og rekruttere målgruppen med fokus på at evaluere, hvad der virker og ikke virker i denne forbindelse.

6.1 Om svangreomsorgens fire niveauer

Svangreomsorgen består af et universelt tilbud, som alle gravide i udgangspunkt tilbydes i løbet af graviditeten og i barselsperioden. Sundhedsstyrelsen anbefaler 3 konsultationer hos den praktiserende læge, 2 ultralydsundersøgelser, 4-7 jordemoderkonsultationer og evt. et graviditetsbesøg af sundhedsplejersken¹⁰. Gravide med særlige behov eller problemstillinger skal have udvidet tilbud tilpasset deres problemer og behov af både fysisk, mental og social karakter.

Svangreomsorgen tilrettelægges forskelligt fra region til region med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hver region skal udarbejde en regional fødeplan. Regionerne er forpligtet til at indhente rådgivning herom i Sundhedsstyrelsen. I nogle regioner ser den gravide kvinde sin jordemoder første gang i uge 13-15¹¹, mens det i andre regioner kan være i uge 18-20¹². Nogle fødesteder har et sårbarhedsteam, mens andre arbejder med kendt jordemoderordning¹³. Regionerne har ligeledes forskellige tilbud om, hvor længe moderen kan være indlagt efter fødslen.

¹⁰ Sundhedsstyrelsen 2013: "Anbefalinger for svangreomsorgen", s. 26

¹¹ <http://www.ouh.dk/wm388784>

¹² <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-og-fodsler/graviditet/hos-jordemoderen/>

¹³ Se fx <http://www.auh.dk/om-auh/afdelinger/kvindesygdomme-og-fodsler/graviditet-og-fodsler/graviditet/programmer-og-tilbud/gravid-med-sarlig-udfordring-eller-belastning/> og <http://www.ouh.dk/wm483560>

Til at vurdere de gravides behov for professionel omsorg under graviditeten, har Sundhedsstyrelsen i 2009 beskrevet fire niveauer, der vurderes ud fra i svangreomsorgen. Projekterne har haft til formål at tilbyde en indsats til gravide, der ved henvisning fra praktiserende læge vurderes at være på svangreomsorgens niveau 3 og dermed har behov for et udvidet tilbud baseret på et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde¹⁴ med henblik på at sikre både morens og barnets helbred, sundhed og trivsel. De fire niveauer er gengivet nedenfor:

“Niveau 1 er det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko”

“Niveau 2 indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder”

“Niveau 3 indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen. Lokale tværfaglige grupper vil typisk kunne varetage opgaverne på dette niveau i henhold til lov om social service § 49a og sundhedsloven § 123. Se også bestemmelse om skærpet underretningspligt i serviceloven § 153, stk. 1-2”

“Niveau 4 indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særlig komplicerede problemstillinger som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv”

Kilde: Sundhedsstyrelsen 2013: “Anbefalinger for svangreomsorgen”, s. 27

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorgen giver eksempler på, hvilke problemstillinger der giver behov for et udvidet tværfagligt tilbud, men anbefalingerne lister ikke alle de konkrete problemstillinger, niveau 3 kan omfatte, idet niveaudelingen var ny i 2009¹⁵. Det er op til regionerne at ‘oversætte’ og arbejde med niveauerne i deres arbejde med svangreomsorgen. Da niveau 3 i 2014 fortsat var en meget uklart defineret gruppe, valgte Sundhedsstyrelsen at udmønte midlerne til netop at undersøge denne gruppe gravide nærmere. Projekterne har haft til opgave at skulle finde frem til, om muligt, en definition af svangreomsorgens niveau 3 – hvem er de sårbare gravide, der har behov for et udvidet tilbud involverende tværfagligt/tværsektorielt samarbejde, og hvad skal de tilbydes?

¹⁴ Sundhedsstyrelsen 2013: “Anbefalinger for svangreomsorgen”, s. 27

¹⁵ Sundhedsstyrelsen anbefalinger om svangreomsorg, der er dateret 2013 er kun revideret i forhold til 2009 udgaven, hvad angår barselsplejen.

6.2 Sårbarheder, der kan få betydning for barnets trivsel

En af de stillede opgaver for projekterne har været at komme nærmere en definition af, hvem de gravide, der vurderes til niveau 3, er, og hvad der kendetegner dem. Gravide indplaceret på niveau 3 er i Sundhedsstyrelsens anbefalinger defineret ved at have behov for en tværfaglig og tværsektoriel indsats¹⁶. Alle ti projekter har arbejdet med at blive mere konkrete på, hvem de gravide i niveau 3 egentlig er. Projekternes arbejde viser, at niveau 3 har gavn af den særlige indsats og en tættere kontakt til sundhedsvæsnet, og at en skærpelse af, hvem målgruppen er, er et vigtigt skridt for at kunne tilrettelægge den særlige indsats, disse kvinder og deres familier har brug for.

”Det var projektets udgangspunkt at blive skarpere på målgruppe. Som jordemoder kan man sagtens se, når det ikke bare glider, hvis hun fra start af har ting, der optager hendes kapacitet, fordi det kan være så krævende at blive forælder”

Jordemoder

Projekternes arbejde viser samlet set, at gravide på niveau 3 kan være svære at definere, afgrænse og opspore. De sårbarheder, der giver kvinden behov for et udvidet tilbud, der involverer tværfagligt samarbejde med andre sektorer i kommunen og regionen¹⁷, er af meget forskellig og ofte kompleks karakter. Det kan være lige fra omsorgssvigt i barndommen over sociale problemstillinger, som konfliktfyldte forhold, til psykiatriske diagnoser, som depression eller angst – alt sammen noget, som kan få betydning for tilknytningen til det kommende barn og dermed dets sundhed og trivsel. Overordnet set har projekterne haft en helhedsorienteret tilgang til sårbarheder og foretaget opsporing af niveau 3 med afsæt i at styrke dem, hvis sårbarheder kan risikere at påvirke tilknytning til og omsorg for barnet negativt. De gravides sårbarheder kan også relateres til en eventuel partner eller families sårbarhed. I vurderingen af den gravides sårbarhed bør den kommende far derfor også inkluderes.

Erfaringerne viser, at kvinderne og/eller deres partnere, der vurderes at være på svangreomsorgens niveau 3, er præget af stor diversitet. Sårbarhederne kan være helt åbenlyse for alle, men de kan også være både diffuse og tage tid at opspore. Projekternes arbejde med sårbare gravide peger på, at de sårbarheder, der karakteriserer niveau 3-gravide, overordnet set kan opdeles i fire kategorier:

- **Psyriske** sårbarheder: Angst, depression, spiseforstyrrelse, traumer, ADHD, OCD o.lign.
- **Sociale** sårbarheder: Sparsomt netværk, konfliktfyldte forhold, dårlige tilknytningserfaringer fra egen opvækst, alder/mental umodenhed, manglende job/uddannelse/økonomi
- **Fysiske** sårbarheder: Diabetes, overvægt, rygning, gastric bypass, fibromyalgi, whip-lash, rygproblemer, o.lign.
- **Andre** sårbarheder: Manglende følelser for eller engagement i graviditeten, tidligere aborter/mistet børn, skiftende partnere, partner i fængsel

Arbejdet med gravide indplaceret på niveau 3 tyder på, at især de mentale og sociale sårbarheder fylder meget i projekterne. Projekterne oplever, at det især er de psykosociale problemstillinger, der fylder i arbejdet med målgruppen, og at der ofte allerede tages hånd om de gravide med udelukkende fysiske udfordringer i

¹⁶ Sundhedsstyrelsen 2013: ”Anbefalinger for svangreomsorgen”, 2. udg., s. 27

¹⁷ Jf. definition af svangreomsorgens niveau 3 (Sundhedsstyrelsen 2013: ”Anbefalinger for svangreomsorgen”, 2. udg., s. 27)

eksisterende tilbud. Samtidig viser erfaringen, at medicinske og fysiske problemstillinger ofte kan gå hånd i hånd med psykosociale udfordringer, og derfor er det særligt vigtigt med et tværsektorielt samarbejde. Niveau 3's gravide har flydende grænseflader til de andre niveauer, og erfaringerne fra projekterne viser, at det kan være vanskeligt entydigt at sige, at tilstedeværelsen af en given sårbarhed altid bør udløse et givent tilbud. Det kræver en systematisk, professionel og individuel vurdering af den gravide. Erfaringen viser også, at én sårbarhed sjældent står alene, og at de gravide ofte har flere forskellige udfordringer, der måske ikke tidligere er identificeret. Fællesnævneren for de sårbarheder, der karakteriserer niveau 3, er, at det er sårbarheder, der kan få betydning for den fremtidige tilknytning til det kommende barn og dermed barnets udvikling og trivsel.

6.2.1 Gravide indplaceret på niveau 3 kan være meget forskellige

Gravide indplaceret på niveau 3 er en meget heterogen målgruppe, og det kan være vanskeligt at sige noget helt entydigt om denne gruppe andet end, at de er gravide, og at de har forskellige udfordringer. Deres udfordringer og sårbarheder antager mange forskellige former, og kvinderne har mange forskellige behov.

"Det fælles for dem er, at de er gravide, og de skal føde og kommer hjem med en nyfødt"

Projektleder

At skabe en fælles forståelse og terminologi har derfor været en stor opgave i mange af projekterne. Det skyldes ikke nødvendigvis uenighed, men i højere grad uklarhed over, hvad der kan tolkes som en sårbarhed, og over hvad projektet kan håndtere.

