

Evaluering af ”Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide”

Slutevaluering



2017

***Evaluering af
"Styrket indsats i svangreomsorgen for
udsatte gravide"***

ISBN til elektronisk udgave:
978-87-7104-877-3

Marts 2017

Rapporten er udgivet af

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk
Tlf. 72 22 74 00
CVR-nr.: 12070918
EAN-nr.: 5798000363007

Rapporten er udarbejdet af

NIRAS A/S
Sortemosevej 19
3450 Allerød
niras@niras.dk
T +45 4810 4200
CVR-nr.: 37295728
www.NIRAS.dk

NIRAS

INDHOLD

1. INDLEDNING: STYRKET INDSATS I SVANGREOMSORGEN	4
1.1. DE FEM MODELPROJEKTER	5
2. HOVEDRESULTATER	6
3. OM EVALUERINGEN	8
4. MÅLGRUPPE OG VISITERING.....	9
4.1. OVERBLIK OVER MÅLGRUPPEN	9
4.2. OVERBLIK OG VISITERING.....	11
4.3. 'UDSATTE GRAVIDE': EN BRED MÅLGRUPPE, SOM DEFINERES FORSKELLIGT	12
4.4. EN SYSTEMATISK OG MÅLRETTET VISITERING ER NØDVENDIG FOR AT NÅ MÅLGRUPPEN	13
4.5. TIDLIG VISITERING KAN VÆRE UDFORDRENDE	14
4.6. IMØDEKOMMENHED OG VEDHOLDENHED STYRKER VISITERINGEN	14
4.7. VISITERING Gennem NETVÆRK KAN NÅ FOR BREDT UD.....	15
5. DEN GRAVIDES OG BARNETS SUNDHED	16
5.1. OM REGISTRERINGEN	16
5.2. DEN GRAVIDES SUNDHED	17
5.3. BARNETS SUNDHED	20
5.4. PARFORHOLD	21
6. FAMILIE- OG FØDSELSFORBEREDENDE TILBUD	22
6.1. OVERBLIK OVER TILBUD	22
6.2. ET FORDOMSFRI OG KONSTRUKTIVT MØDE ÅBNER FOR ARBEJDET MED SUNDHED.....	24
6.3. TID TIL DEN PERSONLIGE KONTAKT OG RELATION ER VIGTIG FOR MÅLGRUPPEN.....	25
6.4. FOKUS PÅ DEN MENTALE SUNDHED OG GIVE RO OG SELVTILLID	26
6.5. FÆDRENE SKAL INVITERES AKTIVT IND I TILBUDDENE	26
6.6. DE INDIVIDUELLE TILBUD ER MERE OVERSKUELIGE FOR DE SÆRLIGT UDSATTE GRAVIDE.....	27
6.7. STØRRE ÅBNE GRUPPER GIVER MULIGHED FOR PÅVIRKNING AF ADFÆRD OG INDLÆRING AF SUNDE VANER	28
6.8. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE GIVER ET SAMMENHÆNGENDE GRAVIDITETSFORLØB	30
6.9. EN LOKAL OG FYSISK FORANKRET INDSATS - TILBUD TÆT PÅ DE GRAVIDES VERDEN	30
7. KOMMUNIKATION OG KONTAKT	32
7.1. KONTAKT I ØJENHØJDE MED MÅLGRUPPEN	32
7.2. SMS GIVER DIREKTE KONTAKT FOR PROJEKTDELTAGERE OG PROJEKTMEDARBEJDERE.....	33
7.3. FACEBOOK SKABER GRUPPEDYNAMIK ONLINE.....	34
7.4. INDDRAGELSE AF TOLK FUNGERER BEDST I INDIVIDUELLE TILBUD.....	36
7.5. SOCIALE NETVÆRK FORPLIGTER TIL DELTAGELSE OG VIRKER FASTHOLDENDE.....	36
7.6. FLEKSIBILITET GØR TILBUDDENE MERE TILGÆNGELIGE FOR DEN GRAVIDE.....	37
8. TVÆRFAGLIG OG TVÆRSEKTORIEL INDSATS	38
8.1. PERSONLIG KONTAKT OG TVÆRFAGLIGE AKTIVITETER STYRKER SAMARBEJDE OG FOREBYGGELSE.....	39
8.2. PRAKTISK SAMARBEJDE UDVIKLER MEDARBEJDERNES KOMPETENCER	40
8.3. SOCIALRÅDGIVEREN - EN VIGTIG MEDSPILLER FOR SUNDHEDSSEKTOREN	41
8.4. LEDELSENS INDDRAGELSE I PROCESSEN OG ENGAGEMENT I PROJEKTET	42
9. METODE OG DATAGRUNDLAG.....	43
9.1. DESK RESEARCH	43
9.2. KVANTITATIVE DATA	43
9.3. KVALITATIVE DATA.....	44

1. INDLEDNING: STYRKET INDSATS I SVANGREOMSORGEN

Social ulighed i sundhed har i flere år været et vigtigt fokusområde i de danske sundhedsfremmende indsatser. Svangreomsorgen for udsatte gravide er udpeget som et særligt fokuspunkt herunder. Social ulighed giver nemlig ofte udslag i graviditets- og fødselskomplikationer, som i sidste ende har betydning for graviditetens udfald og barnets sundhed. Undersøgelser viser, at svangreomsorgen har afgørende betydning for de tidlige determinanter, der påvirker både fysiske og psykiske helbredsindikatorer, og som lægger grunden til sundhedsadfærd på længere sigt¹. Den tidlige indsats i svangreomsorgen er derfor en betydningsfuld nøgle til en effektiv og langsigtet indsats for at fremme lighed i sundhed allerede under graviditeten².

Som del af satspuljeaftalen i 2012-2015 udmøntede Sundhedsstyrelsen 18 mio. kr. til projektet *'Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide'*³. Midlerne i satspuljen har været målrettet udsatte gravide, så de i højere grad end i dag kan få gavn af svangreomsorgens tilbud og muligheder. Puljen er udmøntet til fem modelprojekter, der i perioden 1. kvartal 2013 til udgangen af 2016 har taget livtag med problemstillingen gennem en målrettet tværsektoriel og tværfaglig indsats.

Alle fem modelprojekter har arbejdet med *"at udvikle og afprøve nye samarbejdsformer og metoder til inddragelse af den gravide og hendes partner, hvor regioner, kommuner, almen praksis og evt. socialforvaltningen samarbejder på tværs af sektorer for i højere grad at kunne inddrage og fastholde de udsatte gravide i svangreomsorgens tilbud"*⁴. De gennemførte aktiviteter og tiltag har relateret sig til minimum ét af de følgende tre fokuspunkter:

- **Udvikling af familie- og fødselsforberedende tilbud** – Herunder tværfaglige tilbud, der både henvender sig til udsatte gravide og deres partnere
- **Kommunikation** – Herunder at holde kontakten med de gravide og kommunikere med dem uden for de familie- og fødselsforberedende tilbud⁵
- **Tværasektorielt samarbejde** – Herunder at sikre, at de forskellige sektorer understøtter de gravide i at få de rette tilbud til rette tid og på en motiverende måde

Aktiviteterne har været rettet mod at opfylde en række tværgående og fælles målsætninger for alle modelprojekterne, som knytter sig til de følgende seks succeskriterier:

- Forbedret sundhedstilstand for barnet
- Forbedret sundhedstilstand for den gravide
- Øget motivation og fastholdelse af gravide i svangreomsorgen
- Flere gravide kender og benytter sig af svangreomsorgens tilbud

¹ *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen 2011

² Social ulighed i sundhed blandt børn og unge (red. A. Johansen, B.E. Holstein & A-M Nybo Andersen). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007.

³ Satspuljemidlerne skal ses som en del af et brede sundhedspolitisk program, der siden 2009 har haft en målsætning om at forlænge danskernes middellevetid med 3 år frem til 2020. (*Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen 2011).

⁴ *Udmøntning af satspuljen – 'Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide'*. Sundhedsstyrelsen 2012

⁵ Oprindeligt var målet, at modelprojekterne skulle arbejde med kommunikation i forhold til fx sproglige og kulturelle barrierer, rådgivningsproblematikker og funktionel analfabetisme. I praksis er kommunikation dog blevet tolket mere konkret, og der er her arbejdet med at gøre brug af forskellige kommunikationsformer og -platforme.

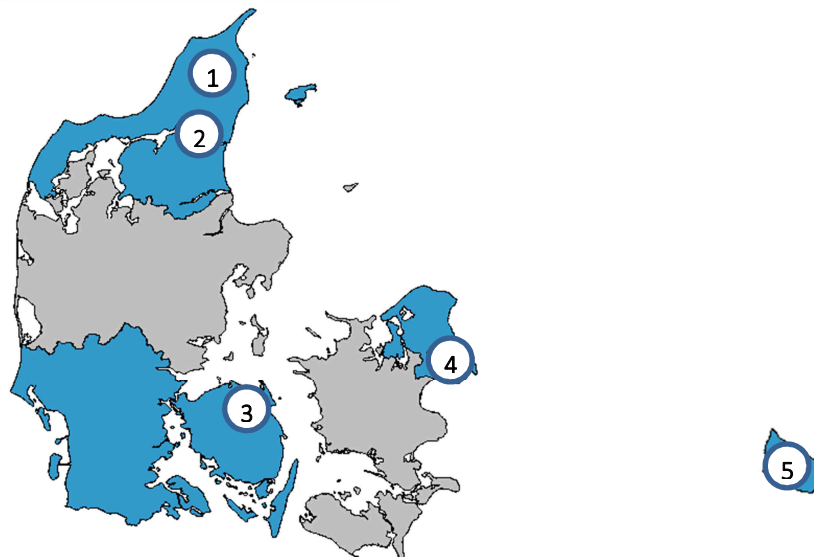
- Kompetenceudvikling og erfaringsudveksling blandt fagpersoner i forhold til at skabe relationer til og støtte socialt udsatte gravide
- Nye former for samarbejde er udviklet

1.1. De fem modelprojekter

De fem modelprojekter, der har fået tildelt midler, har alle været forankrede i regionerne. I alt indgår tre regioner og ni kommuner i modelprojekterne. I fire modelprojekter er der tale om et samarbejde mellem en region og en kommune, mens der i det sidste modelprojekt indgår fem kommuner i samarbejdet med regionen. De fem modelprojekter er listet i tabellen på næste side.

Alle modelprojekterne har fysisk været tilknyttet lokaler i nærheden af, hvor de udsatte gravide og deres familier bor. Det har enten været i sundhedshuse, hos familiebehandlere eller på det lokale sygehus. Formålet med den lokale placering har været at gøre tilbuddet tilgængeligt for målgruppen og at øge sandsynligheden for, at de gravide vælger at benytte sig af tilbuddet. Organisatorisk har modelprojekterne primært været bemandet af jordemødre og sundhedsplejersker, som har afholdt konsultationer og gennemført planlagte aktiviteter. I enkelte modelprojekter har der også været læger, psykologer og socialrådgivere tilknyttet som projektmedarbejdere.⁶

Modelprojekt	Organisatorisk samarbejde	Fysisk tilknytning
1. "Kom godt i gang"	Region Nordjylland, Sygehus Vendsyssel og Hjørring Kommune	Jordemodercenteret i Hjørring (tidl. Sygehus Vendsyssel)
2. "Café Babystart" ("Klar til hverdagen som familie")	Region Nordjylland, Aalborg Universitetshospital, Aalborg, Rebild, Mariagerfjord, Jammerbugt og Vesthimmerlands Kommuner	Jordemodercenteret i Sundhedshuset i Aalborg
3. "Team Freja"	Region Syddanmark, Odense Universitetshospital og Odense Kommune	Aktivitetshuset Freja i Vollsmose
4. "En fair start"	Region Hovedstaden, Rigshospitalet og Københavns Kommune	Sundhedshuset på Nørrebro
5. "Tværfaglig/ tværsektoriel og styrket indsats for udsatte gravide"	Region Hovedstaden, Bornholms Hospital og Bornholms Regionskommune	Familiebehandlingen i Rønne



Tabel 1: Oversigt over de fem modelprojekter

⁶ I denne evaluering anvendes *fagpersoner* som en fælles betegnelse for alle projektmedarbejdere i modelprojekterne.

2. HOVEDRESULTATER

Dette kapitel sammenfatter hovedresultaterne af en evaluering af satspuljeprojektet '*Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide*'. Evalueringen baserer sig på kvantitative og kvalitative data. De kvantitative data giver overblik over antallet af gravide, der har deltaget i projektet, samt deres egen og deres børns sundhed. De kvalitative data går tættere på projektmedarbejdere og -deltageres erfaringer med, hvad der har virket, og hvad der har været udfordrende med hensyn til satspuljens formål om at løfte sundheden for udsatte gravide.

Herunder præsenteres evalueringens hovedresultater kort. De enkelte resultater udfoldes og uddybes i rapportens analysekapitler.

- **En målgruppe, hvor den lille hjælp kan gøre en stor forskel**

Evalueringen peger på, at de udsatte gravide kan have svært ved at gøre brug af tilbuddene i både sundheds- og socialvæsenet. De mangler ofte et netværk til at støtte op om deres graviditet og forældreskab. Derfor har deltagelsen i projektet ikke blot betydet, at de har fået 'ekstra' støtte – den har været helt grundlæggende for, at de overhovedet har oplevet en støtte og har kunnet gøre brug af svangreomsorgens tilbud.
- **De fem modelprojekter har alle arbejdet med de tre fokuspunkter**

I arbejdet med udviklingen af *familie- og fødselsforberedende tilbud* til de udsatte gravide og deres partnere har alle fem modelprojekter gjort en særlig indsats for at styrke både *kommunikation* og det *tværsektorielle samarbejde*. Både projektmedarbejdere og projektledere har oplevet, at det har været meningsfuldt at arbejde aktivt med en indsats inden for de tre områder, og at fokus på kommunikation og tværfagligt samarbejde har været med til at styrke indsatsen for målgruppen.
- **De udsatte gravide i projektet har fået ligeså sunde børn som andre gravide**

Over den fireårige projektperiode er der i de fem modelprojekter registreret sundhedstilstand for 936 gravide og 809 børn på udvalgte parametre. Opgørelsen af registreringerne viser, at de gravide, som har deltaget i projektet, på flere parametre har haft en ligeså god graviditet (mht. for tidlige fødsler og dødfødte børn) og har fået ligeså sunde børn (mht. fødselsvægt og misdannelser) som andre gravide, på trods af at de sundhedsmæssigt er mere udsatte (særligt mht. rygning og mental sundhed). Dette kan indikere, at den støtte, de gravide har modtaget i projektet, har haft en normaliserende effekt på deres graviditet og barnets sundhedstilstand – og at projektet dermed har været med til at reducere uligheden i sundhed i Danmark.
- **Den mentale sundhed og forældreskabet i fokus**

I modelprojekternes arbejde med at forbedre sundhedstilstanden for de gravide har fagpersonerne haft særligt fokus på at styrke kvindernes mentale sundhed og evner som forældre – at give dem ro og tryghed i hverdagen, samt styrke deres tillid til egne evner og deres relation til deres barn. Evalueringen viser, at det er netop den mentale sundhed, som både fagpersoner og projektdeltagerne oplever er blevet styrket, mens andre risikofaktorer som kost og rygning er trådt mere i baggrunden.
- **De udsatte gravide skal mødes dér, hvor de er**

Evalueringen viser, at støtten til de udsatte gravide fungerer bedst, når den finder sted dér, hvor målgruppen er. Det gælder både den fysiske placering af familie- og fødselsforberedende tilbud

og de kommunikations- og kontaktformer som benyttes. De gravide har oplevet det som en stor styrke, at tilbuddene er foregået tæt på deres bopæl og at de løbende har kunnet kommunikere med fagpersonerne på vante platforme som SMS og Facebook. Dette har motiveret dem til at benytte tilbuddene og været med til at fastholde dem i projektet.

- **Det konstruktive og personlige møde nedbryder barrierer og styrker de gravide**

Blandt de udsatte gravide eksisterer en høj grad af mistillid til offentlige instanser – herunder sundhedssystemet. Evalueringen viser, at projektmedarbejderne har formået at vende mistilliden til en fortrolig relation ved at møde de gravide med en positiv og anerkendende tilgang, hvor fokus har været på at fremhæve de ting, de gør godt, og forstå deres udfordringer, mere end at udpege deres udfordringer og være formanende. Derudover har de udsatte gravide oplevet den personlige relation og det, at der har været tid til dem, som afgørende for, at de har kunnet tage imod den rådgivning og støtte, som de er blevet tilbudt.

- **Tværfaglige aktiviteter styrker både samarbejde og graviditetsforløbet**

En stor succes i alle modelprojekterne har været det tværfaglige samarbejde (primært mellem jordemoder og sundhedsplejerske) og tværsektorielle samarbejde (mellem kommune og region). Af evalueringen fremgår det, at de gravide, som har deltaget i modelprojekternes tilbud, har oplevet et sammenhængende graviditetsforløb, hvor de har modtaget støtte fra flere faggrupper uden selv at skulle opsøge det. Også fagpersonerne understreger, at det tværfaglige samarbejde har været en stor styrke ved projektet. Det har ikke blot styrket dem i deres arbejde med projektdeltagerne; det har også givet dem større kendskab til andre faggruppers arbejde samt en stærkere forståelse for deres, såvel som egne, kompetencer. Det er særligt tværfaglige konsultationer, gruppeforløb, hjemmebesøg og møder, hvor fx sundhedsplejersker, jordemødre og/eller socialrådgivere har deltaget sammen, der har været med til at understøtte og udvikle det tætte tværfaglige samarbejde.