"Ex mener jeg det hedder, ikke en der tidligere har haft depression, men efterfødselsreaktioner – hun er niveau 3. Jeg havde én forleden, hvor der stod tidligere depression og stoppet medicin på grund af graviditet. Hun siger det går godt, meget bedre, sover bedre, har det godt – er hun så niveau 3? Det ved jeg ikke"

Jordemoder

Kvinderne indplaceret på niveau 3 har typisk flere udfordringer, der er mindre håndgribelige end kvinderne, der er indplaceret på niveau 4, og det kan derfor være vanskeligere at opspore kvindernes vanskeligheder, fx fordi kvinderne ofte ikke selv har tænkt, at deres vanskeligheder kunne få betydning for deres forældreskab. Alkohol eller stofmisbrug er markante indikatorer på, at den gravide kræver ekstra støtte, og ingen fagpersoner (og de færreste gravide) er i tvivl om, at der skal sættes ind for at sikre barnets sundhed og trivsel. Men i spektret af psykosociale udfordringer kan det være vanskeligt at lave en klar definition og "trække en streg i sandet" i forhold til hvilket niveau, kvinden bør indplaceres på. Det betyder, at man løbende må diskutere grænserne for, hvem der er "inden- og udenfor" gruppen. Der findes ikke nødvendigvis en standard opfattelse af eller definition på at være socialt eller kognitivt udfordret, som en jordemoder giver udtryk for i citatet nedenfor. Netop derfor er det vigtigt hele tiden at have fokus på målgruppen, dens ressourcer og kompetencer og være bevidst om spektret i niveau 3, ligesom det er nødvendigt at sparre med kolleger om målgruppen og dens behov.

"Du kan ikke putte 2000 mennesker ned i syv kategorier. Der vil være nogen, der ikke passer, så det er noget man hele tiden skal tale om. Især ikke på niveau 3. Niveau 4 er noget nemmere: Drikker du og tager du stoffer eller ej? Men er du udfordret socialt eller kognitivt, hvornår er man det?"

Jordemoder

Den tværfaglige indsats opleves at give bedre afsæt for vurdering af sårbarhed, fordi man ser noget forskelligt gennem hver sin faglighed. Når for eksempel jordemoder og sundhedsplejerske sammen besøger den gravide i hendes hjem, ser de i kraft af deres forskellige fagligheder forskellige ting og kan i fællesskab efter-

følgende udveksle perspektiver og vurdere, hvilke behov der er i netop denne familie, så de gravide kan komme til at klare sig selv i højere grad.

"Det har givet en opmærksomhed på, hvad vi kan, og hvilke øjne er det, vi kigger med, og hvor god mening det giver, at vi er flere der kigger"

Sundhedsplejerske

Men de forskellige syn på sårbarhed kan også give frustrationer. Det kan eksempelvis være i samarbejdet mellem sundhedsplejersker og kommunale sagsbehandlere, men også mellem sundhedsplejersker og jordemødre. Hvis der er uenighed om graden af sårbarhed og derfor også behovet for indsats, kan det vanskeliggøre samarbejdet. Denne udfordring er samtidig et godt eksempel på den store betydning, som det tværfaglige arbejde har.

"Der vurderer jordemoder ikke, at hun er sårbar, og jeg vurderer, at hun er (...) Jordemoderen vurderer i samtalen, at hun kan høre det, men op til den, kan hun ikke se det"

Sundhedsplejerske

Flere projekter har fundet det værdifuldt at arbejde med en graduering af gruppen. Fordi gruppen er præget af mange forskellige sårbarheder og udfordringer, har nogle projekter mere eller mindre uformelt arbejdet med niveaudelinger inden for niveau 3 – fx ved tale om "lette" og "tunge" sårbare.

"Nogen gange kan det være mange småting, der tilsammen giver en sårbarhed (...) Og så det med at vi begynder kategorisere dem som light sårbare. Det er vores egen definition, den nederste ende af niveau 3erne (...) Vi graderer inden for niveauerne for at kunne tale om det og give den bedste indsats"

Jordemoder

I forlængelse heraf kan det være særligt vigtigt at være opmærksom på de "bedste" og de "dårligste" gravide på niveau 3, da de kan være svære at motivere og inkludere samt at hjælpe med de tilrettelagte aktiviteter og tilbud.

"Er man for massiv en 3'er til vores tilbud? 3 med pil op. Vi gør alt hvad vi kan for at holde for øje, at vi ikke er psykologer og vi skal have nogen, vi kan gøre noget for. Ikke nogen vi taber halvt på gulvet. Det er absolut ikke vores hensigt"

Jordemoder

6.2.2 En fælles forståelse af det faglige sprog bliver til

Det kræver en indsats at få et fælles sprog og en fælles forståelse af målgruppen. Tværfaglig sparring og erfaringsudveksling er vigtige elementer i at få skabt fælles forståelse. Ikke alle projektets parter har tidligere stiftet bekendtskab med de fire niveauer i svangreomsorgen. Det gælder særligt socialrådgivere og sundhedsplejersker, og sundhedsplejersker fortæller, at de arbejder med både en bogstav- og en farveinddeling i deres arbejde med de nybagte mødre. De fire niveauer er udviklet til svangreomsorgen og er ikke en del af sundhedsplejens redskaber til kategorisering. Derfor har det tværfaglige samarbejde krævet, at man har etableret en fælles sproglig forståelse for at arbejde sammen om de sårbare gravide. Lægen forholder sig i svangerskabsjournalen til niveauerne: Basis, udvidet basistilbud, udvidet basistilbud inkl. tværfagligt samarbejde og endeligt samarbejde med specialiserede institutioner/familieambulatorium¹⁸. Niveauerne i svangreomsorgen opleves at være noget, der især arbejdes med på hospitalerne blandt jordemødre og blandt lægerne i almen praksis. Selvom niveauerne har eksisteret siden 2009, kan der være enkelte steder, hvor det endnu ikke er en integreret del af hverdagen.

¹⁸ https://www.sundhed.dk/content/cms/99/79799_svangrskabsjournal.pdf

"Og mange jordemødre synes aldrig, at de har hørt om niveauerne, for det er ikke noget, vi bruger i basis. Der var mange der spurgte, hvad vi mente med niveauerne. Men det er ikke noget, vi nødvendigvis bruger i basis, men det gør i de i teamet for sårbare gravide"

Jordemoder

Projektleder: "Drømmetanken ville være at kigge på det, der giver problemer ned ad. Om det hedder niveau 1-4, og det hedder basis hos lægen. At man prøvede at lave et fælles sprog (...) så alle følger det samme (...) [Og] tage fat i de overliggende ting, såsom forskellige journalsystemer,. Hvis man bare alle kunne have adgang og elektronisk samtykkeerklæring, så man nemmere kunne snakke sammen. Hvorfor tre systemer og tre benævnelser? Vi har niveauiddeling, og så har lægerne på deres svangrejournale, basis, udvidet..."

Sundhedsplejerske: "Og så har vi a b c, og vi bruger faktisk farver; grøn gul rød"

Arbejdet med at konkretisere, hvem målgruppen er, opleves meningsfuldt, og der vurderes at være behov for, at viden om niveauerne udbredes. Det efterspørges bl.a., at projekternes arbejde resulterer i forslag til retningslinjer til opsporing på baggrund af deres gode erfaringer med skemaer og oversigter over niveauer, som især kan formidles til de primære opsporere som læger og jordemødre. Det vil sikre, at der er opmærksomhed på de psykosociale aspekter, og at de gravide med disse udfordringer får den rette støtte - netop fordi det er de psykosociale aspekter, der opleves at fylde meget i arbejdet. En uddybning af svangreomsorgens niveau 3 med flere eksempler på sårbarheder vil være et vigtigt grundlag for en indsats. Også selvom den sandsynligvis ikke kan blive fuldstændig udtømmende.

6.3 Metoder til opsporing af målgruppen

Opsporingen forbedres, når den baseres på flere fagpersoner, og der dermed skabes et fintmasket net under de gravide. Alle sundheds- og socialfaglige aktører, der er i kontakt med gravide i målgruppen, skal være opmærksomme på den ekstra indsats, de kan tilbyde. De potentielle projektdeltagere kan komme i kontakt med det offentlige fra forskellige kanaler, og forskellige fagligheder ser noget forskelligt. Et fintmasket net øger sandsynligheden for, at gravide i målgruppen identificeres og støttes. Ved tværfaglig opmærksomhed bliver det også muligt at opspore gravide på niveau 3 senere end uge 20, såfremt vanskeligheder skulle opstå. Disse kvinder kunne ikke inkluderes i dette projekt, men det er vigtigt fremrettet at have fokus på disse kvinder også.

Evalueringen viser, at projekterne arbejder med henvisning og opsporing på forskellig vis, men fælles for arbejdet er, at det kræver en tværfaglig indsats at finde de sårbare gravide i målgruppen. Fælles for de ti projekter er, at det er praktiserende læger og jordemødre, der primært opsporere.

Projekterne har været forankrede i sundhedsplejen, og visitering til og iværksættelse af indsatsen sker i sundhedsplejen. Det kræver, at sundhedsplejen får kendskab til de gravide. Svangre-/vandrejournalen er som hovedregel nøglen til at formidle informationer og videregive oplysninger mellem de forskellige fagpersoner. Henvisning af de gravide inden graviditetens uge 20 har krævet, at lægen skriver direkte til sundhedsplejen, hvilket ofte har betydet ændrede arbejdsgange for den praktiserende læge. Det har været et krævende arbejde at få etableret denne arbejdsgang, men det er et "engangs-foretagende", som er afgørende for at kunne iværksætte en tidlig indsats forankret i sundhedsplejen.