- **Partnerens deltagelse er vigtig, men det kræver en målrettet indsats**

I alle modelprojekterne er der med varierende succes arbejdet med at inddrage de gravides partnere i de familie- og fødselsforberedende tilbud. Evalueringen viser, at det særligt er lykkedes dér, hvor fædrene er blevet inviteret til tilbuddene, og hvor de har kunnet se et konkret formål med deres tilstedeværelse (f.eks. fødselsforberedelse eller førstehjælp). Desuden har det vist sig lettere at inkludere partnerne i de individuelle tilbud end i gruppeforløbene. De steder, hvor partneren har deltaget aktivt i tilbuddene, har både de gravide og partneren oplevet, at det har bidraget til et bedre graviditetsforløb.

3. OM EVALUERINGEN

Denne rapport dokumenterer de fem modelprojekters indsatser og evaluerer, hvilken betydning indsatserne har haft i forhold til formålet om reduktion af social ulighed i sundhed gennem graviditet, fødsel og barsel. Evalueringen er baseret på to forskellige datakilder; kvantitative registreringer om den gravide og barnets sundhed foretaget af projektmedarbejderne selv, og dybdegående kvalitative interview og casebesøg foretaget af NIRAS. Evalueringen er tværgående og viser de erfaringer og resultater, der er opnået på tværs af de fem modelprojekter og ikke individuelt for hvert enkelt af dem.

Den første del af evalueringen (kapitel 4) beskriver indsatsens målgruppe, og det belyses, i *hvilket omfang* de gravide og deres partnere har deltaget i tilbuddene, samt hvordan der er arbejdet med visitering og rekruttering i modelprojekterne. Denne del baseres på en analyse af kvalitative data fra NIRAS' interview og casebesøg samt en opgørelse af modelprojekternes registreringer.

Den anden del af evalueringen (kapitel 5) belyser, i *hvilket omfang* modelprojekterne har levet op til succeskriterier, som blev opstillet ved projektets start vedrørende 1) Forbedret sundhedstilstand for den gravide, og 2) Forbedret sundhedstilstand for barnet. Denne del baseres primært på en analyse af kvantitative data fra modelprojekternes registreringer.

Den tredje og sidste del af evalueringen belyser, *hvordan* modelprojekterne har levet op til succeskriterierne. Denne del baseres primært på en analyse af de kvalitative data fra NIRAS' interview og casebesøg. Analysen inddeles efter modelprojekternes udfordringer og erfaringer under de tre overordnede fokusområder; Udvikling af familie- og fødselsforberedende tilbud (kapitel 6), Kommunikation (kapitel 7) og Tværsektorielt samarbejde (kapitel 8).

Evalueringen afsluttes med et overblik over de indsamlede data og en beskrivelse af de anvendte metoder.

4. MÅLGRUPPE OG VISITERING

I dette kapitel opsummeres de tværgående erfaringer og resultater i modelprojekternes arbejde med at definere og visitere målgruppen. Indledningsvis defineres målgruppen, og der skitseres eksempler på, hvordan modelprojekterne har visiteret de gravide til deres tilbud. Efterfølgende opsummeres de tværgående resultater.

4.1. Overblik over målgruppen

Målgruppen for indsatsen er i satspuljeopslaget beskrevet som udsatte gravide med *”særlige sundhedsmæssige problemstillinger i forhold til fødsel og graviditet”*. Her lægges vægt på, at modelprojekterne skal have fokus på at udvikle den differentierede indsats i svangreomsorgens niveau 3 og 4⁷.

I praksis har de fem modelprojekter defineret ’udsathed’ forskelligt, alt efter hvilke udfordringer, projektmedarbejderne har vurderet, at de gravide i lokalområdet særligt kæmper med. Nogle modelprojekter har haft særligt fokus på unge gravide, mens andre særligt har arbejdet med gravide med anden etnisk herkomst end dansk. Generelt gælder det, at modelprojekterne har arbejdet med en bredere målgruppe end den beskrevet i satspuljeopslaget. Eksempelvis har modelprojekterne inkluderet kvinder, som normalt omfattes af svangreomsorgens niveau 2. De fleste modelprojekter har samtidig oplevet det som en udfordring at nå de mest udsatte kvinder i niveau 3. Kvinder i svangreomsorgens niveau 4 er blevet henvist til familieambulatorier, og er derfor ikke favnet i modelprojekternes egne tilbud. De fire niveauer er skitseret i tabellen nedenfor.

Niveau	Målgruppe	Tilbud
Niveau 1	Kvinder hvis graviditet vurderes uden øget risiko	Det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje.
Niveau 2	Kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end ét barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes.	Udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan f.eks. dreje sig om tilbud til rygere eller overvægtige. Tilbuddene tilpasses til kvindens individuelle behov og henvises evt. til særlige tilbud i regionen eller kommunen.
Niveau 3	Kvinder med sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter. Det kan f.eks. være kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, eller kvinder med sværere sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familær karakter.	Indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen.
Niveau 4	Kvinder med særligt komplicerede problemstillinger som f.eks. 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.	Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som f.eks. familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud.

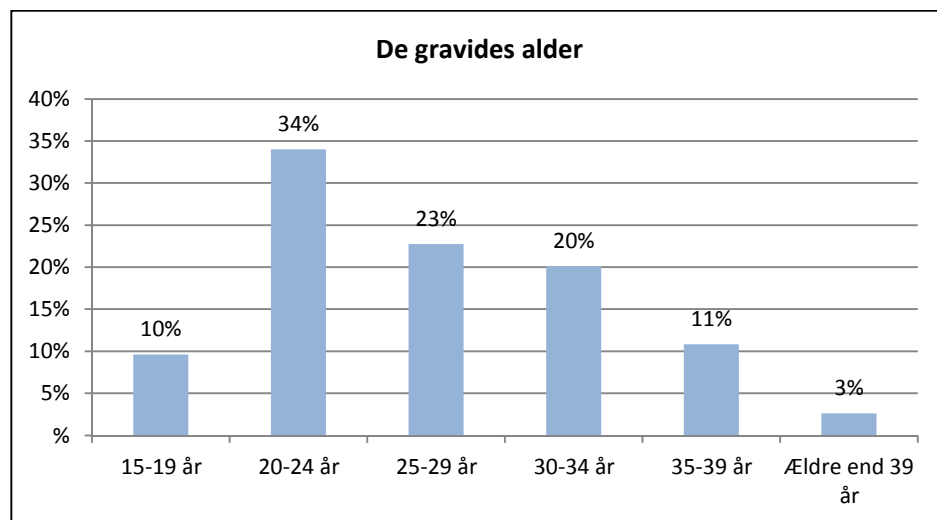
Tabel 2: Svangreomsorgens niveauer ud fra beskrivelsen i ”Anbefalinger for svangreomsorgen”, Sundhedsstyrelsen 2013.

Gennemsnitsalderen for fødende kvinder i Danmark blev i 2015 opgjort til at være 31 år⁸. I projektet er gennemsnitsalderen for gravide 27 år. Samlet set har 44 % af de gravide i projektet været 24 år

⁷ Udmøntning af satspuljen – ’Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide’. Sundhedsstyrelsen 2012

⁸ Statistikbanken: Gennemsnitsalder for samtlige fødende kvinder i 2015 (FOD11). Danmarks Statistik 2017.

eller yngre, mens de på landsplan kun udgør 13 % af alle gravide⁹. 10 % af de gravide i projektet har været under 20 år, mens denne gruppe kun udgør 1 % af de gravide på landsplan¹⁰.



Figur 1: Oversigt over aldersfordeling for de gravide ved indtræden i projektet (base: 914)

I forhold til sundhedstilstanden for målgruppen viser registreringerne, at andelen af rygere blandt gravide samlet set er 10 procentpoint større i projektet sammenlignet med landsgennemsnittet (21 % ift. 11 %)¹¹.

Med hensyn til overvægt, defineret som BMI ≥ 25 ¹², afviger gruppen af gravide i projektet ikke betydeligt fra landsgennemsnittet. På landsplan er 27 %¹³ af det samlede antal gravide overvægtige sammenlignet med 26 % af de gravide i projektet.

En relativt stor del (33 %) af de gravide i projektet er diagnosticeret med psykisk sygdom. Ifølge en undersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed vurderes det, at ca. 18 % af danske kvinder i aldersgruppen 16-24 år, og 13 % i aldersgruppen 25-44 år har dårlig mental sundhed¹⁴. Sammenlignet med disse tal må forekomsten af psykisk sygdom vurderes at være relativt høj blandt projektdeltagerne, selvom der ikke er tale om fuldstændigt sammenlignelige grupper.

Til gengæld er der færre af de gravide i projektet, som drikker alkohol eller har et misbrug, sammenholdt med landsgennemsnittet. Der er i alt registreret seks kvinder med et misbrug (svarende til 0,6 %), og der er tre kvinder (svarende til 0,3 %), som har angivet, at de drikker alkohol under graviditeten (svarende til 0,3 %). I 2013 angav var der 17 % af de gravide på landsplan, som angav at de

⁹ Det medicinske fødselsregister (MFR). Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes antal mødre, fødselsdato (år 2015) og moder (alder)

¹⁰ Ibid. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes antal mødre, fødselsdato (år 2015) og moder (alder)

¹¹ Ibid. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes antal mødre, fødselsdato (år 2013-2015) og rygning)

¹² BMI classification. WHO.int, tilgået dato: 03.01.2017

¹³ Det medicinske fødselsregister (MFR). Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes antal mødre, fødselsdato (år 2013-2015) og BMI)

¹⁴ "Mental sundhed blandt voksne danskere", Statens Institut for Folkesundhed, 2010.

havde et ugentligt alkoholforbrug¹⁵, mens det anslås, at der årligt fødes 3500 børn af mødre med enten alkohol eller stofmisbrug (svarende til omkring 6 % af alle børn)¹⁶.

Sundhedstilstanden for de gravide i projektet beskrives nærmere i næste kapitel (kapitel 6).

Udover at få de gravide til at deltage i projektet har ambitionen også været at inddrage partneren i de familie- og fødselsforberedende tilbud. Fædrene har dermed været tænkt som en del af målgruppen for projektet. Af modelprojekternes registreringer fremgår det, at 45 % af de gravide i et eller andet omfang har haft deres partnere med i modelprojekternes tilbud. Erfaringer med partneres deltagelse beskrives nærmere i kapitel 7.

4.2. Overblik og visiteringen

Alle fem modelprojekter oplever, at de har levet op til deres egne forventninger til antallet af gravide, som har deltaget i deres tilbud. I alt er der registeret 936 gravide i de fem modelprojekter over den treårige projektperiode¹⁷. I gennemsnit har modelprojekterne mødt de gravide første gang i 17. graviditetsuge.

De fem modelprojekter har brugt flere forskellige metoder til at visitere gravide til deres tilbud. På tværs af modelprojekterne gælder det, at en jordemoder, enten selv eller i et team med en sundhedsplejerske, har stået for visiteringen. Visiteringen er generelt foregået gennem eksisterende tilbud (f.eks. jordemoderkonsultation, nakkefoldscanning, lægebesøg eller lign.) og ved hjælp af en form for skema eller spørgeguide, som afdækker centrale faktorer ift. udsathed. I nogle af modelprojekterne er deltagerne også visiteret gennem andre kanaler eller enheder, som ikke er fast tilknyttet projektet. Det kan eksempelvis være via læger eller jobcentre og i nogle tilfælde også via de gravidites eget netværk.

I nedenstående tabel skitseres fem forskellige eksempler på, hvordan visiteringen konkret er foregået. Samlet set opsummerer eksemplerne de fordele og ulemper, som modelprojekterne har oplevet med de forskellige visiteringsmetoder.

¹⁵ "Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark", Københavns Universitet (2015)

¹⁶ "Arbejdsgruppe om gravide med et forbrug og misbrug af rusmidler", Social- og Indenrigsministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet (2015).

¹⁷ 60 på Bornholm, 149 i Hjørring, 337 på Nørrebro, 144 i Odense og 246 i Aalborg.

	Beskrivelse	Fordel	Ulempe
Eksempel 1	Visiteringen foregår systematisk ved at alle gravide i kommunen stilles de samme screenings-spørgsmål under 1. jorde-modersamtale i uge 17 med udgangspunkt i en spørgeguide, som er udviklet til formålet. Idéen er, at alle gravide screenes og ikke kun dem, hvor fag-personalet fornemmer, at der er problemer.	Der visiteres mange gravide til modelprojekternes tilbud, også dem som man ellers ikke havde opdaget.	De gravide kommer lidt senere ind i tilbuddet (ofte først efter uge 20), idet de først screenes i uge 17.
Eksempel 2	Visiteringen foretages primært af jordemødre tilknyttet modelprojektet, men også af andre jordemødre og praktiserende læger. Der tages udgangspunkt i 9 opstillede kategorier for udsathed, som er skrevet på flyers og plakater og uddelt til de relevante fagpersoner, og som også kan læses af de gravide selv.	Der er en fælles forståelse af hvilke kriterier, der visiteres på baggrund af, også for de gravi-de selv.	Nogle gravide oplever det som stigmatiserende at blive koblet sammen med andre 'typer' af udsatte, og er derfor skeptiske overfor at tage imod tilbuddet. Særligt de mest udsatte gravi-de har været svære at få visiteret på denne måde.
Eksempel 3	Visiteringen foretages ved 1. trimester-scanning i uge 13, hvor de gravide to uger forinden har modtaget og udfyldt et WHO-skema. På baggrund af resultaterne visiteres de gravide til tilbuddet efter scanningen.	De gravide opspores og visiteres hurtigt og kommer tidligt ind i modelprojekternes tilbud.	Det er ikke alle gravide, der får fortaget 1. trimester-scanning, og visiteringen suppleres derfor med andre metoder ¹⁸ .
Eksempel 4	Visiteringen foretages primært af jordemødrene i forbindelse med jordemodersamtalen i 13. uge på baggrund af en konkret faglig vurdering. Visiteringen suppleres med rekruttering gennem de gravides eget netværk.	De gravide kommer tidligt ind i projektet og der nås en bred gruppe af gravide, hvor nogle ikke var nået gennem en visitering med mere generiske kriterier for visitering.	De gravide som rekrutteres gennem netværk er ikke nød-vendigtvis udsatte.
Eksempel 5	Visiteringen foretages i samarbejde mellem en jordemoder og en sundhedsplejerske ud fra en konkret faglig vurdering. Det tilstræbes, at de fagpersoner, der visiterer, har kendskab til målgruppen, og at visiteringen foregår inden uge 12.	Det er muligt at skruer op og ned for antallet af visiterede gravide alt efter kapacitet. Den tværfaglige visitering giver en god forbindelse til projektaktiviteterne.	Den konkrete faglige vurdering af kvindernes udsathed kræver særlige kompetencer, som gradvist opbygges hos medarbejderne. Det tager derfor tid, før visiteringen når de mest udsatte.

Tabel 3: Eksempler på hvordan modelprojekterne har arbejdet med visitering

Flere af modelprojekterne har haft en målsætning om at få de gravide visiteret tidligt til de familie- og fødselsforberedende tilbud, for at den særlige indsats har kunnet være så omfattende som muligt. Hvor tidligt den gravide er blevet visiteret har været afhængig af den valgte visiteringsform i det pågældende modelprojekt (se afsnit 4.5).

4.3. 'Udsatte gravide': En bred målgruppe, som defineres forskelligt

Målgruppen for tilbuddene har varieret i hver af de fem modelprojekter, alt efter hvor projekterne geografisk har været forankrede. Områdernes demografiske og socioøkonomiske forhold har spillet en væsentlig rolle for, hvilken 'type' af udsathed de gravide har kæmpet med. Eksempelvis er der i udsatte boligområder flere gravide med en partner i fængsel, mens der i landlige kommuner er flere unge gravide, og i de større byer er flere gravide med stress og depressionssymptomer.

Dette har haft indflydelse på, hvordan 'udsathed' defineres i de lokale indsatser og dermed også på årsagen til, at gravide er visiteret til modelprojektets tilbud. Nogle steder er de gravide blevet visite-

¹⁸ I modelprojektet er det ikke opgjort, hvor stor en andel af de gravide som fik foretaget 1. trimester-scanning, og det er derfor ikke muligt at kvantificere, hvor stor en udfordring det har været for visiteringen.

ret alene på baggrund af at de er under 24 år (ung)¹⁹, at være uden for arbejdsmarkedet eller at have en anden etnisk herkomst end dansk. Andre steder har der været mere fokus på psykisk sårbarhed, tidligere misbrugere eller gravide, der har haft en dårlig opvækst. Samlet set gør det, at de gravide, som har deltaget i modelprojekternes tilbud, ikke er en ensartet gruppe og dermed har haft forskellige behov for hjælp.

4.4. En systematisk og målrettet visitering er nødvendig for at nå målgruppen

Det med at vi screener alle, det er godt. Vores erfaring er, at præstigmatisering det kan man ikke. Man kan ikke gå efter at screene særlige typer personer. Vi kører interviewguiden (som bruges ved screening til projektet) med alle gravide, uanset baggrund, og det er vigtigt. Vi har også fået tilbagemeldinger fra folk, som ikke får tilbuddet, og de synes, det er fint nok at blive taget i betragtning (projektleder).

Der er forskel på, om du sidder som jordemoder i XX (det lokale modelprojekt), eller om du bare sidder med screening i ny og næ. Du brænder ikke nødvendigvis for at arbejde med udsatte, bare fordi du er jordemoder (...). Dem som er motiverede og har interessen for de udsatte, har lettere ved at spørge korrekt ind, og ikke skøjte for hurtigt hen over spørgsmålene (projektmedarbejder, jordemoder)

Et af de modelprojekter, der har haft bedst erfaring med at visitere målgruppen til tilbuddene, har arbejdet både systematisk og målrettet med visiteringen. Her har man fra projektets start valgt, at alle kommunens gravide skulle screenes gennem samme interviewguide. På den måde er visiteringen i mindre grad sket på baggrund af fagpersonalets individuelle vurdering, og i højere grad ud fra en række fælles parametre. Ifølge de projektmedarbejdere, som har arbejdet med denne visiteringsform, har det gjort, at man både har visiteret flere og de 'rigtige' gravide til tilbuddene. De fremhæver, at man har formået at inkludere de gravide, som ellers ville have 'gået under radaren'. Her henvises til de gravide, som udadtil kan virke til at have det godt, og som kan gennemføre en normal konsultation eller samtale uden at vise tegn på udsathed, men som alligevel kæmper med forskellige udfordringer.

En præmis for, at denne visiteringsform har kunnet finde sted, er, at den er foregået på et tidspunkt, hvor alle gravide i udgangspunktet har et kontaktpunkt med systemet. I det konkrete tilfælde har man valgt den første jordemodersamtale ved uge 17. I forhold til de modelprojekter, som har valgt at visitere gennem flere kanaler, har det dog den ulempe, at de gravide kommer senere ind i projektets tilbud. Der vil ligeledes være nogle gravide, som ikke kan visiteres med denne metode, da de ikke møder op til obligatoriske tilbud. I andre af de deltagende modelprojekter har man succes med at nå ud til disse gravide ved at supplere visiteringen med mere alternative rekrutteringsformer, som f.eks. personlig opsøgning af gravide i udsatte boligområder.

De fagpersoner, som har arbejdet med interviewguiden til screening, lægger vægt på, at det er en fordel at have arbejdet med målgruppen før, for at de kan bruge interviewguiden bedst muligt og for at kunne tolke resultaterne. De mener således, at det er kombinationen mellem den individuelle faglige vurdering og de fælles opstillede fokuspunkter, som tilsammen udgør en grundig visitering.

¹⁹ Her er tale om projektets egen definition på "ung mor". I denne evaluering henvises ellers til Sundhedsstyrelsens definition på <20 år (*Anbefalinger for Svangreomsorgen*. Sundhedsstyrelsen 2013)

4.5. Tidlig visitering kan være udfordrende

Personligt tænker jeg, at det er for hurtigt at lave uge-17-samtale (hvor det vurderes om den gravide skal visiteres til projektet) allerede i uge 13, ved første jordemoderkonsultation. Det kan være for meget på én gang [for den gravide] ved første besøg. Jeg tænker ikke, at det er hensigtsmæssigt (projektmedarbejder, jordemoder)

De (praktiserende læger) er svære at få til at dukke op. De har ikke tid eller interesse. Jeg ved det ikke. Der sker bare ikke rigtig noget og nogle gange kan vi opleve, at de sætter kryds i at der skal laves en underretning, men de gør det ikke selv (projektmedarbejder, sundhedsplejerske)

Alle modelprojekterne har som nævnt bestræbt sig på en tidlig visitering af målgruppen for at igangsætte forebyggende tiltag på et tidligt tidspunkt i graviditeten. I den forbindelse har alle modelprojekterne foretaget en afvejning af, både hvor tidligt de gravide *kan* visiteres, og hvor tidligt de *bør* visiteres. Der er enighed om, at det tidligste visiterings-tidspunkt ved første besøg hos egen læge. Generelt har projektmedarbejderne dog dårlig erfaring med visitering gennem praktiserende læger, da de har haft svært ved at få et tæt samarbejde med disse. Projektmedarbejderne oplever, at de praktiserende læger er under stort tidspres, og at graviditetsundersøgelser for dem kun er én af mange arbejdsopgaver, hvilket besværliggør en systematisk visitering af de gravide. Langt de fleste gravide visiteres derfor til modelprojekternes tilbud ved deres første jordemoderkonsultation, som, alt efter hvilken region den gravide er bosiddende i, ligger mellem 12. og 17. graviditetsuge.

Flere projektmedarbejdere fremhæver endvidere, at det generelt kan være svært at visitere netop udsatte gravide tidligt i graviditeten. Det er kendetegnende for målgruppen, at flere bliver sent opmærksomme på deres graviditet eller har det svært med kontakt til det offentlige system. Nogle projektmedarbejdere erfarer desuden, at det ikke altid er en fordel at foretage visiteringen så tidligt som muligt. Her mener nogle af projektmedarbejderne, at visiteringen ideelt set bør foretages i anden jordemoderkonsultation, idet en præsentation for tilbuddet ved første konsultation kan virke overvældende, da den gravide også skal have mange andre praktiske oplysninger her.

4.6. Imødekommenhed og vedholdenhed styrker visiteringen

NIRAS: Hvad er den vigtigste læring at tage med videre?

Mor: At få præsenteret tilbuddet på en positiv og hyggelig måde, så det ikke kommer til at lyde som tvang. (projektdeltager, mor)

NIRAS: Hvordan fastholder man de gravide i tilbuddene?

Projektleder: Ved at blive ved med at holde kontakten, at hente og bringe, at tilbyde buskort. Det gør vi i flæng, og vi er meget vedholdende i kontakten. (projektleder, jordemoder)

De opstillede kriterier (for hvornår en gravid visiteres til projektet), som hænger åbenlyst på en plakat hos jordemoderen, kan være en barriere for, at man vælger at deltage. (projektdeltager, mor)

Både de gravide selv og projektmedarbejderne fremhæver, at det er vigtigt med en imødekommenhed og åben dialog om tilbuddene, når de præsenteres. Nogle udsatte gravide er vant til at møde offentlige medarbejdere og systemer med en vis skepsis, da de har en oplevelse af, at de ofte er ude på at kontrollere eller sanktionere dem. Her kan det virke motiverende for de gravide at få tilbuddene præsenteret som netop *tilbud* og ikke krav. Flere projektmedarbejdere forklarer, at de har god erfaring med at lægge vægt på, hvad tilbuddene går ud på og kan give de gravide med udgangs-

punkt i de udfordringer eller spørgsmål, de selv står med. Det er med til at gøre tilbuddene mere relevante for de gravide.

I et modelprojekt er man gået skridtet videre og har forsøgt at være åben omkring visitationskriterierne ved at skrive '9 kriterier' for udsathed i punktform på plakater, som hænger hos jordemoder og egen læge. Fagpersonerne forklarer, at dette fungerer som et godt redskab i præsentationen af tilbuddet og som en god påmindelse om, hvem tilbuddene er rettet mod. Erfaringer fra modelprojektet viser dog samtidig, at det for nogle gravide kan virke skræmmende og vække modstand mod at deltage. Nogle gravide nævner eksempelvis, at de havde svært ved at identificere sig med alle kriterierne og derfor ikke anså sig selv som målgruppen. Læringen er her, at åbenhed i præsentationen af tilbuddet er godt i forhold til at undgå stigmatisering, men at det er vigtigt, at tilbuddet fremstår relevant og meningsfyldt for den gravide.

I flere modelprojekter er der også god erfaring med at den åbne præsentation af tilbuddet går hånd i hånd med en vedholdende opsøgning af de gravide. Det kan være gravide, som ikke møder op, eller de, som fagpersonerne tror, vil have gavn af projektets tilbud. Her har personalet i nogle tilfælde opsøgt de gravide personligt for at præsentere tilbuddet for dem. Det kan virke grænseoverskridende for nogen (både fagpersoner og gravide), men hvis den ovennævnte åbenhed bevares, kan det også opleves positivt af den gravide, og som udtryk for en form for omsorg. I et modelprojekt fortæller en gravid, at hun ikke var kommet i tilbuddet, hvis ikke projektmedarbejderne i første omgang var blevet ved med at møde op på hendes adresse og tale med hende om tilbuddet.

4.7. Visitering gennem netværk kan nå for bredt ud

Vi er nået rigtig bredt ud. Nogle gravide siger 'Hvorfor har min veninde fået tilbuddet, når jeg ikke har?' hvor jeg har måttet sige, at det, du må forstå, er, at det her er et særligt tilbud, som ikke er et tilbud til alle. Men det er godt, at mange kender til det, og ønsker tilbuddet. (projektmedarbejder, jordemoder)

Folk hører [om tilbuddet] fra veninder som også er gravide. Kendskabet [til tilbuddet] har spredt sig via uformelle kanaler. Der er en trykthed ved, at det er rart at komme, og at nogle kender hinanden fra tidligere forløb. (projektmedarbejder, jordemoder)

Flere af de gravide, som deltager i projektet, taler godt om svangreomsorgens tilbud til venner og bekendte. Flere steder er der erfaring med, at budskabet om tilbuddet spredtes i lokalområdet, hvorved flere gravide selv opsøger tilbuddet med ønske om at deltage. Dette er en positiv tendens, i det omfang at de gravide, som henvender sig, hører til projektets målgruppe. Erfaringen er imidlertid, at flere af de gravide, som hører om tilbuddet gennem netværk, kan være mindre udsatte. I et modelprojekt er der eksempler på, at nogle gravide er mødt op til projektets gruppetilbud uden nogen egentlig visitering. Det sætter personalet i et dilemma. På den ene side vil de gerne opretholde et åbent tilbud, hvor de udsatte gravide føler sig velkomne og kan komme frit; på den anden side er det uhensigtsmæssigt, hvis tilbuddet benyttes af gravide, som ville klare sig fint med den almindelige støtte under svangreomsorgens niveau 1. I modelprojektet oplever projektmedarbejderne, at det er svært at afvise de gravide, som møder op i tilbuddene udenom visiteringen, blandt andet fordi det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt de faktisk er i målgruppen.

5. DEN GRAVIDES OG BARNETS SUNDHED

I dette kapitel opsummeres de kvantitative resultater af modelprojekternes arbejde med at løfte de gravide og deres børns sundhed. For at få en indikator for, hvordan modelprojekterne er lykkedes med dette, har projektmedarbejderne undervejs i de enkelte modelprojekter registreret både de gravide og barnets sundhed. Det er resultaterne fra disse registreringer, som skitseres i dette kapitel²⁰.

Over den fireårige projektperiode er der i de fem modelprojekter registreret sundhedstilstand for 936 gravide og 809 børn²¹. Registreringernes primære formål har været at opgøre antallet af deltagere og karakterisere deres og deres barns sundhedstilstand. For at give en indikator på, hvorvidt modelprojekternes indsats har haft indflydelse på projektdeltagernes og barnets sundhed sammenlignes i dette kapitel data fra registreringerne med tal for landsgennemsnittet. Overordnet peger registreringerne på, at selvom de gravide, som har deltaget i projektet, på nogle parametre er mere udsatte end andre gravide, så er deres børn ligeså sunde på de målte parametre som andre børn. Det gælder dog også, at de kvinder, som har deltaget i projektet, ammer mindre end andre, og at en større andel har været genindlagt efter fødsel. Resultaterne indikerer samlet set, at forløbet har normaliseret graviditeten i en udsat målgruppe og har givet deres børn en mindre udsat start på livet.

Resultaterne skal imidlertid ses i lyset af en del metodiske forbehold, der er forbundet med en evaluering som denne. Resultaterne uddybes i de følgende afsnit.

5.1. Om registreringen

De resultater, som registreringerne viser, skal tolkes med visse forbehold. Det skyldes dels de forudsætninger, der er forbundet med en sammenligning af data i sådanne evalueringer og dels proceduren ved registrering i det enkelte modelprojekt.

Sammenligningen med gravide på landsplan sker under forudsætning af, at modelprojekterne generelt har arbejdet med en udsat målgruppe, som i udgangspunktet bør ligge dårligere end landsgennemsnittet på en række parametre med hensyn til sundhedstilstand. Sammenligningen af tal kan derfor udelukkende bruges som indikator for indsatsens betydning, mens det ikke er muligt entydigt at pege på en årsagssammenhæng eller afgøre, *hvor stor* påvirkningen har været.

Proceduren omkring registrering har i nogen grad varieret fra modelprojekt til modelprojekt. En gennemgående udfordring ved registreringerne har været at registrere opfølgende data for de gravide og deres børn. Som udgangspunkt har opfølgningen på den gravide og barnets sundhed skulle foretages ved sundhedsplejerskens besøg to måneder efter fødslen. Det har af forskellige årsager vist sig ikke at være muligt i alle projekter (f.eks. hvis den gravide er droppet ud eller hjemmebesøgene ikke har ligget i regi af projektet). Den aftalte procedure har her været, at den registreringsansvarlige har indtastet oplysninger, som forelå om den gravide, uden at det var noteret under et hjemmebesøg (da ikke alle oplysninger forudsætter et hjemmebesøg).

²⁰ Spørgeskemaerne, som projekterne har indberettet i, fremgår af Bilagsrapportens Bilag I.

²¹ Forskellen på de to tal må primært tilskrives fradals i projekterne. Den gravides sundhed er registreret ved indtrædelse i projektet (ofte omkring uge 17) og barnets sundhed er registreret ved fødsel (omkring et halvt år senere), hvor nogle projektdeltagere er udgået af projektet.

5.2. Den gravides sundhed

Data fra registreringerne viser en tendens til, at de gravide, som har deltaget i projektet, på nogle parametre er mere sundhedsmæssigt udsatte end landsgennemsnittet. Det gælder særligt i forhold til rygning og mental sundhed. Når det gælder vægt, er de gravide i projektet tæt på landsgennemsnittet.

Det er en kompleks opgave at måle på udviklingen i de gravides sundhed, hvorfor det også er svært at konkludere noget entydigt på dette område ud fra modelprojekternes registreringer. De gravides sundhed er registreret på baggrund af KRAM-faktorerne (kvindens BMI, rygning, misbrug og alkoholindtag). Data er opgjort ved kvindernes indtræden i projektet og igen to måneder efter fødsel. Her skal forskellen på før/efter opgørelserne selvsagt læses med visse forbehold. Det kan eksempelvis være svært at konkludere noget afgørende ud fra opgørelser af BMI, da denne normalt ændrer sig i forbindelse med graviditet. Det samme gælder for rygning og alkoholindtag, hvor der er flere eksempler på, at kvinderne lægger disse vaner på hylden under graviditeten for at genoptage dem efter fødslen. Det gør det samlet set svært at måle på indsatsens effekt i forhold til disse faktorer. Opgørelser af KRAM-faktorerne ved kvindernes indtræden i projektet kan dog stadig bruges til at karakterisere sundhedstilstanden for den målgruppe, som modelprojekterne har arbejdet med i projektperioden.

Rygning

Med hensyn til rygning er der sammenlignet med landsgennemsnittet procentmæssigt flere gravide i projektet, som ryger under graviditeten. 21 % af de gravide i projektet røg ved første kontakt til projektet sammenlignet med 11 % gravide på landsplan.²² I projektet er rygning mest udbredt blandt de unge gravide i alderen 20-24 år. Som nævnt har rygning været en større udfordring i modelprojekter i yderkommunerne (Bornholm, Hjørring og til dels Aalborg, hvor en række mindre kommuner har været med i projektet).

Der er tendens til, at flere gravide stopper med at ryge under graviditeten sammenlignet med landsgennemsnittet. På landsplan ophører 30 % af alle kvinder, der ryger, med at ryge under graviditeten²³, mens det gælder for 41 % af kvinderne i projektet. Figuren nedenfor viser udviklingen i de gravides rygevaner.

Antal cigaretter..						
.. 2 måneder efter fødsel .. ved første kontakt	0	1-5	6-10	>10	Ikke oplyst	Total
0	93 %	2 %	1 %	0 %	4 %	100 %
1-5	40 %	32 %	14 %	4 %	10 %	100 %
6-10	53 %	6 %	18 %	15 %	9 %	100 %
>10	25 %	8 %	17 %	46 %	4 %	100 %
Ikke oplyst	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Total	83,4 %	4,7 %	4,0 %	3,4 %	4,5 %	100 %

Tabel 4: Udvikling i de projektdeltagernes rygning (Base: 597).