Andre projekter, hvor jordemoderen kan foretage henvisningen, fordi konsultationstidspunktet tillader det, har arbejdet i højere grad kunnet baseres på eksiste-

rende arbejdsgange og overlevering af information mellem sektorer. Projekterne har således stillet forskellige krav til lægerne. Nogle har skullet sætte krydset som sædvanlig og videresende svangerskabsjournalen til fødestedet, mens andre har skullet både informere om projektet, indhente samtykke og videresende dokumenter til Sundhedsplejen.

Nedenfor vises en oversigt over de forskellige former for tilgange, som projekterne har anvendt til opsporing af de sårbare gravide på niveau 3:

- Sårbarhedsteam på hospitalet modtager de sårbare gravide, der af lægen er markeret som niveau 3, og henviser dem til projektet. Jordemødre screener de gravide, de er i kontakt med, med EPDS skema og henviser gravide i målgruppen til projektet
- Den praktiserende læge udfylder niveau på svangerskabsjournal. Visitor på sygehuset visiterer alle gravide på niveau 3 til samme jordemoder og projektet. Den gravide og partner tilbydes projekt ved første jordemoderkonsultation
- Praktiserende læge vurderer niveau, og endelig opsporing foretages af projektjordemoder, som ser alle gravide på niveau 3, ved scanning i første trimester
- Praktiserende læger udfylder niveau, jordemødre vurderer niveau og henviser til samtale med jordemoder og koordinator, hvorefter tilbud om indsats gives i en tværfaglig opstartssamtale
- Praktiserende læger, jordemødre, socialrådgivere og sundhedsplejersker opsporer, vurderer niveau og henviser til en koordinator i sundhedsplejen – ofte støttet af vejledninger til de fire niveauer, men ud fra en konkret faglig vurdering baseret på erfaring med målgruppen. Der samarbejdes med andre institutioner såsom ungdomsuddannelser, som også henviser, hvis de har kommende forældre på uddannelserne

6.3.1 Systematisk opsporing er afgørende for at tilbyde indsatsen

På tværs peger alle projekterne på, at en systematisk opsporing er vigtig. Indsatsen kræver en formaliseret og systematisk arbejdsgang samt klare aftaler og ansvarsfordeling mellem de forskellige aktører.

Overordnet set kan man tale om to forskellige former for systematik – systematik i form af fx faste spørgsmål i selve dialogen med den gravide og systematik i form af strukturen omkring opsporingen, hvilket er en klar arbejdsdeling mellem de forskellige parter i svangreomsorgen. Den systematiske opsporing i selve dialogen har baseret sig på standardiserede spørgsmål – fx Edinburgh Postnatale depressionscore, EPDS,¹⁹ eller særligt udviklede spørgsmål til lejligheden. Erfaringerne peger på, at selvom det kræver tid og ressourcer at tage et nyt redskab til sig, kan det bidrage til at opspore deltagere i målgruppen. Det handler især om, at man ikke kan læse sig til i svangrejournalen, om den gravide er i målgruppen, men at det er nødvendigt at have en dialog med den gravide og hendes partner.

Et spørgeskema eller en række screeningsspørgsmål sikrer, at man tager stilling til alle de gravide, man møder, og sikrer, at opsporing ikke er person- og erfaringsbåren. Der skal dog stadig foretages en helhedsvurdering, da det er erfaringen, at en given sårbarhed ikke altid skal udløse et givent tilbud eller den gravide kan have andre sårbarheder end dem, der lige spørges til i fx EPDS.

”Hun holder tråden i, at det bliver en ensartethed i, hvad vi tilbyder. Når [koordinator] visiterer, så visiterer hun ud fra skemaer,

¹⁹

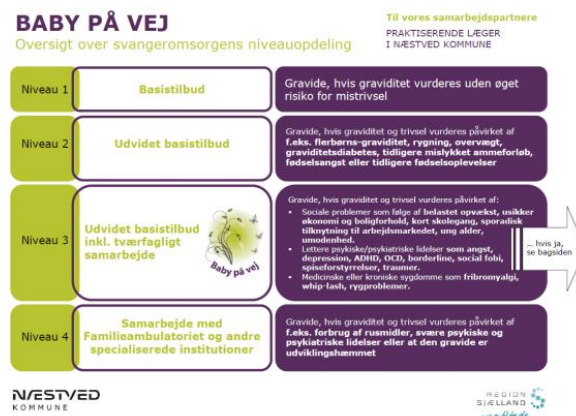
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kalkulatorer/edinburgh-postnatale-depressionsscore/>

så det holder en form for struktur, at der er en, der styrer det og udarbejder procedurer. Hun har en hånd under projektet og skaber overblik. Det er rart"
Sundhedsplejerske

"Man kan ikke kigge på nogle papirer og vide, hvem man sidder overfor – man MÅ stille de rigtige spørgsmål for at få dem til at åbne op"
Jordemoder

Derfor har opsporingen i mange tilfælde baseret sig på en konkret faglig vurdering fra den fagperson, der har siddet overfor den gravide. Flere steder har man gode erfaringer med at udvikle og benytte materiale til at understøtte og guide den konkrete, faglige opsporing. Et sådan redskab kan fx være en folder med forklaring af projektet og målgruppen eller en oversigt over de sårbarheder, der "kvalificerer" den gravide til projektet.

"Vi har jo i svangrepapirerne – en niveaudeling og mere specifik hjælp, der sætter vi alligevel x'er. Der har sundhedsplejerskerne lavet lamineret hjælp til os (hvem er grønne, gule, orange og røde) – det betyder vi bliver mere ensrettede, når vi sætter x'et i gruppe 2 og 3. Det er jo ikke fordi det er noget nyt – det er godt beskrevet i en vejledning med tyk spiralryg, men den er ikke brugbar i det daglige. Det her er mere effektivt"
Praktiserende læge



Eksempel 3 Næstved Kommune: Uddybning af niveauer

Systematikker og redskaber, der kan understøtte opsporingen, er nyttige for den tværfaglige indsats hos lægerne, i kommunerne og regionerne. Foruden at holde fokus på niveaudelingen er det også en fordel, hvis materialet guider til at sætte det rette kryds. Billedet illustrerer et eksempel på, hvordan man i ét projekt har arbejdet med at guide praktiserende læger til at sætte krydset det rette sted.

"Skemaet gør det nemmere, for der ER stor udskiftning i lægerne. Vi har mange uddannelseslæger, så det er meget nemmere at præsentere skemaet for dem, for vi har 30 minutter til at snakke med den gravide og hendes familie, og der skal vi udfylde papirerne, så jo mere visuelt og skematisk det er lavet, jo nemmere er det, og jo flere vil man få fanget ind"
Praktiserende læge

6.3.2 Det rigtige tidspunkt for henvisning og for relationsarbejdet

Det opleves meningsfuldt og relevant at give målgruppen en tidlig indsats baseret på en tidlig opsporing hos læge eller jordemoder. Projekternes parter oplever, at det især er i andet trimester, hvor de gravide er mest modtagelige overfor hjælp og mest omstillingsparate. Fosteret er stort nok til, at man som gravid mærker liv, og man er endnu ikke så langt i graviditeten, at fødslen og 'redebyggeri' tager for meget opmærksomhed, hvilket er i tråd med tidligere forskning²⁰.

"Og så er det også på et tidspunkt, hvor de er åbne og modtagelige for undervisning. Det er anden trimester. Det skal ikke være til sidst, for så lukker de ned for fødslen"

Sundhedsplejerske

At rekruttere før den gravide er i uge 20 har flere steder været udfordrende, hvilket blandt andet har relation til eksisterende arbejdsgange, som ofte skal ændres for at kunne visitere de gravide så tidligt – for at sundhedsplejen får indsigt i målgruppen inden uge 20. Det kræver en indsats fra lægerne, da jordemødrenes første kontakt med de gravide som hovedregel finder sted omkring uge 13-15²¹. Det betyder, at hvis jordemoderen skal henvise og rekruttere, kræver det en hurtig accept af tilbuddet fra den gravide og en relativt smidig sagsbehandling for at have nået at iværksætte et tilbud senest i uge 20.

6.3.3 Den praktiserende læge spiller en afgørende rolle

Den praktiserende læge møder den gravide først. Derfor bliver lægen ofte afgørende for, hvorvidt en eventuelt sårbar gravid identificeres tidligt og henvises til projektet. Alle ti projekter er i varierende grad afhængige af, at de praktiserende læger i kommunen opsporer de gravide.

Afhænger henvisning til projektet udelukkende af henvisninger fra jordemoderen, kan man risikere først at kunne iværksætte en indsats senere end uge 20, især hvis de gravide har brug for betænkningstid, inden de siger 'ja'. Jordemødrene har bedre forudsætninger for at henvise til projektet, hvis lægen allerede har sat kryds eller skrevet tekst, der kan tages afsæt i – og i bedste fald, hvis lægen har informeret om projektet. Evalueringen viser, at jordemødrene har spillet en afgørende rolle for opsporingen af gravide indplaceret på niveau 3, da opsporingen fra lægerne har været meget svingende.

De praktiserende læger er langt mere positive over for at skulle visitere til projekterne, når de oplever, at visitationen er koblet til eksisterende arbejdsgange samt niveaudelinger og ikke giver dem en ekstraopgave. Det faktum, at der nu er et gennemtænkt tilbud til sårbare gravide, gør også lægerne mere villige til at bruge kræfter på at niveaudele, fordi de ved, at de samles op, hvis de har noteret bekymringer eller sat krydset korrekt.