²² Det medicinske fødselsregister (MFR). Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes *antal mødre, rygning, alder og år (2013-2015)*)

²³ *Ibid.*

Alkohol og misbrug

Dem, som jeg møder i graviditeten, som har et misbrug, de overføres til et helt andet regi, hvis de har et aktivt misbrug. (projektmedarbejder, jordemoder)

Af modelprojekternes registreringer fremgår det, at kun enkelte projektdeltagere har haft et alkoholindtag eller aktivt misbrug under graviditeten. Der er i alt registreret seks kvinder med et misbrug, som alle er blevet henvist til familieambulatorier²⁴. Der er kun tre kvinder (svarende til 0,3 %), som har angivet, at de drikker alkohol under graviditeten. De har alle angivet, at de drikker 1-7 genstande om ugen og aldrig mere end 5 genstande i træk. I 2013 var der 17 % af de gravide på landsplan, som angav at de drak alkohol under graviditeten, og kun omkring 1 % som angav at de havde et ugentligt alkoholforbrug (mere end én genstand om ugen).²⁵ Selvom tallene ikke er direkte sammenlignelige, indikerer det et relativt lavt alkoholforbrug blandt de gravide i projektet sammenlignet med landsgennemsnittet.

Projektmedarbejderne genkender generelt billedet, af at meget få af projektdeltagerne drikker alkohol, men de fremhæver også, at tallene skal ses i lyset af, at det er stærkt tabuiseret at drikke alkohol under graviditeten og at flere af kvinderne i nogle modelprojekter har muslimsk baggrund²⁶. Der er ingen af modelprojekterne, der har oplevet alkohol som en væsentlig udfordring blandt målgruppen.

BMI

Registreringerne viser, at omkring en ud af fire kvinder, som deltager i projektet, er overvægtige eller svært overvægtige både før og efter fødsel²⁷. Ved sammenligning med landsgennemsnittet ses ikke den store forskel i andelen af gravide, der er henholdsvis undervægtige, normalvægtige og overvægtige²⁸. I projektet er 10 % undervægtige, 63 % normalvægtige og 27 % overvægtige ved første kontakt, sammenlignet med 7 % undervægtige, 64 % normalvægtige og 27 % overvægtige gravide på landsplan²⁹.

²⁴ Gravide med aktivt misbrug omfattes af svangreomsorgens niveau 4 (se kapitel 7), og henvises automatisk til et mere omfattende tilbud i familieambulatorie, hvorfor de ikke deltager i dette projekts tilbud.

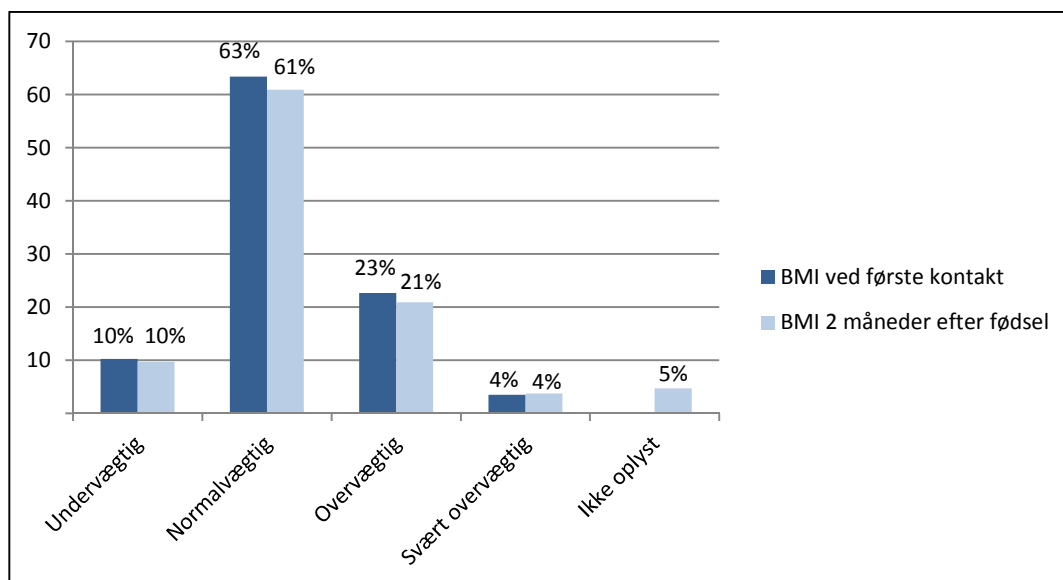
²⁵ "Alkoholforbrug blandt gravide og kvinder i den fertile alder i Danmark", Københavns Universitet (2015)

²⁶ Der er tale om en kvalitativ vurdering fra projektmedarbejdernes side. Deltagernes etniske baggrund er ikke registreret i projektet.

²⁷ WHO definerer overvægt som BMI ≥ 25 og svær overvægt som et BMI mellem 25-29,99. (BMI classification. WHO. www.who.int, Tilgået dato d. 03.01.17)

²⁸ *Det medicinske fødselsregister (MFR)*. Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret). I pivottabel indtastes antal mødre, BMI og fødselsdato (år 2013-2015)

²⁹ *Ibid.* (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes antal mødre, BMI og fødselsdato (år 2013-2015))



Figur 2: Projektdeltageres BMI ved første kontakt (Base: 914) og 2 måneder efter fødsel (616). OBS: ikke samme gruppe.

Mental sundhed

Modelprojekternes registreringer viser, at en ud af tre gravide, som har deltaget i projektet, er diagnosticeret med en psykisk sygdom. Det er ikke opgjort, hvilke sygdomme de gravide er diagnosticeret med, men i flere af modelprojekterne forklarer medarbejderne, at de oplever, at diagnoserne særligt relaterer sig til stress eller depression.

Alt efter hvilket grundlag der sammenlignes med, ligger andelen af gravide i projektet med psykisk sygdom lidt eller væsentligt over landsgennemsnittet. I 2004 var 1,6 % af de danske kvinder i behandling for en psykisk lidelse, mens det på landsplan vurderedes, at ca. 20 % af befolkningen i løbet af et år vil have psykiske symptomer svarende til kriterierne for én eller flere psykiske sygdomme³⁰. Ifølge undersøgelsen 'Mental sundhed blandt voksne danskere' foretaget af Statens Institut for Folkesundhed gælder det, at ca. 18 % af de danske kvinder i aldersgruppen 16-24 år og 13 % i aldersgruppen 25-44 år har dårlig mental sundhed³¹. I *Den Nationale Sundhedsprofil* fra 2013 fremgår det, at mellem 13-18 % af danske kvinder mellem 16-44 år oplevede dårligt mentalt helbred, mens 25-33 % i samme gruppe oplevede et højt stressniveau³². Sammenlignet med disse tal må forekomsten af psykisk sygdom vurderes at være relativt høj blandt projektdeltagerne.

³⁰ "Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. Kapitel 8 – Psykiske lidelser og selvmordsadfærd", Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

³¹ "Mental sundhed blandt voksne danskere", Statens Institut for Folkesundhed, 2010.

³² "DANSKERNES SUNDHED: Den Nationale Sundhedsprofil 2013", Sundhedsstyrelsen, 2013.

5.3. Barnets sundhed

Opgørelsen af registreringerne viser, at de børn, som er født af projektdeltagerne, på en række parametre ligger tæt på eller bedre end landsgennemsnittet med hensyn til sundhed. Det gælder for andelen med normal fødselsvægt og uden misdannelser, samt andelen af for tidligt fødte og dødfødte. Omvendt viser data, at de gravide i projektet klarer sig dårligere end landsgennemsnittet, når det gælder andelen af gravide, der ammer fuldt, samt andelen, der har været genindlagt.

Projektets mål om at fremme sundheden for de udsatte gravides børn er vanskeligt at evaluere kvantitativt. Der indgår ikke en kontrolgruppe i projektet, og der findes derfor ingen direkte sammenlignelig population for opgørelserne af barnets sundhed.

Når de data, som er registreret for barnets sundhed, sammenlignes med landsgennemsnittet, sker det under antagelse af, at modelprojekterne har arbejdet med en udsat målgruppe, hvor børnene i udgangspunktet burde ligge dårligere end landsgennemsnittet. De steder, hvor der ikke er nogen markant forskel på børnene i projektet og landsgennemsnittet, kan det indikere, at modelprojekternes indsats har haft en positiv effekt på barnets sundhed. Antagelsen er dog forbundet med en vis usikkerhed, da det er svært at afgøre målgruppernes udsathed præcist (jf. beskrivelsen i kapitel 4).

Fødselsvægt og præterm fødsel

Modelprojekternes registreringer viser, at de børn, som er født af projektdeltagerne, ligger meget tæt på landsgennemsnittet i forhold til fødselsvægt. 94 % af børnene falder ind under kategorien "normal fødselsvægt" mod 90 % på landsplan. 5 % i begge populationer har en lav fødselsvægt (under 2.500 gram) og omkring 2 % af børnene i projektet har en høj fødselsvægt mod 3 % på landsplan (4.500 gram eller derover)³³.

Med hensyn til præterm fødsel³⁴ ligger de gravide i projektet også på niveau med landsgennemsnittet. I projektet har 7 % af de gravide haft en præterm fødsel, mens det gælder for 6 % af det totale antal fødsler i Danmark for fødsler mellem 2013-2015³⁵.

Det er tidligere dokumenteret at udsatte gravide 'normalt' føder flere børn ved præterm fødsel samt flere under- og overvægtige børn end gennemsnittet³⁶. Data kan derfor tyde på, at modelprojekternes indsats har haft en positiv betydning for barnets sundhed, idet tallene er på niveau med landsgennemsnittene.

Misdannelser og intrauterin død

I Danmark har man i løbet af perioden 2000 til 2004 set en stigning i antallet af børn, som man inden for det første leveår har identificeret med en medfødt misdannelse. Andelen af børn med

³³ Definitioner. Rigshospitalet. <https://www.rigshospitalet.dk/afdelinger-og-klinikker/julianemarie/Definitioner/videnscenter-for-tidligt-foedte-boern/om-tidligt-foedte/Sider/Definitioner.aspx>. Tilgået dato: 03.01.2017

³⁴ Præterm fødsel betyder 'for tidlig fødsel' og defineres som fødsel før 37. graviditetsuge (For tidligt fødte børns dødelighed. Statens Institut for Folkesundhed. http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/05_2008.aspx. Tilgået dato: 03.01.2017)

³⁵ Det medicinske fødselsregister (MFR). Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: sundhedsregistre -> fødsler og fødte -> avanceret. I pivottabel indtastes antal mødre, svangerskabslængde og fødselsdato (år 2013-2015))

³⁶ Social ulighed i sundhed blandt børn og unge (red. A. Johansen, B.E. Holstein & A-M Nybo Andersen). Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet 2007.

misdannelser er gået fra 5 % i år 2000 til en andel på 6 % i år 2004³⁷. I projektet er der opgjort i alt 4 % børn med medfødte misdannelser, hvilket er lidt under landsgennemsnittet.

Medfødte misdannelser er dog et bredt begreb, som dækker over mindre, ubetydelige afvigelser fra den normale fysiske udvikling til alvorlige og nogle gange livstruende eller funktionshæmmende tilstande.³⁸ Definitionen er derfor ikke entydig, og i opgørelser over hyppigheden af medfødte misdannelser varierer andelen fra 2 % til 10 % af alle levendefødte børn³⁹. Dette afspejles også i modelprojekternes registreringer, hvor der er stor forskel i antallet af registrerede misdannelser (fra 1-7 %). Her forklarer nogle projektmedarbejdere, at definitionen på misdannelser kan variere fra fagperson til fagperson, hvilket betyder, at data her skal læses med forbehold.

Der er i projektet registreret ét tilfælde af intrauterin død under projektperioden svarende til en andel på 1,2 %. Her er datamængden for lille til, at det er muligt at sige noget om en eventuel tendens. På landsplan opgøres tallene som *Perinatal mortalitet* (PNM) hvilket både omfatter intrauterin fosterdød (IUFD) efter 22+0 gestationsuger og børn døde inden for en uge post partum. Tal fra Sundhedsstyrelsen viser, at den danske PNM lå på 7,3 ‰ i år 2011⁴⁰.

Amning og genindlæggelser

Gennemsnitligt viser modelprojekternes registreringer, at 60 % af børnene ammes fuldt ca. 8 uger efter fødsel⁴¹. Dette ligger en smule under landsgennemsnittet, hvor 67 % af alle nybagte mødre i 2015 ammede fuldt i over 9 uger efter fødslen⁴². Gennemsnittet i projektet dækker dog over betydelige forskelle internt mellem de forskellige modelprojekter, hvor andelen af kvinder, der ammer fuldt, varierer fra under 38 % op til 69 %.

På landsplan blev 2,2 % af alle nyfødte i 2015 genindlagt inden for 30 dage, efter den nyfødte var udskrevet fra sygehuset til hjemmet⁴³. Blandt de gravide, der har deltaget i projektet, har 5,5 % været genindlagt, hvilket udgør en større andel end for landsgennemsnittet. Tallet dækker dog igen over væsentlige lokale forskelle i modelprojekterne, da de spænder fra 2 til 18 % genindlæggelser.

5.4. Parforhold

I forhold til projektets overordnede mål om at inddrage partnerne i tilbuddene er den gravides civilstand og partnerens deltagelse i projektets tilbud registreret. Af registreringerne fremgår det, at 45 % af de gravide har haft en partner med til et eller flere af projektets tilbud, og at 25 % af de gravide ved indtrædelse i projektet boede alene. Der findes ikke sammenlignelige tal for civilstanden for gravide på landsplan, og det er derfor ikke muligt at pege på, hvorvidt projektdeltagerne på dette punkt er mere udsatte end andre gravide.

³⁷ Misdannelsesregistret 2000-2005*. Sundhedsstyrelsen 2006. Nyeste tilgængelige tal på området.

³⁸ Danske børns sundhed og sygelighed 2009. Statens institut for folkesundhed 2009.

³⁹ Danske børns sundhed og sygelighed 2009. Statens institut for folkesundhed 2009.

⁴⁰ Intrauterin fosterdød (IUFD) 2014. Ætiologi, undersøgelsesprogram og klassifikation. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG), Dansk Patologi Selskab (DPAS) og Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi (DSKM) 2014.

⁴¹ Registreringerne er foretaget omkring to måneder efter fødsel, og således ikke præcis 8 uger efter fødsel.

⁴² Den Nationale Børnedatabase (BDB). Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: sundhedsregistre > den nationale børnedatabase -> første leveår).

⁴³ Indlæggelse af nyfødte. Sundhedsdatastyrelsen 2017. (Søgevej: indlæggelse af nyfødte -> genindlagte nyfødte. Se nyfødte for hele landet i år 2015).

6. FAMILIE- OG FØDSELSFORBEREDENDE TILBUD

Centralt for arbejdet i de fem modelprojekter har været igangsættelsen og afprøvningen af familie- og fødselsforberedende tilbud for de udsatte gravide og deres partnere. Tilbuddene har fungeret som modelprojekternes omdrejningspunkt og været det primære redskab i bestræbelserne på at reducere den sociale ulighed i sundhed for målgruppen. Målet med tilbuddene har været på forskellige måder at sikre en bedre sundhed for mor og barn og dermed løfte to centrale succeskriterier for satspuljen; 1) **Forbedret sundhedstilstand for barnet** og 2) **Forbedret sundhedstilstand for den gravide**.

I dette kapitel beskrives indledningsvis de forskellige tilbud, som modelprojekterne har arbejdet med. Herefter præsenteres evalueringens resultater i forhold modelprojekternes arbejde med at løfte de to ovennævnte succeskriterier, baseret på en analyse af de indsamlede kvalitative data.

6.1. Overblik over tilbud

De tilbud, som modelprojekterne har arbejdet med, har fungeret som et supplement til den eksisterende indsats i svangreomsorgen for gravide. De fleste af modelprojekternes tilbud har haft samme grundform som de 'normale' tilbud i svangreomsorgen (f.eks. konsultationer, hjemmebesøg og mødregrupper) men med et særligt fokus eller en særlig bemanding. Enkelte tilbud har været nyudviklede, forstået på den måde, at fagpersonerne har afprøvet dem for første gang under projektperioden (f.eks. interviewrunder, udflugter og fædregrupper).

Modelprojekterne har arbejdet med både individuelle og gruppebaserede tilbud. De to typer indsatser har givet mulighed for at arbejde med den gravides og barnets sundhed på forskellige måder. Af nedenstående tabel fremgår en oversigt over de familie- og fødselsforberedende tilbud for udsatte gravide, som et eller flere af modelprojekterne har arbejdet med gennem projektperioden. Af oversigten fremgår det yderligere, hvorvidt aktiviteten har fungeret som et individuelt tilbud eller som et gruppetilbud. Efter oversigten præsenteres erfaringerne og resultaterne af modelprojekternes arbejde med de forskellige tilbud.

Aktiviteter	Beskrivelse	Individuelt	Gruppe
Mentorordning	Ordning hvor den gravide får tilknyttet en fagperson som mentor, som kan give hende ekstra støtte og hjælp. Fagpersonerne er forinden blevet undervist af en børnepsykiater og har fået supervision for at være bedst muligt klædt på til opgaven.	x	
Akut-team og babysimulator	To sagsbehandlere rykker ud til unge, som overvejer eller allerede er blevet gravide, hvor der eksisterer tvivl om forældreevnerne. En babysimulator er blevet anvendt til at vurdere dette.	x	
Tværfaglige konsultationer og hjemmebesøg	Både jordemoder og sundhedsplejerske møder den gravide sammen i konsultation og hjemmebesøg for at skabe et mere sammenhængende graviditetsforløb.	x	
Individuel socialrådgivning	Tilbud om samtaler med socialrådgiver, hvor projektdeltagerne kan få rådgivning omkring f.eks. økonomi, job og uddannelse.	x	
Efterfødselssamtale med jordemoder	I et modelprojekt, hvor der ikke har været tværfaglige hjemmebesøg, er de gravide blevet tilbudt efterfødselssamtaler med en jordemoder for at lette overgangen fra graviditet til moderskab.	x	
Tilbud om gratis kosttilskud	Projektmedarbejderne har vejledt om og udleveret gratis kosttilskud.	x	
Interviewrunde med de gravide	Den gravide (+evt. hendes partner) interviewes af jordemoder og sundhedsplejerske for at afdække forhold eller skjulte historier, som har betydning for den gravides sundhed.	x	
Information om prævention, og gratis udlevering	Vejledning og undervisning i prævention. I nogle modelprojekter har der også været gratis udlevering af prævention og tilbud om opsætning af spiral.	x	x
Åbne grupper ("åben café" eller "åbent hus")	Tilbudt i mange forskellige former, men som oftest en fast dag om ugen i et fast tidsrum for gravide, mødre eller begge. Ofte med en fast samlende aktivitet (f.eks. oplæg eller morgenmad) med mulighed for fri socialisering eller samtale med fagpersoner.		x
Lukkede grupper	Tilbudt i mange forskellige former, f.eks. forløb med psykoterapeut for hold af maks. 8 svært udsatte gravide, forløb for 2-6 par, der gennemgår forskellige temaer, eller mere almindelige mødregrupper.		x
Udflugter og fester	Fælles udflugter for gravide og fagpersoner til f.eks. Sommerland eller ZOO og jule- og sommerarrangementer iværksat for at styrke det sociale netværk imellem projektdeltagerne.		x
Tilbud til fædre	Etablering af separate fædregrupper har været overvejet og afprøvet, men er blevet fravalgt i flere modelprojekter. Fædre har flere steder (i nogen grad) været inddraget i individuelle konsultationer eller i de åbne grupper.		x

Tabel 5: Oversigt over familie- og fødselsforberedende tilbud afprøvet i modelprojekterne

6.2. Et fordomsfrit og konstruktivt møde åbner for arbejdet med sundhed

Far: Vi startede her [i projektet] efter vi skiftede jordemoder. Vi følte, at vi blev stemplet som unge og dumme (...) Det fungerede ikke godt hos første jordemoder på grund af relationen. Vi kommunikerede ikke godt. Vi fik ikke lov til at forklare, hvem vi var, og hvor vi kom fra, før vi blev stemplet (...) Vi synes, at vi blev godt dækket ind [her i projektet], da vi snakkede med XX (jordemoder) og XX (sundhedsplejerske). Vi blev hørt og forstået, uden at de var fordømmende.

Mor: De (projektmedarbejderne) var gode til at spørge, hvad vi havde tænkt os, og så havde de nogle inputs engang imellem, og så var de gode til at lytte. (projektdeltagere, mor og partner)

Det er også den der tilgang med, at vi ser hinanden som mennesker - her er kunstige bryster, tatoveringer, og nogen bruger måske alle sine penge på læbeimplantater, men det er okay. Man bliver aldrig fordømt her - alt er okay. Det kan være, at man bliver guidet og taler om tingene, men der er plads til alle. Her synes jeg virkelig, at vi er lykkedes. (projektleder, jordemoder)

En grundlæggende udfordring i arbejdet med de udsatte gravides sundhed er, at det er en målgruppe, som er præget af mistillid til både myndigheder og sundhedsvæsen. På tværs af modelprojekterne har fagpersonerne gjort en indsats for at møde de gravide fordomsfrit og konstruktivt, hvilket, de oplever, har været afgørende for det sundhedsfremmende arbejde.

Flere af de gravide forklarer, at de tidligere har oplevet at blive mødt med fordomme og 'løftede pegefingre' i sundhedsvæsenet med en masse påbud om, hvad de bør og ikke bør gøre. Blandt de særligt udsatte gravide er der samtidig en udtalt frygt for, at deres udfordringer vil føre til indberetninger hos kommunen og i værste fald, at deres barn bliver fjernet. Samlet set har det ført til en indstilling blandt de gravide om, at 'systemet' mere er ude på at kontrollere dem end at hjælpe dem. Det gør samtidig, at de ofte er modvillige i forhold til at tage imod svangreomsorgens tilbud. På tværs af modelprojekterne giver fagpersonerne udtryk for samme udfordring. De oplever, at der eksisterer udbredte fordomme om og mistillid til systemet blandt de udsatte gravide, og at det udgør en væsentlig barriere for aktivt at kunne arbejde med deres og barnets sundhed.

For at nedbryde denne mistillid har fagpersonerne i modelprojekterne arbejdet med en åben tilgang i mødet med de gravide ved at lytte interesseret og udvise forståelse over for den enkelte gravides situation. Derudover har fagpersonerne haft særligt fokus på at styrke den gravides eksisterende ressourcer, frem for at fokusere på 'dårlige' egenskaber og løftede pegefingre. Flere projektmedarbejdere forklarer, at den åbne og konstruktive tilgang har været afgørende for, at de har kunnet støtte de gravide og aktivt arbejde med deres udfordringer.

På samme måde forklarer de gravide selv, hvordan de oplever, at de er blevet modtaget på en anden måde af personalet i projektet end resten af sundhedsvæsenet. Mange gravide beskriver således deres modtagelse i modelprojekternes tilbud med udgangspunkt i en negativ oplevelse, de har haft andre steder i sundhedsvæsenet for at understrege, at det for dem har været en ny måde at møde fagpersoner. Mange understreger samtidig, at dette har været afgørende for deres motivation til at deltage i tilbuddene og for deres følelse af, at tilbuddene har styrket dem i moderrollen. For nogle af de gravide har det også givet dem mod på at benytte sig af svangreomsorgens andre tilbud.

6.3. Tid til den personlige kontakt og relation er vigtig for målgruppen

Der, hvor man skaber en kontakt, det er i mødet. Det er jo lige meget, hvor meget nyt og moderne, man gerne vil have puttet indover det her. Det er jo den fysiske relation – det er mødet, det er dér, hvor det rykker, jo! (projektmedarbejder, socialrådgiver)

De (projektdeltagerne) kan godt tænke, at vi har sådan et venindeforhold. Det er jeg ikke [enig i], men det må de gerne tænke. De oplever, at vi bare er mennesker og godt kan dele ting med dem, uden at være for private. Vi fungerer på niveau med dem. De bliver løftet på mange niveauer, som jeg ikke havde forestillet mig var muligt. Det er svært at forstå, hvordan det er muligt og hvor lidt der skal til. (projektmedarbejder, jordemoder)

De andre steder, jeg har været [i sundhedsvæsenet], har det været meget 'hej' og 'farvel', og der manglede jeg trygheden. Jeg har følt, at de har mødt mig med en åbenhed, og de har haft tid. Her kunne jeg komme og nærmest bo her. (projektdeltager, gravid)

Jeg tror ikke, de er i tvivl om vores engagement. Vi er lydhøre. Vi vil dem. Så de finder tillid og tryghed. (projektmedarbejder, jordemoder).

En anden central udfordring, som projektmedarbejderne har oplevet i arbejdet med de udsatte gravides sundhed, er, at de kan have svært ved at tale frit om personlige problemer og tage imod råd fra fagpersoner. De gravide i målgruppen har sjældent et godt socialt netværk, og flere kan gennem tiden have haft kontakt til mange forskellige fagpersoner i sundhedsvæsenet. Det er derfor projektmedarbejdernes erfaring, at det er vigtigt at skabe en personlig og vedvarende kontakt til projektdeltagerne for at få dem til at tage imod den rådgivning og viden, de er blevet tilbudt.

Mange af de gravide forklarer, at de forud for deres deltagelse i projektet mere har følt sig som klienter end personer i et tidspreset sundhedssystem, og at fagpersonerne ikke har haft tid til at forstå deres problemer ordentligt. De gravide beskriver, at de har følt sig overset frem for at være blevet hjulpet på vej. Denne oplevelse er ikke unik for målgruppen, men netop støtten fra systemet er afgørende for de udsatte gravide, da de ofte ikke modtager støtte andre steder fra. Hvor mere ressourcestærke gravide kan trække på familie og netværk, når det gælder spørgsmål om graviditet og forældreskab, har de udsatte gravide ikke altid denne mulighed.

De gravide beskriver, at modelprojekternes tilbud har været en ny oplevelse for dem. Her oplever de, at der er tid til dem, og at fagpersonerne i højere grad ser dem som personer og forstår deres udfordringer. Flere af de gravide understreger, at netop relationen til projektmedarbejderne er vigtig for deres deltagelse i projektet og deres oplevelse af, at tilbuddene har været med til at støtte dem i deres graviditet. Den tætte relation mellem projektdeltager og projektmedarbejder afspejles i, at de gravide sjældent skelner mellem hvilken faglighed, projektmedarbejderne har, men i stedet kender dem på fornavn og deres forhold til dem.

Det samme forhold fremhæves som positivt blandt fagpersonerne. De har i projektet oplevet at have bedre tid til den enkelte gravide og dermed også tid til at opbygge en tættere relation til den enkelte. Fagpersonerne beskriver, hvorledes dette forhold i flere tilfælde har gjort det muligt at tale med den gravide om mere dybdegående problemstillinger og bekymringer, som de måske ellers ville holde for sig selv. I nogle tilfælde beskrives forholdet direkte som et "venindeforhold", hvilket fagpersonerne understreger kan være problematisk. Balancen er her at opbygge og bevare en tæt

og troværdig relation, uden at der samtidig skabes et afhængighedsforhold, som vil efterlade et tomrum hos projektdeltageren efter projektets afslutning.

6.4. Fokus på den mentale sundhed og give ro og selvtillid

Der er mange af de unge, som har haft et højt forbrug af cigaretter, men i deres store hele historie, så er nedsættninger af cigaretforbruget en biding. Så er andre ting mere voldsomme, det kan være psykiske problemer. (projektmedarbejder, jordemoder)

Stress handler jo også om sundhed. Så hvis man kan tage noget af uroen væk, så fører det vel til bedre sundhed (...) Det handler ofte om at fjerne noget stress og tankemylder, som tager fokus fra barnet. (projektmedarbejder, socialrådgiver)

Jeg har fået ro, kærlighed, omsorg og støtte og en følelse af, at det er en dejlig ting at være gravid. (projektdeltager, gravid, om hvad hun har fået ud af sin deltagelse i projektet)

I modelprojekternes arbejde med den gravides sundhed har særligt mental sundhed fyldt meget. Projektledere og -medarbejdere forklarer, at de særligt har haft fokus på at nedbringe stress og uro hos de gravide. De fremhæver, at det som oftest er nødvendigt at nedbringe psykiske belastninger, før der kan arbejdes med livsstilsrelaterede risikofaktorer såsom rygning, kost, alkohol og motion (KRAM-faktorer).

Også projektdeltagerne har oplevet, at fokus på mental sundhed er vigtigt. Når de gravide og nybagte mødre fortæller om, hvad deltagelsen i tilbuddene har givet dem, fremhæver de især elementer som ro og selvtillid, hvilket, de mener, har været afgørende for, at de har haft en bedre graviditet og barsel end ellers.

6.5. Fædrene skal inviteres aktivt ind i tilbuddene

De (projektmedarbejderne) har haft stor interesse for mig. De har lyttet, også til hvad jeg har oplevet tidligere i mit liv, og man kunne bare være ærlig. De fremlagde det som om, at det handlede om det at være forældre sammen, det handler om både far og mor. (projektdeltager, partner)

Der hvor fædrene deltager mest er fødselsforberedelse og når vi har førstehjælpskursus. Jeg tror, der kommer noget ansvar op [i dem]. Hvor det med motion og mad, det 'finder vi ud af', og 'der kan vi spørge sundhedsplejersken'. Førstehjælp handler om at lære noget selv. Og de kan komme flere gange til førstehjælpskurset. (projektmedarbejder, jordemoder)

Vi har forsøgt [at inddrage partnerne], men de kommer ikke i fædregrupper (...) Det bliver lidt for konfronterende med kun mænd i en gruppe. Det falder dem ikke naturligt at small-talke. (projektmedarbejder, jordemoder)

I flere af modelprojekterne har der været en ambition om i højere grad at inddrage partnerne i de familie- og fødselsforberedende tilbud. De fleste modelprojekter har dog haft begrænset succes med dette. Projektlederne forklarer, at det skyldes en kombination af, at fædregrupper ikke har været prioriteret ligeså højt som andre tilbud i modelprojekterne, at det er en målgruppe, som fagpersonerne ikke er vant til at arbejde med, og at der kan være manglende engagement til deltagelse blandt fædrene. Desuden er der også en del fraværende fædre blandt partnerne til de udsatte gravide.

I flere modelprojekter har der været enkelte fædre, som har efterspurgt gruppeforløb. I et af modelprojekterne var der så stor efterspørgsel, at det resulterede i, at der blev stillet lokaler til rådighed for en fædregruppe, dog uden deltagelse af projektmedarbejdere. Erfaringen er her, at fædre ofte deltager i tilbuddene, hvis de oplever, at der er et 'konkret' behov for deres tilstedeværelse eller en specifik viden, de skal tilegne sig. Således gælder det, at de generelt har været mere aktive i de fødselsforberedende tilbud (før fødslen), og at emner som f.eks. førstehjælp har været et trækplaster.

I særligt et af modelprojekterne har man haft stor succes med at inddrage fædre i de individuelle tilbud. Her har man primært arbejdet gennem konsultationer med parrene, hvor fædre er blevet opfordret til at deltage. Erfaringen fra projektet er, at det har været vigtigt for fædrenes motivation, at de har haft en oplevelse af, at tilbuddene også har været henvendt til dem – både i invitationen men også under selve aktiviteterne. Projektmedarbejderne har derfor arbejdet med også at have fokus på fædrenes historie og snakke med dem om deres spørgsmål. Derudover har et fokus på at hjælpe forældrene til at samarbejde, kommunikere og tage hensyn til hinanden været noget, som både de gravide og deres partnere har oplevet som relevant og motiverende for at deltage.

6.6. De individuelle tilbud er mere overskuelige for de særligt udsatte gravide

De meget tunge (særligt udsatte) kommer slet ikke i grupperne, de vil kun face-to-face konsultationer. Vi kan stå på hovedet, bage boller osv. - de kommer ikke. (projektmedarbejder, jordemoder)

Gruppekonsultationer? Så tror jeg slet ikke, jeg ville være kommet afsted. For mig, i den situation, var det godt med individuelle konsultationer. Jeg ville slet ikke kunne rumme mange mennesker. (projektdeltager, mor)

Det [at indgå i en gruppe] er jeg så ikke så god til. Når der er mange mennesker, så lytter jeg ikke. (projektdeltager, mor)

En tværgående erfaring fra modelprojekternes arbejde er, som tidligere nævnt, at det har været svært at favne de særligt udsatte gravide i de familie- og fødselsforberedende tilbud⁴⁴. Det skyldes dels visitations-udfordringerne og dels, at det kræver andre rammer i tilbuddene at få de særligt udsatte gravide til at deltage. Det er projektmedarbejdernes erfaring, at særligt to typer af aktiviteter har fungeret godt i arbejdet med denne del af målgruppen; 1) individuelle konsultationer, og 2) små lukkede gruppeforløb med de samme deltagere hver gang. Dette afspejles også i, at de modelprojekter, som har arbejdet målrettet med individuelle forløb, har haft succes med at få den mest udsatte del af målgruppen til at deltage i tilbuddene.

Det er projektmedarbejdernes erfaring, at det kan virke grænseoverskridende for de særligt udsatte gravide at deltage i åbne grupper med flere personer, som de ikke kender. Omvendt virker de individuelle konsultationer mere overskuelige for de gravide, samtidig med at det giver fagpersonerne mulighed for at gå i dybden med den enkelte gravides tanker og problemstillinger. Den individuelle konsultation har ifølge fagpersoner været særlig god til at sikre, at den enkelte gravide har fået taletid og dermed mulighed for at dele sine tanker og bekymringer. Flere af de særligt udsatte gravide (eksempelvis dem med svære sociale eller psykiske udfordringer), beskriver på samme måde,

⁴⁴ Evalueringens datamateriale har ikke en detaljeringsgrad, som gør det muligt nærmere at definere gruppen af "særligt udsatte gravide" som projektmedarbejderne refererer til. Det kan derfor ikke afgøres om det særligt er til gravide med eksempelvis psykiske eller sociale udfordringer.

at det har været afgørende for deres deltagelse i tilbuddene, at der har været individuelle konsultationer, og at de ikke ville have kunnet overskue at deltage i gruppetilbud med andre gravide eller mødre.