"Kategorisering i kategorier er ikke noget nyt for os (...) Vi siger til dem, at det er en stor opgave at få et barn, at de har mulighed for at få støtte, så det bliver en god oplevelse at blive mor. De vil gerne have den omsorg. Det er ikke svært at sælge. Ingen har sagt nej tak"

Praktiserende læge

Flere projekter har haft udfordringer med mangelfulde journaler, hvor der ikke er sat kryds eller ikke er skrevet en tekst, der kan pege på projektets relevans. Det betyder, at jordemoderen skal opspore i den første konsultation på hospitalet. Det er forskelligt, hvornår denne afholdes, og opsporingen kan derfor risikere at ske

²⁰ Se fx Sundhedsstyrelsen 2013: "Anbefalinger for svangreomsorgen", 2. udg., s. 187

²¹ Sundhedsstyrelsen 2013: "Anbefalinger for svangreomsorgen", s. 48

for sent i forhold til det arbejde, man gerne vil nå under graviditeten. Har man endvidere en systematik, hvor særligt udpegede jordemødre modtager niveau-3 gravide, er der risiko for, at gravide sendes til forkerte jordemødre, hvis krydset ikke er sat.

“Han [lægen] ville ikke putte dem i en kasse, han ville ikke stigmatisere folk, men de gør dem en bjørnetjeneste, for jeg får dem først ind i uge 30. Det er bare så synd, det skal gå så skøvt inden”

Jordemoder

Nogle projekter har oplevet en modvilje fra lægernes side mod at “putte folk i kasser” og stigmatisere de gravide. Står der først i journalen – i form af et kryds eller en tekst i ressourcefeltet – at den gravide er sårbar eller har udfordringer, fremgår det i et offentligt dokument og kan risikere at få konsekvenser for den gravide. Det nævnes blandt andet som en forklaring på, hvorfor nogle læger ikke udfylder ressourcefeltet.

“I starten var jeg frustreret over, at de ikke udfyldte ressourcefelt godt nok (...) Men der er grænser for, hvad de [lægerne] må spørge om, og hvad de vil skrive i et offentligt dokument, som jo ender på et sygehus. De vil gerne sige det til os, men ikke til hele verden”

Jordemoder

De praktiserende læger møder borgere alle steder i livet med en lang række forskellige udfordringer og lidelser. Derfor skal de praktiserende læger have overblik over mange projekter, pakker, tilbud og indsatser, som kan tilbydes alt efter borgerens behov. Det kan vanskeliggøre rettidig henvisning og peger på betydningen af en vedvarende indsats.

The image shows a collage of documents related to the SundStart project. The largest document is an information leaflet for partners, titled 'SUND START information til samarbejdspartnere'. It features the SundStart logo and text in Danish. To the right, there is a contact card for Haderslev Kommune, Sundhedsplejen, Homorkajen 1, with contact information for project manager Inger Klotz. Another document on the right is a project overview page for 'Projekt LIV' (Liv i Vækst), which includes a list of goals and objectives. The documents are arranged in a way that shows their relationship to the overall project.

Eksempel 4 Fredericia og Haderslev Kommune: Information om indsatsen til samarbejdspartnere

I projektperioden oplevedes der flere steder en løbende forbedring i form af flere henvisninger fra flere forskellige læger og jordemødre. Forbedring i henvisninger og opsporing fra lægerne relateres især til en omfattende og vedvarende kommunikationsindsats fra projektleder eller koordinator til lægerne. Denne kommunikationsindsats handler både om at minde om projektet, og om at udvikle og sende skemaer, guidelines og andet materiale, der kan understøtte opsporingen. Det er særligt vigtigt, da der ofte er mange lægehuse i en kommune, hvilket kan betyde, at lægerne sjældent har gravide i målgruppen, hvilket gør, at de ikke får erfaring med at henvise. Information til samarbejdspartnere om indsatsen og kontaktperson er med til at sikre den rette opsporing og til at styrke samarbejdet om indsatsen. Hvis samarbejdspartnerne ikke har tæt, daglig kontakt, har kommunikationsmateriale af denne art været værdifuldt for at styrke samarbejdet.

"Der går lang tid imellem, at vi ser en, der er aktuel i forhold til projektet"

Praktiserende læge

Set fra målgruppens side er det vigtigt at få et godt billede af, hvad indsatsen indebærer, og hvad der takkes 'ja' eller 'nej' til. Som et par fortæller i citatet nedenfor, giver det et ærgerligt afsæt for samarbejdet, hvis den primære opsporer ikke har tilstrækkelig indsigt i projektet, og får givet et misvisende billede af, hvad det handler om.

Projektdeltager, mor: *"Jeg lider af [psykisk diagnose] og har været tilknyttet psykiatri og kunne mærke, at graviditeten påvirkede mig meget, og så kom det bare gennem [projektet]. Mit lægehus havde misforstået [projektet] lidt. De troede, at det var som en slags gruppeterapi for folk i præcis min situation. Så det var det, jeg havde hørt. Og jeg tænkte meget 'ja tak' og jublede over, at kunne få hjælp så hurtigt – men sådan skulle det ikke gå"*

Projektdeltager, far: *"Jeg var helt vild, for vi havde kæmpet en lang kamp med psykiatrien og glad for endelig at få støtte og hjælp udefra og nærliggende i [byen]. Så der var vi meget optimistiske"*

Projektdeltager, mor: *"Så ringede [projektlederen] og min sundhedsplejerske, og så kom de ud, og så startede det derfra. De var hjemme hos os. Det var lidt overvældende, for jeg kunne mærke, at det ikke var en, der havde forstand på min sygdom. Så jeg blev bange for, hvad jeg var gået ind i."*

Nogle projekter har gode erfaringer med at udarbejde korrespondancebreve, som sendes til den praktiserende læge. Det indeholder fx information om, at den gravide er optaget i projektet og hvilke tilbud og aktiviteter, hun deltager i. Det opleves at styrke opsporingen.

"Men det gode er, at vi har fået en korrespondance, hvor fx sundhedsplejerske begynder at skrive til os, hvorfor de har sendt en familie op til os. Det er meget nemmere at kommunikere, når man har en lige linje til hinanden. Det er udsprunget her af projektet"

Praktiserende læge

Det skyldes derfor ikke nødvendigvis modvilje, når projekterne ikke modtager henvisninger fra de praktiserende læger. Flere læger giver udtryk for at være glade for at vide, at der bliver taget hånd om denne gruppe, og at der bliver gjort en indsats for at forberede dem på livet som forældre. Når lægen oplever, at en gravid kvinde har behov for et udvidet, tværfagligt tilbud, er der faktisk en indsats at henvise dem til – ofte i modsætning til tidligere, hvor der ikke var et sammenhængende tilbud til denne gruppe patienter. Det understreger behovet for en stabil, vedvarende og lokal indsats til målgruppen.

"Jeg kan huske, jeg tænkte, at det er rart, at der er nogen, der tager sig af lige præcis denne skrøbelige gruppe. Men vi har dem sjældent og har dem i ny og næ (...) Vi præsenterer det som et positivt tilbud – men det er jo ikke nogen, vi ser hver dag"

Praktiserende læge

Projekternes udfordringer med opsporing og henvisning fra lægerne peger på, at svangrejournalen i den nuværende form ikke er tilstrækkelig til at sikre, at de praktiserende læger får sat kryds i niveau. Selvom nogle læger giver udtryk for, at de i realiteten ikke skal gøre noget andet, end de tidligere har gjort ift. selve niveaudelingen, oplever andre det som en yderligere arbejdsbyrde, de er blevet pålagt. Det skyldes også, at det er forskelligt, hvorvidt man har bygget opsporing og henvisning op om eksisterende arbejdsgange for lægen eller udarbejdet nye.

"Det er ikke så meget de spørgsmål, der ligger i svangrejournalen – det er mere kendskabet til familien i forvejen og kvinden – der er nogle spørgsmål om misbrug af medicin, og medicin kunne være anledningen. Men det er tit baggrundsviden, der ligger et andet sted. Hvis man ikke har denne viden, kan man risikere ikke at spotte det. Vi spørger ikke ind specifikt med henblik på [projektet]"

Praktiserende læge

6.4 Motivation kræver livtag med selvopfattelse og fordomme om "kommunen"

De sundhedsprofessionelle, der har at gøre med henvisning og rekruttering af de gravide fortæller, at de gravide oftest er modtagelige overfor hjælp og støtte, hvis det beskrives som et tilbud og beskrives positivt. Via personlig samtale handler det om at afdramatisere tilbuddet, målrette det den enkelte og derigennem motivere de gravide til deltagelse. En personlig samtale mellem fagperson og den gravide er tidskrævende, men at skabe tillid kræver tid. Og tillid er vigtigt for at kunne arbejde med psykosociale problemstillinger.

"Jeg sælger det meget på, at det er udvidet fødselsforberedelse, så er det nemmere at sluge. De er ikke sårbare, når de selv skal se det"

Jordemoder

"Alt det her kræver penge, for det tager tid. Telefonvisitation tager mindst en time, og journalarbejdet bagefter tager også en time. Det suger tid, for man kan ikke nå at skabe tillid og komme ind til benet på 20 min."

Jordemoder

I denne proces skal man ofte tage livtag med de sårbare gravides forestilling om egne evner, hvilket kræver en tryk og tillidsfuld relation. At skabe motivation er afhængig af de gravides selvindsigt i egne ressourcer og sårbarheder. De gravide, der ikke oplever at have behov for hjælp, kan være vanskelige at motivere til at deltage.