I et par af modelprojekterne har man haft god erfaring med at danne mindre og lukkede gruppeforløb for særligt udsatte gravide. I de modelprojekter har man været opmærksom på at sammensætte grupperne af maksimalt 6-8 deltagere, som har haft et lignende udgangspunkt (unge gravide, kvinder med anden etnisk baggrund eller psykisk sårbare kvinder). På den måde har man formået at gøre gruppeforløb mere overskuelige for den særligt udsatte del af målgruppen.

6.7. Større åbne grupper giver mulighed for påvirkning af adfærd og indlæring af sunde vaner

Jeg vil komme her så lang tid, som jeg må. Det er fantastisk at mødes med andre gravide, og møde andre mødre og gravide. Da jeg selv var gravid, var det fantastisk at se andre og høre andres erfaringer. Det var godt, at der var andre unge, som lige havde oplevet det [at blive mor], fremfor at få erfaringer fra gamle kvinder, som næsten ikke kan huske det. (projektdeltager, mor)

Hvis man søger inde på nettet [om børn], så er alt jo lyserødt. Dét med, at man [i grupperne] støtter op, og er åben, og siger: 'Er det kun mig der har de tanker?'. Dét med, at man er ikke alene om de ting. (projektdeltager, mor)

Amningen kommer bestemt godt i gang her. (...) De kan se, at de andre ammer - det er sådan et rum, der indikerer, at det gør vi bare, og det smitter jo. (projektmedarbejder, jordemoder)

Nogle giver deres lidt større børn saft og juice. Så kommer der en kostvejleder ind og så kommer spørgsmålene (...) 'Jeg giver min baby peanutbutter', og så siger en anden 'Jamen det kan de blive kvalt af' og så giver de hinanden råd. (projektmedarbejder, jordemoder)

I fire af modelprojekterne er de gravide blevet tilbudt deltagelse i et åbent gruppeforløb, hvor projektdeltagere frit har kunnet komme og gå. Det er generelt projektmedarbejdernes opfattelse, at de åbne gruppeforløb har været en stor succes, på trods af at der kan være visse udfordringer forbundet med dem. Tværgående fremhæves der tre fordele ved grupperne; 1) det giver kvinderne et socialt netværk, 2) det giver kvinderne mulighed for at udveksle erfaringer og spejle sig i hinanden, og 3) det giver fagpersonerne mulighed for mere indirekte at påvirke de gravides sundhed i en positiv retning.

Gruppernes sociale aspekt styrker de gravide

En af de grundlæggende fordele, som både projektmedarbejdere og gravide fremhæver, ved gruppeforløbene er deres sociale karakter. For flere af de gravide gælder det, at de før deltagelsen i projektet har haft et begrænset netværk og i nogle tilfælde også haft svært ved at komme ud af hjemmet. Her har de åbne grupper især haft en positiv effekt. I flere af modelprojekterne er der eksempler på kvinder, som har knyttet tætte bånd til andre gravide og mødre gennem grupperne, og som oplever dem som et af højdepunkterne i ugen. Fagpersonerne understreger, at det er en vigtig del af de gravides trivsel, at de indgår i sociale sammenhænge, og de ser derfor også dette som en stor fordel ved grupperne.

En ulempe ved de tætte bånd, som kan knyttes i grupperne, er, at det er svært for kvinderne at holde op med at komme i grupperne igen – også lang tid efter graviditeten. I nogle af modelprojekterne har projektmedarbejderne oplevet, at der er opstået en form for afhængighed hos kvinderne for at komme i grupperne. I et modelprojekt har man valgt at oprette en decideret "All Star" gruppe, hvor kvinderne har kunne komme i op til et år efter fødslen for at dyrke det netværk, de har opbygget i grupperne.

Den sociale pejling kan styrke en positiv kultur

Med hensyn til sundhed giver de åbne grupper kvinderne mulighed for at spejle sig i hinandens erfaringer. Som tidligere nævnt har kvinderne ikke nødvendigvis andre i deres netværk, der kan give dem råd om graviditet og fødsel, og flere oplever det derfor som en stor fordel at få råd og tips fra andre kvinder i samme situation. Gruppernes åbne form gør, at der i de fleste tilfælde både har deltaget 'nye' gravide og nybagte mødre. Fagpersonerne har oplevet, at denne sammensætning har været med til at styrke begge gruppers selvværd, idet de har kunne bekræfte hinanden. Det samme giver projektdeltagerne selv udtryk for; de gravide forklarer, at de har nydt godt af at høre erfaringer fra kvinder, som netop selv har gennemgået en graviditet, mens mødrene forklarer, at det er en rar fornemmelse at kunne rådgive andre i en situation, som de for nylig selv har stået i.

En anden kvalitet ved gruppeforløbene er den generelle sociale pejling, som kan finde sted i grupperne. I et modelprojekt beskriver projektmedarbejderne, at de har oplevet en positiv effekt af grupperne i forbindelse med amning. De forklarer, at det er blevet "trendy" at amme, hvilket har vist sig ved, at flere mødre sidder åbent og ammer, når de deltager i gruppen. Således er det fagpersonernes oplevelse, at kvinderne smitter hinanden med deres adfærd, og at flere er blevet motive- ret til at amme ved at observere andre gøre det.

Den sociale pejling kan dog i nogle tilfælde også gå den anden vej. Projektmedarbejderne har således oplevet eksempler på, at kvinderne bekræfter hinanden i en uhensigtsmæssig adfærd f.eks. i forhold til egen eller barnets kost, og at der kan opstå konsensus om, at nogle usunde vaner ikke er problem.

Grupperne kan fungere som rum for indirekte og uformel læring

Projektmedarbejderne har generelt oplevet, at de åbne grupper har fungeret som en god platform for at give kvinderne en faglig viden på en diskret og uformel måde. Det har de både kunnet gøre gennem deres egen deltagelse i samtaler og snakke eller gennem forskellige oplæg. Erfaringen er, at de gravide kvinder i nogle tilfælde tog bedre imod råd og viden, som blev givet i plenum, fordi de ikke følte sig personligt anklaget eller irettesat. I flere af grupperne er der desuden arbejdet med et åbent koncept, hvor kvinderne selv har haft mulighed for at trække fagpersonerne til side og tale på tomandshånd, hvis de har haft brug for mere personlig rådgivning.

6.8. Tværfagligt samarbejde giver et sammenhængende graviditetsforløb

Jeg deltog først i jordemoderbesøg (...) Så fortalte jeg om min situation, og så tænkte hun (jordemoderen) 'hvad kan jeg gøre her', og så kom jeg også i kontakt med en socialrådgiver. De gjorde alt for mig. De koordinerede det hele. (projektdeltager, gravid)

Det skabte også en tryghed, at vi vidste, at hun (sundhedsplejersken) kendte os. Efter jeg havde født, var det rigtig fint, fordi hendes første besøg var ikke hendes første besøg, jo. (projektdeltager, mor)

Det giver dem noget sammenhæng i forløbet, at de kan se, at vi kender hinandens fagområder og vi kender hinanden, at de går fra en ting til en anden - der bliver en sammenhæng og kontinuitet i det. (projektmedarbejder, sundhedsplejerske)

Det tværfaglige samarbejde i modelprojekterne, hvor særligt jordemødre og sundhedsplejersker har mødt den gravide sammen i tilbuddene, opleves som en stor succes. Denne succes skal blandt andet findes i den overlevering af information om den gravide, som har fundet sted mellem jordemoder og sundhedsplejerske. Både fagpersonerne og kvinderne selv oplever, at det giver et bedre graviditetsforløb at have tværfaglig bemanding. Begge parter fremhæver, at det tværfaglige samarbejde har bidraget til et mere sammenhængende graviditetsforløb, hvor der er taget hånd om både sundhedsmæssige og sociale udfordringer, hvilket igen har bidraget til, at kvinderne har fået mere overskud og ro under graviditeten.

Det er ikke altid, at de gravide og deres partner selv har overblik over, hvilke tilbud der eksisterer i svangreomsorgen. Derfor har det haft stor betydning for projektdeltagerne, at fagpersonerne har været samlet et sted i modelprojekterne og har talt sammen på tværs. Flere kvinder giver udtryk for, at de fornemmer, at fagpersonerne kender hinanden, og de fortæller ligeledes, at de er blevet henvist til fagpersoner, som de har haft stor gavn af at snakke med. Således har flere kvinder fremhævet det som positivt for deres graviditetsforløb, at fagpersonerne har haft en god forståelse for deres behov og vidst hvilke specifikke fagpersoner, de ville have gavn af at blive sat i kontakt med. Det har gjort det lettere og mere overskueligt for de gravide at benytte sig af tilbuddene og medført, at de har modtaget en støtte, som de ellers ikke ville have fået.

6.9. En lokal og fysisk forankret indsats - tilbud tæt på de gravides verden

Jeg er dukket op til en café (gruppetilbud), fordi jeg var bange for, at jeg ikke kunne høre hjertelyd. En dag oplevede jeg også plukveer, så der tog jeg spontant forbi, og så havde de tid til mig. Det var vist en torsdag og så gav jeg en tisseprøve, som lægen skulle have. Så sagde de, at jeg skulle gå hjem og slappe af. Måske havde jeg også lidt for travlt der. (projektdeltager, mor)

I alle modelprojekterne har de familie- og fødselsforberedende tilbud været fysisk forankrede et bestemt sted i f.eks. sundhedshus, jordemodercenter eller lignende. I nogle modelprojekter har det desuden været prioriteret at holde til i lokaler i udsatte boligområder for at være tættere på målgruppens nærmiljø. Der er også arbejdet med at indrette selve lokalerne for at skabe en 'hjemlig' eller 'hyggelig' atmosfære, med henblik på, at projektdeltagerne har skullet føle sig mere afslappede i projektets rammer.

De gravide har generelt sat stor pris på modelprojekternes lokale tilstedeværelse, og at tilbuddene har været samlet ét sted. Det har bidraget til, at de gravide har oplevet tilbuddene som både nærværende og tilgængelige. Der er flere eksempler på gravide, som er kommet forbi modelprojekternes lokaler, hvis de har oplevet udfordringer med deres graviditet. Her har den direkte kontakt til

fagpersonerne været en positiv oplevelse, og det har gjort, at de gravide har undgået at gå rundt med unødigt stress eller bekymring i en længere periode.

7. KOMMUNIKATION OG KONTAKT

I alle modelprojekterne er der blevet ydet en særlig indsats for at styrke kommunikationen mellem fagpersoner og projektdeltagere med henblik på at overkomme kommunikative udfordringer for udsatte gravide i svangreomsorgen. Der er blevet arbejdet med kommunikation på flere niveauer; dels konkret i arbejdet med de enkelte familie- og fødselsforberedende tilbud (som beskrevet i forgående kapitel), og dels mere bredt i kontakten med de gravide uden for selve tilbuddene. Den kommunikative indsats, der ligger uden for tilbuddene, har særligt haft til formål at løfte to af satspuljens succeskriterier; 1) at **flere gravide kender og benytter** sig af svangreomsorgens tilbud, og 2) at øge **motivation og fastholdelse** af gravide i svangreomsorgen. I dette kapitel præsenteres evalueringens resultater vedrørende modelprojekternes arbejde med at løfte disse succeskriterier, baseret på en analyse af de indsamlede kvalitative data.

Der er blevet arbejdet med kommunikation i kontakten til projektdeltagerne gennem følgende aktiviteter:

- SMS-beskeder til påmindelse og information om tilbud
- Facebook- og Messenger-grupper til information og netværk
- Tolk til kvinder med sproglige udfordringer
- Infovideoer om gruppetilbud (med klip fra tidligere gruppeforløb)
- Interviewguide med fokus på, hvordan spørgsmålene stilles bedst til målgruppen
- Supervision med fokus på fælles narrativ tilgang til forældre/familier (baseret på narrativ psykologi)

I de følgende afsnit gennemgås resultater og erfaringer med de forskellige aktiviteter.

7.1. Kontakt i øjenhøjde med målgruppen

NIRAS: Er der en læring ift. at have god kommunikation med målgruppen? Hvorfor virker Facebook?
Jordemoder: Det er den måde de fleste unge kommunikerer på, som er mest brugt. (projektmedarbejder, jordemoder)

Når jeg SMS'er kan jeg mærke, at de tilmelder sig hurtigt. Og når jeg skriver 'vi ses' - det personlige betyder meget. At de kan mærke, at jeg er tæt på, at de kender mig, og at jeg er der for dem. (projektmedarbejder, jordemoder)

Som det blev pointeret i foregående kapitel, er det en klar erfaring fra modelprojekternes arbejde, at kommunikationen med målgruppen skal foregå i øjenhøjde og gennem de kanaler, som kvinderne i forvejen benytter. Det gælder også kontakten uden om selve tilbuddene. Erfaringen er, at kommunikationsmidler som e-mail, e-boks eller telefonopkald, som man typisk bruger i sundhedssektoren, ikke egner sig til arbejdet med målgruppen. Det nævner fagpersonerne overordnet to grunde til; 1) at målgruppen typisk mangler overblik og struktur i deres hverdag, og 2) at målgruppen i udgangspunktet har mistillid til 'det offentlige' og myndighederne.

Her har mere utraditionelle kommunikationsmidler som SMS og Facebook den fordel, at det er kanaler, som målgruppen dagligt bruger, og at det derfor ikke kræver en ekstra indsats for dem at modtage information ad denne kanal. For projektdeltagerne har SMS og Facebook også den fordel, at det er kommunikationsformer, der bliver betragtet som 'personlige'. Det oplever de gravide som

en stor fordel, fordi de ofte har en oplevelse af ikke at blive set eller hørt i sundhedssystemet. At kommunikationen foregår på platforme, hvor de føler sig hjemme, er derfor med til at give de gravide en positiv oplevelse af projektets tilbud og medarbejdere.

7.2. SMS giver direkte kontakt for projektdeltagere og projektmedarbejdere

... bare det dér med, at det sådan bliver lidt personligt, lige det, at hun [medarbejder] tager sig tid til at skrive tilbage. Det synes jeg er mega-rart, så bliver det ikke sådan noget 'kom eller lade være', men mere bare sådan, at de vil gerne have, at jeg kommer. (projektdeltager, mor)

De (projektmedarbejderne) har også været gode til at ringe tilbage og besvare SMS'er. SMS har været godt for mig. At jeg lige er blevet påmindet, et par dage inden jeg skulle herhen, har været godt. SMS har fungeret rart, fordi det var tæt på. (projektdeltager, mor)

Det er nemmere at komme i kontakt med dem pr. SMS, fordi jeg tror, det er en del af deres kultur. SMS, det er en del af deres måde at kommunikere på. (projektmedarbejder, jordemoder)

SMS fungerer fint, men det er lidt hårdt for familiebehandleren, at hun skal skrive en sms ud hver søndag aften. (projektmedarbejder, sundhedsplejerske. Angående SMS-påmindelse om gruppetilbud)

SMS har på tværs af modelprojekterne været den mest anvendte kommunikationsform til at holde kontakten med projektdeltagerne. Fire af de fem modelprojekter har brugt SMS i kontakten med kvinderne. SMS har særligt været anvendt til at påminde projektdeltagerne om tilbud, som de deltager i, og i nogle tilfælde har de også været brugt til at svare på konkrete spørgsmål fra kvinderne.

Hurtig og personlig kontakt

Projektmedarbejderne forklarer, at SMS har virket godt, fordi det er en direkte og hurtig måde at få fat i kvinderne på. Samtidig oplever kvinderne ikke SMS som en grænseoverskridende kontaktform. Fagpersonerne oplever, at kvinderne altid er i nærheden af deres telefon, hvorved de hurtigt ser og svarer på en SMS. Dette sker langt fra altid ved telefonopkald, hvor fagpersonerne oplever, at kvinderne bevidst vælger ikke at besvare opkald. Det bekræftes af kvinderne selv, som forklarer, at de oplever telefonopkald som mere konfronterende og at de er usikre på, hvem der tager kontakt, hvis nummeret ikke er genkendeligt. Kvinderne oplever derimod SMS som en behagelig måde at blive kontaktet på. Her kan de se, hvem der skriver, og hvad det drejer sig om, før de vælger, om de vil svare.

Nedbryder barrierer og skaber tillid

Projektdeltagerne er meget fortrolige med at kommunikere over SMS og oplever det som en stor fordel at kunne kommunikere med fagpersonerne på den måde. Det er med til at give dem et andet billede af myndighederne, og det nedbryder samtidig barrierer, der kan eksistere i kontakten med 'det offentlige'. Flere kvinder giver her udtryk for, at de er positivt overraskede over, at fagpersonerne tager sig tid til at svare dem på SMS. De føler sig mere imødekommet og hørt end i andre situationer, hvor de er i kontakt med myndighederne. Samtidig giver flere kvinder også udtryk for, at muligheden for at stille konkrete spørgsmål over SMS har været vigtig for dem. Det har gjort, at de i højere grad har kunnet komme i kontakt med fagpersonerne i de situationer, hvor behovet har været størst. Flere kvinder fortæller om, hvordan de har skrevet SMS'er ved pludseligt opståede tvivlsspørgsmål eller ved oplevede problemer i relation til graviditeten. Her har de været glade for at få afklaret tingene med det samme. Herved har de undgået at skulle vente til næste aftalte konsul-

tation og er sluppet for at gå rundt med bekymringer i længere tid. Det har givet afløb for noget af den stress og uro, som flere af de udsatte gravide ellers kæmper med.