"Så er det lidt efter, hvor meget indsigt de har i egen situation (...) Dem, der ved, de er præget, ved også godt, at de er mærket af det, og de er dejligt nemme at hjælpe. Det er absolut en større udfordring, hvis de selv ikke kan se det. Dem, der har fyldt mest, har været dem, som ikke har forstået, at de har brug for hjælp."

Jordemoder

De gravide har ikke nødvendigvis selv en opfattelse af, at de har behov for andet end de almene tilbud, og at motivere denne gruppe til et særligt tilbud kan være vanskeligt. Derfor handler det om at forholde sig til og være bevidst om en eventuel oplevelse af stigmatisering hos den gravide samt i den gravides familie og netværk for at få de gravide til at deltage.

Jamen, det var nok mere mine egne opfattelser af mig selv, for opfattede mig jo ikke som psykisk ustabil, og ift. da [projektlederen] sådan fortalte, hvad det var for mødre, der kom i den her mødregruppe, tænkte jeg; passer jeg overhovedet ind der? Fordi der var en del, der havde meget værre psykiske udfordringer, end jeg havde"

Projektdeltager, mor

Projekterne har haft forskellige tilgange til, hvordan de har omtalt indsatsens målgruppen overfor de sårbare familier – særligt til, hvorvidt de aktivt har brugt ord som sårbarhed og udfordringer. Beskrives indsatsen som et tilbud til sårbare, kan det få nogle i målgruppen til at sige 'nej tak', fordi de føler sig stigmatiseret, bliver usikre på konsekvenserne ved deltagelsen, eller fordi de ikke ser sig selv som en del af målgruppen. Samtidig erfarer andre projekter, at den aktive italesættelse af sårbarheder kan gøre det nemmere og mere ærligt at arbejde med udvikling og styrkelse af evner og kompetencer. Samtidig kan det være rart for de gravide at vide, at de sidder i en gruppe med nogle mennesker, der ligesom dem selv har udfordringer af den ene eller anden art. Erfaringerne viser, at det vigtigste er at være bevidst om, hvilken strategi der vælges, og hvordan indsatsen præsenteres.

"Det er fedt at få at vide, at selvom man har det godt, så er man stadig fortjent til det. Jeg troede først, at det var for socialt udsatte eller mindre begavede, og så var det også for piger, der var usikre, som kunne gå hen og få en fødselsdepression. Det var først, da jeg fik brevet i min e-boks, at jeg tænkte, at det var forkert, men det var godt, at jeg tog samtalen og blev klogere på det"

Projektdeltager, mor

BARN PÅ VEJ

I **BARN PÅ VEJ** arbejder flere forskellige fagpersoner sammen om at give dig et trykt og godt forløb fra graviditet og fødsel til den første barselstid.

Formålet er at forebygge komplikationer i forbindelse med din graviditet og fødsel og ruste dig og barnets far til at tage vare på barnets trivsel og sundhed.

BARN PÅ VEJ TILBYDER:

- Et specialiseret jordemodertilbud
- At sundhedsplejersken besøger dig allerede under graviditeten, så vi sikrer de bedst mulige betingelser for dig og dit barn
- I **BARN PÅ VEJ** er der også frivillige, som kan tilbyde dig og din familie praktisk hjælp, besøg mv. Spørg din sundhedsplejerske om, hvad mulighederne er i din kommune

BARN PÅ VEJ er et tilbud til dig, som venter barn og bor i Odder, Hedensted, Skanderborg eller Horsens kommune.

Måske er du ung? Du spekulerer måske på, hvordan du klarer graviditet og fødsel? Eller hvordan du klarer at passe det lille barn?

BARN PÅ VEJ er et projekt, der bliver støttet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2015-2017.

NYT LIV

Kære kommende mor og far

I skal snart være forældre og I glæder jer helt sikkert. Sammen med glæden kan der sagtens være spørgsmål eller ting, som I er usikre på og gerne vil vide mere om. **Nyt Liv** er et ekstra og gratis tilbud, der kan støtte, vejlede og give jer aktivt trivsel og omsorg. **Nyt Liv** sikrer, at I kommer godt gennem graviditet og får en god start som ny familie.

DET ER VIGTIGT - FOR BARNET, FOR DIG OG FOR JERES NYE FAMILIE.

Vi glæder os til at møde jer.

Se mere om **Nyt Liv** her: www.nytlivfyn.dk

Ynlige hilser
Din jordemoder og sundhedsplejerske

www.nytlivfyn.dk

Et samarbejde mellem 5 projektskolekommuner: ØG, ODH

Til kommende mor og far

Nyborg Svendborg Langeland Ærø Odsherred

Projekt Syddanmark
DHI
Helse Universitetshospital

Eksempel 5 Horsens, Odder, Hedensted, Skanderborg Kommuner og Svendborg, Nyborg, Faaborg Midtjylland, Langeland og Ærø Kommuner Kommune: Postkort om projektet

En af de faktorer, der kan påvirke motivationen for at deltage, er navnet på/betegnelsen for projektet eller indsatsen. Det er en måde, hvorpå man kan undgå stigmatisering, idet det ofte vil være noget af det første, den gravide hører om indsatsen – hvad enten det drejer sig om "Sund start", "GRO", "Liv", "Barn på vej" eller andre relativt neutrale projektnavne, der blot signalerede, at man var gravid – uden at fokusere på, at det var noget særligt.

"Det afvoiger lidt fra kommunen ved at hedde noget. Jeg fik refereret, at en ung gravid gruppe havde siddet og snakket, og en af de gravide fortalte, hvad hun fik af tilbud. En anden har sagt: "Har du allerede kommunen inde over?", hvor hun svarede "Nej, nej - det er bare [projektets navn]." Det var sødt at referere det. Så virker det jo netop. Ikke sårbar og stempling og kassetænkning"

Projektleder

Derudover oplever projekterne, at gravide i denne gruppe ofte på forhånd har en negativ indstilling til "kommunen" som instans, og derfor kan være bekymrede for

at indgå i kommunale tilbud. Det skyldes, at man ikke forventer at få den hjælp, man har behov for.

"Jeg har danset med [en anden] kommune med to ben hele livet, så jeg havde ikke de store forventninger til, at det ville gå godt. Jeg har lært at lave den med kommunen, at du skal ikke forvente hjælp, men får du hjælp, så er det positivt"

Projektdeltager, gravid

En anden bekymring kan være, at de gravide føler, at de risikerer at blive en del af et system, de helst ikke vil være en del af – de vil ikke være "en sag", og de kan være bange for at få fjernet deres barn.

Projektdeltager, far "Vi havde forskellige forudsætninger og tanker omkring situationen. Og så var vi bange for at, okay, når de arbejder så tæt med kommunen, får vi så lov at beholde hende?"

Projektdeltager, mor "Så vi fortrød lige til at starte med, for de havde ikke kendskab til mig, og misforstår de mig? Det var en svingende start, for vi var nervøse, da de kom"

Projektdeltagere, forældre

Nogle af de sårbare gravide har erfaringer med tvangsfjernelser eller andre omfattende foranstaltninger i forhold til ældre børn tæt inden på livet, hvilket gør, at de kan have betænkeligheder ved at lukke repræsentanter for kommunen ind i deres liv og hjem. Projekterne har skullet balancere mellem deres indberetningspligt og så samtidig skabe tillid og åbenhed til at kunne arbejde med at styrke kompetencer og ressourcer.

Kommende far: "Jeg vil helst ikke have, at min families baggrund ikke kan gøre, at jeg kan have min knægt. Min storesøster har fået fjernet to børn og min mor..."

Gravid projektdeltager: "[Den kommende far] var rigtig bange for, at de svar han gav, at det var for, at kommunen kunne følge os"

Projektdeltagere, kommende forældre

De gravide og forældre, NIRAS har talt med, er alle overkommet deres eventuelle betænkeligheder ved at deltage. De har sat ord på nogle af deres forbehold, som det er lykkedes for dem og for projektets parter at overkomme. Interviewene med projektdeltagerne peger på, at det især kan være frygten for at blive vurderet, bekymringer for konsekvenser fra kommunen og manglende indsigt i egne ressourcer og behov, der får gravide i målgruppen til at takke nej til tilbuddene.

"Fordi først da jeg tænkte på projektet, der var jeg bange for at blive bedømt. Det værste har været at have en diagnose og sige man er gravid. Der står stadig skizo på papiret, og jeg er gravid. Så er der alarmklokker, der ringer i samfundet. Jeg har mødt den meget i kommunen, og det er også derfor, når tilbuddet var kommunalt, at jeg var bange for at møde det igen"

Projektdeltager, gravid

Det, der især har fået de sårbare gravide til at fjerne parader og tage imod hjælp, er den personlige relation og mødet med repræsentanter for projektet. Det møde har ofte foregået i deres eget hjem i form af et hjemmebesøg eller en længere telefonsamtale. Hjemmebesøget er således et betydningsfuldt redskab til at skabe motivation for den resterende del af indsatsen, selvom de gravide kan opleve det som grænseoverskridende at invitere fagpersoner indenfor. Endvidere peger projektets parter på, at den allerførste præsentation af indsatsen har stor betydning.

7 Meningsfuldt tværfagligt samarbejde

For at kunne udvikle og tilbyde en indsats til målgruppen, kræves en tværsektoriel indsats og et samarbejde mellem forskellige, både sundhedsfaglige men også andre aktører. Fælles for alle projekterne er, at den tværfaglige og tværsektorielle indsats opleves som både nøglen til at kunne gennemføre indsatsen og et redskab til selve indsatsen. Det skyldes blandt andet, at de sårbare gravides udfordringer sjældent kan løses af en faggruppe alene.

Især det tværfaglige samarbejde mellem sundhedsplejersker og jordemødre opleves som meget givende for både fagpersonernes selv, men også for at skabe sammenhæng i indsatsen for de gravide. Samarbejdet fremmes af en tæt kontakt, fx ved fysiske møder, men også sammen at vurdere behovet for indsats og gennemføre fx besøg hos familien eller undervisning af målgruppen.

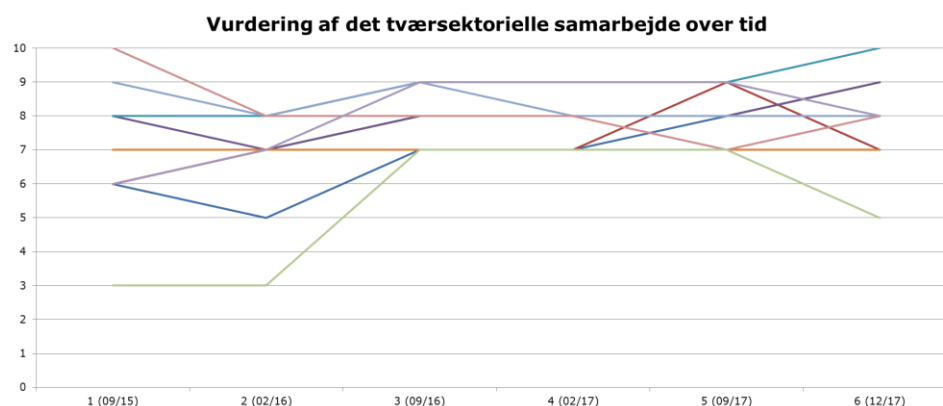
For at koordinere og yde den optimale indsats skal de forskellige fagligheder kommunikere og samarbejde, hvorfor det har været en stor del af projekternes arbejde at skabe en struktur for dette. Både jordemoder og sundhedsplejerske er aktører, alle gravide møder i deres graviditet og i tiden efter fødslen. Også socialrådgivere og familiebehandlere kan spille en rolle i de gravides liv både under graviditeten og i forhold til tiden efter fødslen, hvor man kan forholde sig til familiens behov og udfordringer på et tidligt stadie. Mange fagpersoner kan således være involverede i en familie under graviditeten.

Der er stor forskel på, hvordan man i de ti projekter arbejder tværsektorielt, og hvordan man som fagperson oplever det tværsektorielle samarbejde. For nogle projekter har det tværsektorielle samarbejde om målgruppen i forbindelse med opsporing og koordinering af svangreomsorgen været det primære arbejde, da selve aktiviteterne med målgruppen især har været baseret på visitering til eksisterende tilbud i kommunen, som ofte er monofaglige. Nogle steder har altså i høj grad samarbejdet omkring og koordineret forløbet, men den gravide har ikke nødvendigvis mødt de forskellige fagpersoner sammen; det tværsektorielle samarbejde er i højere grad brugt til at være i stand til at finde de gravide via læger og jordemødre, hvor fx sundhedsplejerskerne så har foretaget selve omsorgs- og relationsarbejdet.

Andre steder har hele projektet været tværfagligt, og en stor del af selve relationsarbejdet – fx undervisning – er foregået i et tværfagligt samarbejde. Nogle eksempler på dette er tidlige graviditetsbesøg med sundhedsplejerske og jordemoder, undervisningsforløb med fx sundhedsplejersker, jordemødre og socialrådgivere og forskellige former for netværksmøder mellem en lang række sundheds- og socialfaglige aktører sammen med den gravide og evt. partner. Tidligere afsnit om både opsporing og aktiviteter (afsnit 5 og 6) er derfor også kommet ind på erfaringerne med det tværfaglige samarbejde.

Både indberetninger og interview peger overordnet set på, at det tværfaglige samarbejde vurderes som meningsfuldt og velfungerende. Grafikken på den følgende side illustrerer, hvordan projektlederne ved udvalgte nedslagspunkter i projektførelsen (ca. hvert halve år) har vurderet det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde²². Grafikken illustrerer, at det overordnet set er gået godt med det tværfaglige samarbejde, med enkelte udsving undervejs i projektperioden.

²² Det er vigtigt at understrege, at der er tale om projektlederens vurdering af det tværsektorielle samarbejde, og at en høj score ikke nødvendigvis betyder, at samarbejdet er gået bedre i det projekt end i de andre, men blot vurderes bedre af projektlederen/den, der har udfyldt indberetningen



Figur 7.1 Projektledernes svar på spørgsmålet "Hvordan går det, efter din mening, samlet set med det tværsektorielle samarbejde?" på udvalgte tidspunkter i projektperioden

7.1 Et selvforstærkende samarbejde

En af de faktorer, projekterne oplever, styrker samarbejdet, er tæt kontakt mellem faggrupperne, fx ved rent fysisk at befinde sig samme sted eller ved at mødes ansigt til ansigt. Det kan fx være i form af møder, fælles undervisning eller hjemmebesøg. Det giver kendskab til hinanden – både personligt og fagligt – og er med til at nedbryde faggrænser og gøre det nemmere at samarbejde om indsatsen. Det vidner om, at det grundlæggende er meningsfuldt og berigende at samarbejde om en indsats til denne målgruppe.

Det personlige fremmøde og at få sat ansigt på gør, at det er nemmere at kontakte hinanden.
Sundhedsplejerske

Evalueringen viser, at når en jordemoder er tilknyttet projektet, letter det samarbejdet og planlægningen, for eksempel ved fysisk at arbejde samme sted som andre aktører i projektet eller deltage i eventuelle aktiviteter en fast dag om ugen. Tværfagligt samarbejde mellem for eksempel jordemødre og sundhedsplejerske opleves givende for begge parter, og erfaringen er, at de forskellige perspektiver på de gravide styrker svangreomsorgen og giver mulighed for at tilrettelægge et bedre tilbud.

"Men det helt konkrete samarbejde i felten fungerer så godt! De vokser begge to af det her [jordemødre og sundhedsplejersker]. Hvorfor har vi ikke gjort det her for 100 år siden?"
Projektleder

I flere projekter har man arbejdet med at udviske grænserne mellem de forskellige sektorer. For eksempel har et projekt arbejdet med en fremskudt socialrådgiver, der især har haft sin gang på sygehuset og ageret binnedel mellem sygehus og kommune. I et andet projekt har sundhedsplejersken besøgt familier på fødegangen. Andre projekter har ansat en jordemoder i projektet, fx en dag om ugen, til at spille en aktiv rolle i blandt andet undervisning og hjemmebesøg. Erfaringerne viser, at det tætte samarbejde om selve indsatsen samt de mindre faste faggrænser er meningsfuld for både projektets parter og målgruppen, når først det er etableret, og der er skabt en struktur omkring det. At inddrage og sparre med hinanden i tilrettelæggelsen af indsatsen er en stor styrke for den samlede indsats.

Det kan selvfølgelig være en udfordring at koordinere og planlægge samarbejdet mellem fagligheder med hver deres ansættelsessted og arbejdsrytmer. Jordemødre kender ofte deres skema langt ud i fremtiden og har vagter døgnet rundt, inkl.

weekendarbejde, hvor sundhedsplejersker i højere grad selv tilrettelægger egen arbejdstid og udelukkende arbejder i hverdagen inden for normal arbejdstid. Erfaringen viser, at tilknytning af en jordemoder til projektet en fast dag om ugen betyder, at det bliver nemmere at samarbejde, fordi man er sikker på "at kunne råde over" jordemoderens tid den pågældende dag.

"Man kan sige, det med at sundhedsplejersker kan ikke kigge i min kalender, og jeg kan ikke kigge i deres. Det skemamæssige noget med, at man skal kunne planlægge hold som kan komme lidt hurtigt. Der vil jeg sige, at jeg er vant til at kende arbejdsplan otte uger frem, der skal sættes tid af til projekt, og det giver nogen udfordringer (...) Jeg vil sige, jeg kan ikke lade være med at skele til hvordan det kører i [et andet projekt], den dag om ugen er jordemoder tilknyttet projektet. Så bliver der sat timer af, de bliver ikke altid brugt, men sikker på jordemoder den dag. Det er ikke det, vi har gjort, vi forsøger at sno os og få ting til at hænge sammen og holde regnskab"

Jordemoder

Indsatsens succes er afhængig af, at projektets parter henviser til hinanden og arbejder sammen om projektet, da de gravide har behov for en tværfaglig indsats. Et tværsektorielt samarbejde kan opleves som en tom skal, hvis ikke det følges op af inddragelse, kommunikation og deling af ejerskab. Sker det ikke, kan det risikere at gå udover engagementet og indsatsen.