SMS kræver tid og engagement

Det er imidlertid ikke alle steder, at SMS har muliggjort den beskrevne form for kontakt mellem projektdeltagerne og fagpersonerne. I et modelprojekt har man bevidst valgt at begrænse anvendelsen af SMS til, at kvinderne måtte sende spørgsmål på SMS, men fagpersonerne kun svarede ved et telefonisk opkald. Her var fagpersonernes overvejelse, at svar på SMS var for tidskrævende. Denne betragtning deles til dels i de modelprojekter, der har brugt SMS mere fast. I et modelprojekt har en projektmedarbejder sendt en SMS hver søndag aften for at påminde de gravide om gruppetilbud i den efterfølgende uge, hvilket har krævet en del ressourcer.

Endeligt peger evalueringen på, at en forudsætning for en vellykket anvendelse af SMS som kontaktfarm er, at fagpersonerne selv er fortrolige med brugen af SMS, og at de er indstillede på at anvende den som en kommunikationsform. Et modelprojekt valgte således helt at undlade brugen af SMS, fordi personalet var mere vant til at benytte telefonopkald og hverken havde lyst til eller følte sig rustede til at kommunikere over SMS.

7.3. Facebook skaber gruppedynamik online

De (projektdeltagerne) melder også fra via Messenger og SMS. Flere svarer, 'Jeg har haft ondt i maven', 'den lille skal til tandlægen' osv. Så kan man se, hvem der kommer, og alle kan se alles beskeder. Jeg synes ikke, at det er et problem (udfordrende) at holde fast i dem. Førhen blev de bare væk, nu kommunikerer de mere og skriver, hvorfor de ikke kommer. (projektleder, jordemoder)

Facebook fungerer så godt. Det har været et hit og meget brugbart. Det har været særligt godt, at vi får skabt netværk, og selv de gamle piger (tidligere projektdeltagere) skriver, at de savner at komme og lægger billeder op og skriver løbende kommentarer om, hvordan det er at gå hernede osv. (projektmedarbejder, jordemoder)

På Facebook kan vi se, at de selv laver aftaler - tager i ZOO og mødes til morgenkaffe i Bilka. (projektleder, jordemoder)

Facebook har vi slet ikke brugt. Jeg kan ikke se hvordan det skal bruges, for det skal jo være en individuel kontakt. (projektleder, sociolog. I det pågældende modelprojekt tilbydes kun individuelle konsultationer)

I et par af modelprojekterne har Facebook været brugt som kommunikationsform i kontakten mellem projektmedarbejdere og projektdeltagere. Facebook har både været brugt til at lave online grupper, hvor der f.eks. kan kommunikeres om modelprojektets tilbud og deles billeder, og til at lave 'messengergrupper', hvor projektmedarbejderne har haft mulighed for at skrive beskeder til flere projektdeltagere på en gang.

I de modelprojekter, hvor Facebook har været brugt aktivt, er det en generel opfattelse blandt både fagpersoner og projektdeltagere, at det har været en stor succes. Facebook har særligt vist sig at fungere godt i kombination med projekternes gruppetilbud. Her har brugen af Facebook-grupper og beskeder styrket gruppedynamikken i tilbuddet og givet en bedre kontakt mellem fagpersoner og projektdeltagere.

Direkte, fælles og interaktiv information

Projektmedarbejderne fremhæver, at Facebook, ligesom SMS, er et kommunikationsmiddel, som kvinderne i forvejen benytter, og hvor de dagligt er aktive. Derfor har det også fungeret som en brugbar platform til at formidle informationer om tilbuddene (f.eks. programmet for næste gruppe eller udflugter), fordi informationerne når ud til kvinderne. En anden stor fordel for projektmedarbejderne er, at det fungerer som et kollektivt kommunikationsmiddel, hvor alle eller flere kvinder kan få den samme information samtidig. Endelig oplever projektmedarbejderne det også som en fordel, at det er et interaktivt kommunikationsmiddel, hvor kvinderne selv kan skrive tilbage og f.eks. tilkendegive, om de deltager i næste gruppeaktivitet. Samlet set oplever projektmedarbejderne, at det har været med til at styrke fremmødet i grupperne.

I et modelprojekt fremhæver projektmedarbejderne også, at Facebookgruppen har haft en afledt fordel, når det kommer til kommunikationen mellem projektmedarbejdere og kvinderne. I modelprojektet oplevede medarbejderne, at det til tider var svært at balancere mellem at opretholde en tæt relation til kvinderne, samtidig med at de engang i mellem har skulle 'løfte pegefingeren'. Et eksempel på dette er, at nogle af projektdeltagerne har taget veninder med i gruppen, som ikke har været i målgruppen. Her har Facebookgruppen givet medarbejderne en fordel, idet de kunne skrive beskeder ud på vegne af 'gruppen', om at projektets tilbud ikke er for alle gravide. På den måde understreges det, at beskeden gives på vegne af modelprojektet, og den føres ikke negativt tilbage til den personlige relation mellem medarbejder og deltager.

Mulighed for at stå på sidelinjen

Projektdeltagerne har ligeledes oplevet Facebook som et godt sted at blive informeret om tilbuddene. Her fremhæver flere kvinder, at en fordel ved Facebook er, at man kan være både aktiv i kommunikationen og følge med fra sidelinjen. Når information og billeder uploades til gruppen giver det eksempelvis de gravide, som ikke deltog i den pågældende aktivitet, mulighed for at holde sig opdateret og føle sig som en del af gruppen. Et andet eksempel, som kvinderne nævner, er, at det er rart at kunne følge med i de spørgsmål, som andre stiller, samt hvilke svar de får. På den måde kan de følge med i de erfaringer og den viden, som er blevet udvekslet, uden at skulle udstille sig selv.

Et socialt medie

Både fagpersonerne og kvinderne fremhæver, at det har haft en positiv betydning for det sociale sammenhold i grupperne, når kommunikationen er foregået over Facebook. Grupperne og samtalerne har været brugt af deltagerne til at lave aftaler uden for tilbuddet, f.eks. kaffeaftaler eller gåture. Herved har brugen af Facebook befordret, at det sociale fællesskab breder sig ud over de eksisterende tilbud, hvorigennem kvinderne også har kunnet hjælpe og støtte hinanden.

Det har som nævnt givet bedst mening at benytte Facebook i de modelprojekter, som har tilbudt gruppeforløb. I et modelprojekt, hvor man udelukkende har haft individuelle konsultationer, er det fagpersonernes vurdering, at det ikke giver mening at benytte Facebook, da kvinderne ikke har et ønske om dialog og socialt samvær med andre gravide/mødre, hverken i en gruppe eller på de sociale medier.

7.4. Inddragelse af tolk fungerer bedst i individuelle tilbud

I andre mødregrupper (som kvinden før har deltaget i uden for projektet) har det været mere besværligt, fordi alle har haft en tolk med, og det gør det lidt besværligt. Her [i gruppetilbuddet] er kravet, at man skal kunne dansk. (projektdeltager, mor)

Vi har også etniske gravide (kvinder med anden etnisk baggrund end dansk), hvor vi så har en tolk med. Vi har et par [projektmedarbejdere], som primært sidder med dem. (projektleder, sociolog. I forklaringen af individuelle tilbud)

Et af fokuspunkterne i det oprindelige satspuljeopslag var arbejdet med kvinder med anden etnisk herkomst end dansk, samt overvejelser i forhold til anvendelsen af tolke i modelprojekternes tilbud. I praksis har tre af modelprojekterne inkluderet kvinder med sproglige udfordringer og gjort sig erfaringer med at arbejde med tolk. Erfaringen er, at en tolk fungerer godt i de individuelle konsultationer (evt. som telefon- eller videotolk), mens anvendelsen af en tolk i gruppetilbuddene har været en større udfordring. Det gælder særligt de forløb, hvor der har været kvinder som ikke taler dansk, og derfor behov for tolke, der oversætter til flere sprog. Her er det både deltagere og medarbejders erfaring, at tilstedeværelsen af tolke kan virke ødelæggende for den uformelle stemning, som værdsættes i en gruppe, og begrænser de sociale dynamikker. I et enkelt modelprojekt nævner fagpersonerne desuden, at sproglige barrierer ofte også er koblet til kulturelle barrierer. Et eksempel er, at nogle kvinder udelukkende vil modtage tolkning af en kvindelig tolk, hvilket ikke altid er muligt for modelprojekterne at efterleve.

7.5. Sociale netværk forpligter til deltagelse og virker fastholdende

Vi har en fælles interesse; børn. Jeg ses også med mange af dem (de andre kvinder) privat. Det har også betydet noget for graviditeten og børnene - kun på en positiv måde. Andre venner og veninder uden børn har ingen forståelse for ens situation. (projektdeltager, mor)

Vores måde at kommunikere med de gravide på har haft stor betydning for fastholdelsen af dem. I gruppemøderne forpligter kvinderne sig også over for hinanden. Messenger-grupper forpligter også - her er der skabt en stor kontakt mellem gravide og med fagpersoner. (projektmedarbejder, familiebehandler)

Jo flere man kender, jo hyggeligere er det, når man starter. Jeg kendte mange, allerede inden jeg startede, det var nemmere og en fordel. (projektdeltager, mor)

På tværs af modelprojekterne er det erfaret, at de sociale netværk, som projektdeltagerne danner, har en betydning for at fastholde kvinderne i tilbuddene. I gruppetilbuddene mødes de gravide med andre kvinder i samme situation, som er interesserede og lytter, hvilket i sig selv er motiverende for deltagelsen. Ligeledes oplever mange gravide, at der skabes et venskabeligt og fortroligt forhold til fagpersonerne. I gruppetilbuddene udveksler gravide og mødre såvel som fagpersoner erfaringer, og fagpersonerne bidrager med faglig viden på en hensynsfuld og ikke-belærende måde. Det er erfaringen, at denne kommunikationsform passer godt til gruppen af udsatte gravide.

Effekten af sociale netværk opleves generelt som positiv, idet også særligt udsatte gravide, som er svære at få til at deltage i gruppeforløb, alligevel møder op, fordi de kender nogen, som allerede er i gruppen. Det at kunne følges med nogen har her stor betydning.

7.6. Flexibilitet gør tilbuddene mere tilgængelige for den gravide

Jeg var også meget træt. Men det at XX (familiebehandler) hentede mig, det hjalp helt vildt meget. (projektdeltager, mor)

Og lige for den gruppe vi har at gøre med, som er svær for systemet at fastholde, der betyder den fleksibilitet meget (...). De passer bare ikke ind i det der med, at så kan man lige ringe i dét tidsrum og så skal man møde op der og der. Der er også nogle, hvor de bare skal have hjælp [med det samme], når problemerne opstår. (projektmedarbejder, jordemoder)

Det er ligeledes en tværgående erfaring, at fleksibilitet i tilbuddet er vigtigt for at nå de udsatte gravide. Det er en målgruppe, som sjældent har overskud og derfor kan have svært ved at administrere aftaler. Flere steder er det en god erfaring at have et fast tidsrum, en fast dag om ugen, hvor de gravide kan møde op, når det passer dem. I de mere strukturerede individuelle konsultationer er det ikke sjældent, at de gravide melder afbud, hvorfor der må aftales nye tider. Dette oplever fagpersonerne som en udfordring, idet de ofte har en tæt booket kalender.

Flere af modelprojekterne har haft gode erfaringer med fleksibilitet i form af kørselsordninger, hvor de gravide har haft mulighed for at blive hentet på deres bopæl. Både kvinderne og fagpersonerne giver udtryk for, at dette har haft betydning for fastholdelsen i tilbuddet, da afstand og transport derved ikke længere er en barriere for deltagelse. For de kvinder, som har haft betydelige gener under graviditeten, og som derfor har haft svært ved at bevæge sig rundt, fremhæves kørselsordningen også som altafgørende for deres deltagelse.

8. TVÆRFAGLIG OG TVÆRSEKTORIEL INDSATS

En sidste hjørnesteen i den styrkede indsats for de udsatte gravide har været at fremme det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem forskellige aktører inden for svangreomsorgen. Traditionelt er arbejdet i svangreomsorgen primært delt mellem jordemødrene i regionerne og sundhedsplejerskerne i kommunerne. Dertil kommer, at arbejdet med netop de udsatte gravide ofte også involverer socialrådgivere, familiebehandlere og psykologer.

Målet med indsatsen har været at løfte sundheden for de gravide og fastholde dem i svangreomsorgen ved at sigte efter følgende succeskriterier; 1) **kompetenceudvikling og erfaringsudveksling** blandt fagpersoner, og 2) **nye former for samarbejde blandt disse fagpersoner**. Modelprojekterne har gennemført og afprøvet en række forskellige aktiviteter med henblik på at opnå disse succeskriterier. I nedenstående tabel beskrives de aktiviteter, som modelprojekterne har arbejdet med.

Aktivitet	Beskrivelse
Fælles opstart og introduktion til projektet	I alle modelprojekterne er der afholdt en form for opstartsseminar, hvor fagpersonerne har kunnet møde hinanden, og hvor projektets mål og rammer er blevet introduceret samlet.
Temadage for fagpersonale	I flere af modelprojekterne er der løbende blevet afholdt undervisning eller temadage for projektmedarbejderne. Emnerne har varieret fra modelprojekt til modelprojekt, men har været centreret omkring særlige udfordringer og erfaringer i arbejdet med målgruppen.
Supervision	Supervision er blevet anvendt i flere af modelprojekterne. I et modelprojekt er supervisionen foregået fire gange årligt, hvorimod et andet modelprojekt har haft en ugentlig supervision. Supervisionen er foregået som en gruppesession blandt fagpersonerne, hvor der har været fokus på et enkelt eksempel (kvinde eller familie), som en fagperson har ønsket at drøfte i plenum. Gennem en narrativ tilgang har en fagperson udspurgt en anden omkring det specifikke eksempel, som vedkommende har haft en betydelig kontakt med. De andre fagpersoner sidder imens og lytter. Herved deles fagpersonens viden med de andre, som efterfølgende har mulighed for at udtrykke deres syn på sagen og komme med forslag til tiltag og handlemuligheder.
Individuelle tværfaglige konsultationer	I to modelprojekter har der været individuelle tværfaglige konsultationer, hvor en jordemoder og en sundhedsplejerske sammen har stået for konsultationen. Konsultationerne har fundet sted efter første jordemoderkonsultation, og kørt frem til to måneder efter barnets fødsel, som supplement til konsultationerne i svangreomsorgens basale tilbud. Flere steder har tværfaglige hjemmebesøg ligeledes været et tilbud til de gravide.
Bevidning	Som en del af de tværfaglige konsultationer har nogle fagpersoner foretaget en 'bevidning' ved første konsultation. Formålet har været at få sat sundhedsplejersken (som typisk kommer ind i konsultationsforløbet senere end jordemoderen) ind i den gravides situation. Det foregår ved, at jordemoderen fortæller den gravides historie til sundhedsplejersken, mens den gravide selv er til stede. Formålet er, at den gravide føler sig forstået af fagpersonerne, og er tryk ved at vide hvilken information, der videregives, samtidig med at den gravide selv har mulighed for at korrigere eventuelle misforståelser.
Team-møder	I de fleste modelprojekter er det tilstræbt at holde ugentlige teammøder, hvor projektmedarbejderne mødes og fordeler opgaver og vender særligt komplekse sager (evt. gennem supervision). Der er meget forskel på formen fra modelprojekt til modelprojekt. I nogle modelprojekter har møderne haft en mere formel karakter, mens det andre steder er foregået over en fælles morgenmad.
Kompetenceudvikling gennem temadage og undervisning	I to modelprojekter har projektmedarbejderne modtaget undervisning af professionelle, som bl.a. har undervist i kommunikation og givet redskaber til det gode tværsektorielle samarbejde.
Samarbejde med praktiserende læger	I flere af modelprojekterne er der blevet arbejdet for et samarbejde med almen lægepraksis, dog med begrænset succes.