Jordemoder 1: *"Jeg synes ikke, at der har været samarbejde" (...)*

Jordemoder 2: *"Nej, vi mærker det ikke så meget, jeg blev ringet op forleden, men det er den eneste gang, at jeg har haft noget med sundhedsplejerskerne at gøre"*

Jordemoder 3: *"Det er kun kvinderne, der oplever det tværsektorielle præg"*

Når kun opsporingen er tværfaglig, men ikke selve indsatsen, kan fx jordemødre og læger savne viden om, hvad der sker med de gravide, der opspores til projektet. Information om resultatet af opsporing og henvisning er motiverende for at fastholde fokus på målgruppen især i en lægekonsultation, hvor det trods alt fylder en lille del af hverdagen, hvilket også understreges i afsnit 6. Mødet og kendskabet til hinandens arbejde efterlyses i nogle af de projekter, hvor det især er opsporingen, der er tværfaglig. Manglende kendskab til indsatsen og dens betydning kan gøre, at fokus på opsporing reduceres, og det er vanskeligere for fx læger og jordemødre at motivere til deltagelse uden indgående kendskab til, hvad indsatsen indebærer. De steder, hvor der ikke er kommunikation fra den aktør (ofte sundhedsplejerske), der koordinerer indsatsen, til læger og jordemødre, er der også efterspørgsel på dette.

"Det havde givet noget, hvis man kunne holde nogle møder, hvor man kunne fortælle om hinandens arbejde, og hvad der sker, når man henviser til hinandens arbejde"

Jordemoder

"Vi får ALDRIG noget fra kommunen. Det er noget med tavshedspligt, og det har vi mange gange efterlyst (...) Det efterlyser vi lidt, for ved man, hvad der foregår, så er man mere tilbøjelig til at bruge tilbuddet og selv være aktivt opsøgende (...) På samme måde, som vi får fra sygehuset – vi kunne få at vide, at der er iværksat det og det – nogle skriftlige tilbagemeldinger ville være helt fantastisk. Man ville være mere aktiv med at bruge det, og det ville fremme samarbejdet med dialog. Det betyder, at vi ikke bare sender nogen ind i et system"

Praktiserende læge

Det tværsektorielle samarbejde er afgørende og værdifuldt for alle parter, men det er også komplekst. Kommunernes størrelse varierer, og derfor varierer også antallet af for eksempel praktiserende læger og jordemødre, der skal samarbejdes med. I mange kommuner er de gravide tilknyttet flere fødesteder – i nogle kommuner langt flere end andre. Når indsatsen er forankret i sundhedsplejen kræver det mere omfattende koordinering, hvis der er en lang række fødesteder at koor-

dinere med. Samtidig har fødestederne også gravide fra forskellige kommuner. Det kan for eksempel gøre det vanskeligt for hospitalets jordemødre at navigere i de mange lokale tilbud og indsatser i de forskellige kommuner. Det understreger behovet for, at der er et vedvarende tilbud til målgruppen, og at man - hvis man kommer i kontakt med en gravid i målgruppen - let kan henvise.

"Det er en fordel, at vi er lille fødested. Indtil videre, [sygehuset] har fødende fra alle mulige steder, men lige nu er det kun [projektets] kommune. Hvis alle de sårbare gravide skulle med, var det uoverskueligt. Så længe det kun er én kommune, er det til at have med at gøre. Det er på få hænder. Vi er enige i, hvordan vi gør. Det er ikke en tilfældig læge i vagt, der ikke ved noget. Vi gennemgår alle papirer"

Jordemoder

7.2 Én indgang til indsatsen

Projekterne foregår i en sundhedsfaglig kommunal og regional sammenhæng, præget af de samme udfordringer som mange andre steder i det offentlige. Udskiftning af medarbejdere, travlhed og omstruktureringer påvirker hverdagen i projekterne. Erfaringen viser, at én indgang til indsatsen i form af et sted eller en koordinator mellem alle projektparterne gør samarbejdet lettere og sikrer, at fokus fastholdes.

"Når jeg tænker på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejder, er der nogle faktorer, som projektet ingen indflydelse har på, som belyser vigtigheden i, at én koordinator bliver ved med at sige HUSK til alle. For bliver det fordelt ud på alle, så er der ingen, der tager ansvar, når alle har lige ansvar"

Projektleder

Foruden opgaven med at koordinere mellem samarbejdsparterne har nogle koordinators således også visiteret og skabt overgangen mellem den indledende opsporing og selve indsatsen. I mindre kommuner er det muligt, at én person kan både opspore, undervise og være kontaktperson indadtil og udadtil. Én indgang til indsatsen er med til at holde strukturen og skabe systematik. Det er dog også afhængig af kommunens størrelse, da én person vanskeligt kan håndtere alle kommunens niveau-3-gravide i store kommuner, ligesom det også er skrøbeligt at basere indsatsen på en enkelt person i tilfælde af sygdom eller udskiftning.

"Der skal være den samme port, som de kan komme ind af, og så kan de blive spredt ud derefter. Og det er [projektlederen], der er den port. Bureaukratiet bliver ikke så bredt"

Sundhedsplejerske

En koordinator og dermed også en eller flere faste kontaktpersoner for samarbejdsparterne sikrer, at man ved, hvem man skal kontakte, og at ansvaret er placeret ét sted, så intet falder mellem to stole. Det er især afgørende, indtil det er blevet en vane - indtil den praktiserende læge fx altid sætter krydset korrekt, og der er et helt gennemarbejdet system, der sikrer, at den gravide får den rette støtte og hjælp til at sikre familiens og barnets trivsel og sundhed, når barnet er født.

"Så det kræver hele tiden opmærksomhed, og det er der ingen andre end en koordinator/visitator, der har overskud til. Det har ekstremt stor betydning for, at man er 'obs' og holder gryden i kog"

Sundhedsplejerske

Flere projekter har haft fordel af at have en koordinator, som også selv har kontakt til de gravide, og dermed kendskab til både gravide og projektparter. Når en koordinator for tilbuddene også har direkte kontakt til de gravide, fx ved at gennemføre første telefonvisitation eller ved at være med på hjemmebesøg, får denne funktion en ekstra stor betydning for indsatsen.

Sundhedsplejerske: "Og så skal der være en fast koordinator. Det har været vildt vigtigt. Hun har virkelig haft et benarbejde med at få lægerne med."

Interviewer: Hvad er koordinators rolle i forhold til jer?

Sundhedsplejerske: "Hun for-visiterer og finder ud af, om de er med i målgruppen. Og hun laver overlevering, så hun skaber vejen ind til os sundhedsplejersker."

Billederne nedenfor er to eksempler på, hvordan man har kommunikeret om indsatsen, og hvordan den har én tydelig indgang for både gravide og samarbejdspartnere.



Eksempel 6 Ringsted og Sønderborg Kommune: Plakat om projektet & Artikel i ugeavis med interview med forældre

8 Behov for en indsats

Et af formålene med projekterne har været at udvikle en såkaldt "pakke" til denne målgruppe. Projekternes arbejde og erfaringer viser, at sårbare gravide har glæde af indsatsen, og at det er vigtigt at have tilbud til gravide, indplaceret på svangreomsorgens niveau 3. "Pakken" kan med fordel bygge på eksisterende og velfungerende strukturer, tilbud og samarbejder i kommunen.

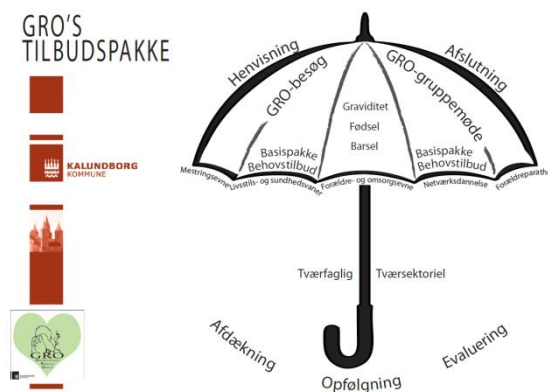
De sårbarheder, der giver behov for ekstra tilbud, er mangeartede. Derfor skal en pakke til denne målgruppe ses i forhold til familiens behov og kunne indeholde trække på en række forskellige tilbud. At tilbuddet skal ses i forhold til familiens behov, betyder, at der kan være en række "basistilbud", som alle i udgangspunktet tilbydes, og at sundhedspersonalet samtidig bevarer lydhørheden for, at ikke alle familier har gavn af den samme indsats, ligesom der andre steder i sundhedsvesnet ikke tilbydes den samme behandling på tværs af diagnoser.

"Jeg vil sige, at vi har strittet rigtigt meget på det der "pakke", fordi at pakkeforløb er tænkt ind i diagnosesammenhænge, men du kan ikke sætte diagnose på denne gruppe – det er mentalt retarderede, fysiske handicap, psykiske problemer og så videre., men vores måde at strikke forløbet sammen på er rigtig god (...) Det er ikke noget med, at alle bliver kørt gennem samme system, men tværtimod har vi alle de her ting, som de kan tilbydes, men som ikke passer til alle"

Sundhedsplejerske

"Det er svært at sige, at denne pakke passer til alle sårbare gravide, for der er så mange forskelligartede problematikker inden for sårbare gravide niveau 3"

Projektleder



Eksempel 7 Kalundborg Kommune: Illustration af de mange elementer i en indsats

Billedet til venstre er et illustrativt eksempel på den paraply over indsatser, som målgruppen kræver.

Som det pointeres af blandt andre sundhedsplejersker og læger som illustreret nedenfor, er der behov for en indsats til gravide indplaceret på svangreomsorgens niveau 3, og denne indsats skal tilpasses familien og behovet i forhold til det kommende barn.

"Hvor ville det være fantastisk, hvis pakken hedder, at vi finder ud af, hvad den enkelte gravide har brug for ift. familien og det kommende barn"

Sundhedsplejerske

"Og så vil jeg sige, at jeg har haft det med, at ALT skal hedde en pakke.. Men nej! Fidusen er, at de IKKE skal have den samme pakke. VI skal have en pakke, og så skal vi kun bruge det, der er vigtigt i denne situation. Det er, fordi det skal være individuelt tilpasset til, hvad der er brug for. Det kan ske, at kommunen skal spille en stor rolle til sygehuset, men det er forskelligt, hvad der er brug for. Og det skal ikke være en stor pakke, med noget, der ikke er relevant. Der er ingen, der har det godt ved at blive gjort til en sag, hvor man bare er en del af alt. Det, tænker jeg, hænger godt sammen med [projektet], fordi man mødes og vurderer, hvilken indsats der skal lægges. Og den gravide familie, oplever at støtteforanstaltningerne taler sammen og ved, hvad hinanden gør"

Praktiserende læge

Kompleksiteten i sårbarheder gør, at der ofte vil være behov for indsatser fra mange forskellige aktører. Et tilbud om fx særlig målrettet undervisning kan derfor ikke erstatte eventuelle andre former for støtte, som den gravide kan have behov for. Det er således nødvendigt at arbejde med en generel ramme, der kan inkludere forskellige tilbud.

“Det, der er særligt vigtigt, er, at hvis man skal udvikle en pakke, så skal man udvikle rammen, så den er generel, men alt, der er inde i rammen, er individuelt”

Anden aktør

I mange kommuner og regioner eksisterer allerede en række tilbud og aktiviteter, som kan bringes i spil for at styrke målgruppen. Det har dog ikke tidligere været systematiseret, som projekterne har gjort. Deres gode erfaringer gør, at de peger på, at det er vigtigt at bygge bro til eksisterende, lokale tilbud, som kan være til gavn for målgruppen. Det er desuden forskelligt fra kommune til kommune, hvilke velfungerende frivillige kræfter og organisationer man allerede har, og det opleves som en fordel, hvis der kan tænkes i lokale muligheder for yderligere støtte. Der er behov for en fast struktur for og organisering af indsatsen samt et fast set-up for overgangen til de almene tilbud.

Det aller-aller vigtigste er, at en pakke skal bygge bro til de lokale tilbud, der er i kommunen i forvejen. ‘One size fits all’ er jeg ikke tilhænger af (...) Det handler meget om kommunen, og det ligger i DNA'en i kommunen. Så hvis der kommer en færdig pakke, som bare tromler derudaf, det synes jeg er en rigtig dårlig idé (...) Så jeg er stor tilhænger af, at man erfaringsdeler de gode og dårlige erfaringer, men jeg er ikke med på, at man laver en fælles løsning”

Projektleder

Næsten alle projekter implementeres i kommunerne, og det opleves som afgørende, at en fremtidig pakke eller anbefalinger til en pakke udviklet af Sundhedsstyrelsen kan bygge videre på lokale, velfungerende tilbud og aktiviteter.

Evalueringen viser samlet set, at det er vigtigt at tilbyde en særlig indsats til svangreomsorgens niveau 3. De har andre behov end gravide på svangreomsorgens niveau 1, 2 og 4, ligesom de kan have udfordringer til fælles, fx overvægt, diabetes eller rygning, her dog i kombination med psykosociale problemstillinger. Uden en særlig indsats til denne målgruppe kan det risikeres, at de sårbare gravides udfordringer bliver overset. En indsats kan gøre en forskel og bidrage til at styrke de sårbare gravide på forskellig vis og give barnet en bedre start på livet.

9 Evalueringsdesign

Evalueringen baserer sig på en række forskellige typer data. Data er indsamlet løbende i halvårslige indberetninger fra de ti projektledere, semistrukturerede telefoninterview med projektets parter midtvejs i projektet samt ved casebesøg hos de ti kommuner. Ved casebesøgene blev der gennemført gruppe- og personinterviews med både tidligere og nuværende projektdeltagere samt med et udvalg af projektparterne. Der blev desuden foretaget observationer af nogle af projekternes tilbud og aktiviteter.

Den metodiske tilgang har bidraget med en forståelse af projektets virke samt dets udvikling fra start til slut. Tilgangen har givet en dyb indsigt i projektet fra både projektparternes og projektdeltagernes perspektiv. Indberetningerne har været med til at kortlægge, hvad der i projektet har virket og ikke virket samt hvorfor og hvordan. I interview har det desuden været muligt at få dybdegående indsigt i, hvad der virker godt og mindre godt på et strukturelt og organisatorisk plan samt i forhold til at styrke de kompetencer, der ønskedes styrket hos de gravide gennem projektet.

Der er i projektperioden indsamlet i alt **6 halvårslige indberetninger** fra hver af de ti kommuner samt gennemført **gruppe- eller personlige interview med 153 projektdeltagere og projektparter**. Nedenstående tabel viser det samlede antal informanter.

Tabel 9.1: Informanter

Informanttype	Antal informanter
Projektparter	111
Deltagere	42
I alt	153

9.1 Halvårslige indberetninger

Ca. hvert halve år har projektlederne udfyldt en indberetning til NIRAS – i alt **60 indberetninger fra projekterne**. Formen for indberetningerne har muliggjort både en tværgående kvantitativ og kvalitativ analyse – altså en optælling af nogle informationer samt en indholdsmæssig analyse af andre. Hver indberetning har været bygget op omkring den samme struktur. Indberetningerne har været opdelt i tre dele:

1. Overordnede informationer om projektet og en opsamling af væsentlige erfaringer
2. Registrering af aktiviteter, der tilbydes projektdeltagerne i forløbet samt en opsamling af væsentlige erfaringer og udfordringer opdelt på de fem overordnede graviditetsrettede og omsorgsorienterede aktivitetstyper samt på tværs af typerne
3. Den sidste del af skemaet omhandler de strukturelle og organisatoriske elementer af projektet

Projektlederne blev desuden opfordret til løbende at understøtte deres besvarelser med eksempler fra forløbet. Indberetningerne har bidraget til at skabe et samlet overblik over de forskellige indsatser og aktiviteter i projektet. Samtidig har de fungeret som et redskab til at få indsigt i erfaringer og udfordringer fra de forskellige indsatser og aktiviteter undervejs i forløbet. Det har desuden været muligt at

følge projektet løbende og dermed se udviklingen i projektet samt bevare en løbende kontakt med projektlederne.

9.2 Semistrukturerede kvalitative telefoninterview

I vinteren 2015/2016, næsten midtvejs i projektperioden, gennemførte NIRAS **semistrukturerede, kvalitative telefoninterview med 44** projektparter dvs. primært projektledere, jordemødre, sundhedsplejersker, socialrådgivere og praktiserende læger, men også andre relevante samarbejdspartnere. Formålet var at få en midtvejsstatus på projektet fra de forskellige parter, der byggede på deres erfaringer og udfordringer med at opspore målgruppen, samarbejde tværsektorielt og styrke de sårbare gravides omsorgs- og relationsevne.

9.3 Casebesøg

I sommeren 2017 mod afslutningen af projektperioden besøgte NIRAS de ti projekter. Formålet med disse casebesøg var gennem observationer samt semistrukturerede gruppe- og personinterview at komme tættere på projektets rammer, aktører og målgrupper. Der blev i forbindelse med casebesøgene foretaget følgende dataindsamling:

- Observationer af møder og undervisning
- Semistrukturerede personlige interview, primært med målgruppen og projektleder
- Semistrukturerede gruppeinterview, primært med fagpersonerne
- Enkelte opfølgende telefoninterview

9.3.1 Observationer ved casebesøg

Formålet med observationerne var at få indblik i nogle af de aktiviteter, der var beskrevet af projektlederne i indberetningerne og dermed få indtryk af den dagligdag både projektdeltagere og projektparter er en del af. Der blev foretaget observationer ved projekternes aktiviteter for de sårbare gravide, fx kursusgange, holdforløb, tidligt tværfagligt hjemmebesøg og undervisning i førstehjælp.

Deltagelsen ved disse aktiviteter gav indsigt i og eksemplificerede udvalgte tilbud, den sårbare gravide får, og som sundhedspersonalet har tilrettelagt og faciliteret.

9.3.2 Semistrukturerede gruppe- og personlige dybdeinterview

Ved casebesøget blev der gennemført både gruppe- og personlige interview med både projektets parter og deltagere. NIRAS gennemførte her **interview med 91 forskellige fagpersoner** (projektledere, sundhedsplejersker, jordemødre, praktiserende læger, socialrådgivere, familiebehandlere, pædagoger, frivillige samt enkelte andre fagpersoner) hvoraf 24 af disse også blev interviewet i forbindelse med midtvejsevalueringen. I interview med fagpersonerne var der primært fokus på:

- Rekruttering
- Tværfagligt og -sektorielt samarbejde
- Aktiviteter og indsatser for målgruppen

Da disse interview blev foretaget hen i mod projektets afsluttende fase var det muligt at få en overordnet vurdering af projektet, de bedste erfaringer og de største udfordringer samt følge op på nogle af de erfaringer og udfordringer, der blev nævnt tidligere i projektet ved telefoninterview og indberetninger.

Der blev i denne sammenhæng også gennemført interview med **42 nuværende og tidligere projektdeltagere**. Nogle projektdeltagere er interviewet alene, an-

dre i par og andre med et familiemedlem. Fokus har været på deres indgang til projektet, på selve forløbet, samt på hvilken betydning projektet har haft for dem. Den nedenstående tabel viser et overblik over de deltagere, der er blevet interviewet.

Tabel 9.2: Interviewede projektdeltagere

Fordelingen af de i alt 42 projektdeltagere	Antal
Kvinder	32
Mænd	10
Gravide	10
Forældre	32
Interviewet alene	15
Interviewet med partner/veninde/anden projektdeltager/anden relation	27