Tabel 6: Oversigt over tværfaglige og tværsektorielle aktiviteter afprøvet i modelprojekterne

8.1. Personlig kontakt og tværfaglige aktiviteter styrker samarbejde og forebyggelse

Det at vi kender hinanden bedre og har fået bedre indsigt i hinandens arbejde, har gjort, at vi lettere tager kontakt og tænker hinanden ind. (projektmedarbejder, sundhedsplejerske)

Vi har haft temadagene (...) hvor folk går begejstrede hjem - specielt fordi man møder faggrupperne og får et ansigt på, så begynder vi at kende hinanden. Og det gør det meget lettere at samarbejde. (projektleder, jordemoder)

Fysisk er vi [normalt] to forskellige steder. Det er fordi vi har mødt hinanden og har et fælles tredje [her i projektet], at det er blevet lettere at tage kontakt til hinanden. (projektmedarbejder, familiebehandler)

Der var en familie i projektet. Deres første barn var socialforvaltningen inde over. Det var et tilbagetrukket barn med dårlig kontakt til mor. Mor er psykisk syg. Mor og far har samarbejdsproblemer. Mor og far går fra hinanden, og mor bliver gravid på samme tid. Vi tog et familie-fokus, hvor jeg delte historien med de andre professionelle. Samme dag kom der socialrådgiver, psykolog og jordemoder på, og vi fik snakket sammen om det. Vi fik lavet en underretning og i dag har sønnen en tryk tilknytning. Han er en perfekt udviklet dreng på flere parametre. Og det er kun sket, fordi vi gik ind og arbejdede med det. (projektmedarbejder, sundhedsplejerske)

I alle modelprojekterne er der i løbet af projektperioden skabt et godt samarbejde mellem de forskellige faggrupper. Det er særligt jordemødre og sundhedsplejersker, der har arbejdet tæt sammen, og i nogle modelprojekter har der også været etableret et tæt samarbejde med socialrådgivere, familiebehandlere og psykologer. Det er særligt to elementer, som, fagpersonerne oplever, har været med til at understøtte det tværfaglige samarbejde; 1) at projektet er forankret fysisk ét sted, og 2) at de konkrete aktiviteter er tværfagligt bemandet.

Flere projektmedarbejdere oplever i deres daglige arbejde, uden for projektets tilbud, at det kan være svært at samarbejde på tværs af fagligheder. Dette skyldes ikke manglende kendskab til, hvilke andre tilbud der findes i svangreomsorgen, men at rammerne i sundhedssektoren ofte ikke muliggør et tæt samarbejde på tværs af fagligheder. Det har været med til at skabe, hvad nogle fagpersoner betegner som en form for 'kamp' mellem faglighederne, hvor man primært holder på sine egne fagkompetencer.

Projektmedarbejderne oplever, at det er lykkedes at overkomme denne opdeling ved at samle modelprojektets tilbud rent fysisk. De forklarer, at det fysiske møde på tværs af fagligheder har gjort, at de har fået en personlig relation til hinanden og skabt et fælles udgangspunkt for arbejdet i modelprojektet. Her har de tværfaglige aktiviteter også spillet en stor rolle. Gennem f.eks. supervision samt tværfaglige hjemmebesøg og konsultationer har projektmedarbejderne fået en bedre forståelse for og indsigt i hinandens faglighed. Det har medvirket til at nedbryde fordomme overfor hinandens arbejde, og der er opstået en større viden om, hvad man kan bruge hinanden til, og i hvilke situationer det giver mening at tage kontakt til specifikke fagpersoner. Et konkret eksempel er, at flere fagpersoner med sundhedsfaglig baggrund i et af modelprojekterne gav udtryk for, at de førhen havde en forestilling om socialrådgivernes funktion som sanktionerende og kontrollerende, men at de gennem projektet har opnået en bedre forståelse for, hvordan socialrådgivere også kan hjælpe udsatte kvinder, og hvordan deres faglighed bedst bliver bragt i spil.

Fagpersonerne oplever, at den personlige kontakt og det styrkede kendskab til hinanden har gjort det lettere at tage kontakt og bruge hinandens kompetencer. De fremhæver, at det har gjort dem i

stand til at handle hurtigere, når de har oplevet et behov hos en kvinde, som de ikke selv har kunnet varetage. Ifølge fagpersonerne selv har dette betydet, at man hurtigere har kunnet igangsætte en forebyggende indsats i forhold til mistrivsel hos barnet.

8.2. Praktisk samarbejde udvikler medarbejdernes kompetencer

Man får lov til mere bare at være jordemoder, fordi man hurtigt kan sende andre ansvarsområder videre, hvis det ikke er mit fagfelt. (projektmedarbejder, jordemoder)

Input fra andre faggrupper er også rigtig rart ift. at fjerne mine egne bekymringer og til at finde ud af, hvad vi kan gøre i fællesskab, så man ikke føler sig så meget alene. Så bliver man også mere tryk i situationen, fordi der også er andre øjne, som ser. Jeg kan yde en meget bedre indsats og meget bedre rådgive dem. Hvis jeg er decideret bekymret, kan jeg altid få fat på de rigtige fagpersoner. (projektmedarbejder, jordemoder)

I alle de fem modelprojekter giver fagpersonerne udtryk for, at de har oplevet, at samarbejdet på tværs af fagligheder har styrket deres kompetencer inden for nye områder og givet dem mere overskud i deres eget fagområde. Projektmedarbejderne fremhæver, at det er de konkrete tværfaglige tilbud, hvor de forskellige fagpersonerne har arbejdet sammen om at støtte de gravide, som har løftet dette område. Det gælder særligt de åbne gruppeforløb med tværfaglig bemanning, de tværfaglige konsultationer og hjemmebesøg samt supervisionen.

I fire af modelprojekterne har jordemødre og sundhedsplejersker haft et tæt samarbejde og været til stede sammen ved enten åbne gruppeforløb med de gravide/mødrene, konsultationer eller hjemmebesøg. Hos begge faggrupper er der eksempler på, at samarbejdet har givet et bedre indblik i den anden faggruppes arbejde, hvilket har medført en gensidig forståelse og et udvidet perspektiv at se tingene ud fra. Flere jordemødre har oplevet at have fået bedre indsigt i forhold, der ligger efter fødslen, som eksempelvis familiedannelse, mens sundhedsplejerskerne har lært mere om problematikker og forhold relateret til graviditeten. I et modelprojekt forklarer en sundhedsplejerske eksempelvis, at hun har fået større kendskab til problemer med amning ved at observere og lytte til jordemoderens samtale med den gravide/moderen.

I de modelprojekter, hvor man har arbejdet struktureret med supervision, bliver dette også fremhævet som et stærkt redskab til at styrke kompetenceudviklingen. Fagpersonerne oplever, at det er givtigt både selv at få gode råd og forslag i forhold til konkrete cases, men også at sidde på sidelinjen og høre andre forløb eller eksempler blive vendt. Det har gjort dem bedre i stand til at se flere sider af konkrete sager og givet overblik over andre forhold eller indsatspunkter, som de kan tage med i deres eget arbejde.

8.3. Socialrådgiveren - en vigtig medspiller for sundhedssektoren

Så fik jeg tilbudt en socialrådgiver fra hospitalet og en herfra, og de arbejdede meget med mig og kontaktede institutionerne for mig. Det var godt at få en støtte og ikke at være alene om de her ting (...) De skrev alt hvad jeg sagde ned, og kontaktede SU, Skat og Udbetaling Danmark, og fortalte hvad jeg skulle gøre, og hvordan de ellers kunne hjælpe mig. (projektmedtager, gravid)

Vi har tit haft spørgsmål ift. hvordan man kommer videre med en familie, hvor man er kørt fast i noget, eller hvor man tager en sag op, hvor man ikke ønsker at det skal gentage sig. Der kan også være familier, hvor vi er i tvivl, om vi skal lave en underretning, så er det godt at have en socialrådgiver med inde. (projektmedarbejder, sundhedsplejerske)

Og så er der nogle ting der går hurtigere. For eksempel indstilling til krisecenter, hvis der er behov for det. Der kan vi hurtigt som socialrådgivere henvise til krisecenter. Man undgår i nogle situationer lang ventetid – tingene sker lidt hurtigere. (projektmedarbejder, socialrådgiver)

I flere af modelprojekterne har der været tilknyttet socialrådgivere, enten som faste projektmedarbejdere eller som løst tilknyttede fagpersoner. Både projektledere og andre fagpersoner oplever, at dette har spillet en stor rolle for det sundhedsfremmende arbejde, og at det har medvirket til at styrke de enkelte tilbud. De oplever ofte, at social udsathed er tæt relateret til sundhedsmæssige udfordringer, og at de udsatte gravide i flere tilfælde er i kontakt med socialsystemet i kommunerne. Som tidligere nævnt er der dog normalt ikke et tæt overlap mellem svangreomsorgen og socialområdet, og jordemødre og sundhedsplejersker har derfor sjældent et stort kendskab til området. Socialrådgivernes inddragelse i projektet har været med til at tydeliggøre, hvilken betydelig funktion socialrådgiveren har i arbejdet med de udsatte gravides sundhed. Således er andre fagpersoner blevet bevidste om, at socialrådgiveren kan bruges som en god støtte for de gravide. Af flere projektmedarbejdere fremhæves det, at socialrådgiveren kan hjælpe med mange lavpraktiske spørgsmål om emner, som det sundhedsfaglige personale ikke selv har indsigt i, og som ofte udgør en stor byrde og stressfaktor for den gravide og/eller familien.

Der er også flere eksempler på gravide, som har været glade for den støtte, de har fået af socialrådgiverne. I et af modelprojekterne forklarer en gravid, at hun ikke vidste, hvordan hun skulle håndtere en række spørgsmål i forhold til økonomi og uddannelse, hvilket fyldte meget i hendes hverdag. Med socialrådgiverens hjælp fik hun taget kontakt til SU, SKAT, og Udbetaling Danmark, og hun fik herigennem afklaring på en række forhold. Hun lægger vægt på, at det har været med til at give en større ro omkring en række bekymringer, som hun før stod alene med.

Det er dog ikke alle modelprojekter, der har haft held med at tilknytte en socialrådgiver. I et modelprojekt forsøgte man at tilknytte en socialrådgiver fra arbejdsmarkedsområdet, hvilket projektlederen oplevede som udfordrende, da hun ikke havde nok viden om målgruppen. I de modelprojekter, hvor man har haft god erfaring med, at socialrådgivere indgår i projektteamet, har socialrådgiverne i forvejen arbejdet med målgruppen eller på anden måde været engageret i familie-/børneområdet.

8.4. Ledelsens inddragelse i processen og engagement i projektet

Det er altafgørende, at nogle ved hvordan projekter skal ledes, og at der er nogle som styrer det – det er simpelthen det vigtigste. (projektmedarbejder, sundhedsplejerske)

Projektmedarbejder 1: Jeg tror, at det er ejerskabet, der er problemet. Her er der ledelsesmæssig modstand. Der er ikke opbakning til det her.

Projektmedarbejder 2: I praksis fungerer det godt med sundhedsplejersker og jordemødre sammen på samme sted.

Projektmedarbejder 1: [Men] der har også været tovtækkeri om ressourcerne (i ledelsen). Sundhedsplejersker er knyttet op på de enkelte kommuner, så det føltes som et tab for dem, da projektet blev rykket ud af kommunen. Jordemødrene er ikke tilknyttet én kommune. (projektmedarbejdere, jordemoder og studerende)

Det er en tværgående erfaring, at ledelsesmæssig opbakning og ejerskab fra projektets begyndelse er et vigtigt fundament for et velfungerende tværfagligt samarbejde. Det skyldes særligt, at der også er tale om tværsektorielt samarbejde, hvor ressourcerne til de forskellige medarbejdere normalt kommer fra forskellige steder. Det betyder, at ledelsen i både den regionale og kommunale organisation skal være enige om, hvordan modelprojektets ressourcer fordeles, og i hvilken grad de forskellige medarbejdergrupper indgår i modelprojektet. I størstedelen af modelprojekterne har fagpersoner og projektledere oplevet en god ledelsesmæssig opbakning, hvilket har gjort samarbejdet lettere. Der har i alle modelprojekterne været nedsat tværfaglige og tværsektorielle styregrupper fra start, som har gjort det muligt løbende at kunne kommunikere og afstemme på ledelsesniveau.

I særligt ét modelprojekt har man imidlertid oplevet en udfordring i det ledelsesmæssige samarbejde og opbakning. Projektmedarbejderne oplever, at udfordringen for det tværsektorielle samarbejde skyldes, at der har været udskiftning af den faglige ledelse undervejs i. Fagpersonerne har her oplevet, at den nye leder ikke har følt ejerskab over modelprojektet og derfor har nedprioriteret det i forhold til andre indsatsområder. Det har ført til, at en af faggrupperne har haft færre timer i modelprojektet, hvilket har gjort det svært at opbygge den tætte kontakt, som ellers er grundlaget for det gode tværfaglige samarbejde (beskrevet i afsnit 9.1).

En generel udfordring med hensyn til det tværsektorielle samarbejde relaterer sig til samarbejdet med de praktiserende læger. På tværs af modelprojekterne har projektlederne oplevet, at det har været svært at samarbejde med de praktiserende læger. Projektlederne oplever det både som et spørgsmål om ressourcer og ledelse. De praktiserende læger har ikke fået afsat ressourcer til at deltage i projektet, og de har ikke en samlet ledelse, som kan koordinere deres deltagelse. Det er dog en generel opfattelse blandt fagpersonerne, at det vil være en stor gevinst for indsatsen i svangreomsorgen hvis de praktiserende læger kunne inddrages mere i samarbejdet.

9. METODE OG DATAGRUNDLAG

Evalueringsens data er tilvejebragt gennem et integreret evalueringsdesign, hvor der både er anvendt kvalitative og kvantitative metoder. De kvantitative data er løbende indberettet af projektmedarbejderne i modelprojekterne, mens den kvalitative data er indsamlet under casebesøg midtvejs i projektperioden og ved projektets afslutning. I de følgende opsummeres evalueringens metodiske tilgang og datamateriale.

9.1. Desk research

NIRAS har indledningsvist foretaget en desk research, som omfatter en nærlæsning af modelprojekternes projektansøgninger samt andre relevante undersøgelser og udgivelser på området. Formålet med desk researchen har været at få indblik i projektets aktiviteter, netværk, organisation, samarbejdsstrukturer, milepæle og mulige resultater. Derudover har den været med til at kvalificere den efterfølgende dataindsamling og analyse.

- **Projektbeskrivelser**
 - De fem modelprojekters egne projektansøgninger
- **Undersøgelser og udgivelser vedrørende ulighed i sundhed og svangreomsorg**
 - "Ulighed i Sundhed – Årsager og Indsatser", SST 2011
 - "Børns trivsel i familier med overvægt eller andre sundhedsrisici", Rambøll 2013
 - "Anbefalinger for Svangreomsorgen", SST 2013
 - "Social ulighed i sundhed blandt børn og unge", Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet 2007.
- **Generelle opgørelser over kvinder, gravide og børns sundhedstilstand (landsgennemsnit)**
 - "Danskernes Sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil", SST 2013
 - "Folkesundhedsrapporten Danmark", Statens Institut for Folkesundhed 2007
 - "Mental sundhed blandt voksne danskere", Statens Institut for Folkesundhed, 2010
 - "Danske børns sundhed og sygelighed", Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet 2009
 - "Misdannelsesregistret 2000-2005", SST 2006
 - Diverse online registre (herunder Statistikbanken.dk og Det medicinske fødselsregister (MFR) - sundhedsdatastyrelsen.dk)
- **Generelle definitioner af sundhedstilstand**
 - F.eks. www.who.int (klassifikation af BMI) og rigshospitalet.dk (definition af lav, normal og høj fødselsvægt)

9.2. Kvantitative data

Evalueringsens kvantitative datamateriale er indsamlet og registreret af projektmedarbejderne i de enkelte modelprojekter. Projektmedarbejderne har for hver deltager i projektet udfyldt tre spørgeskemaer, enten sammen med deltagerne eller på baggrund af deres viden om deltagerne. De tre spørgeskemaer er blevet udfyldt på tre forskellige tidpunkter:

- **Første kontakt med den gravide** – Spørgsmål vedrørende den gravides sundhed og civilstand (936 registreringer)
- **Ved fødsel** – Spørgsmål vedrørende barnets sundhed og tilstand (809 registreringer)

- **Ca. 2 måneder efter fødsel** – Opfølgende spørgsmål vedrørende moderens sundhed, civilstand, deltagelse i projektet og forældreskabet (597 registreringer)

Spørgeskemaernes udformning samt frekvenstabeller over alle besvarelser er vedlagt i Bilagsrapporten.

På baggrund af de kvantitative data er det muligt at sammenligne sundhedstilstanden for kvinderne, der har deltaget i projektet, og deres børn med landsgennemsnittet. Det har dels givet en indikator af, om modelprojekterne har nået de udsatte gravide i deres indsats, og dels om de er lykkedes med at hæve sundhedstilstanden for deres børn. Datamateriale er tilvejebragt på en anden måde end opgørelser på landsplan, og i nogle tilfælde også varierer kategorierne også. Sammenligningen af de to grupper skal derfor læses med visse forbehold.

Der indgår ikke en kontrolgruppe i projektet, og der kan derfor ikke, alene på baggrund af registreringerne, konkluderes noget om kausaliteten mellem modelprojekternes arbejde og de gravide og deres barns sundhedstilstand.

Kvantitativ databehandling

Projekterne har selv registreret data for de gravide/nybagte mødre i en database. NIRAS har derfor kun haft adgang til anonymiserede besvarelser.

Efter endt projektperiode har NIRAS sammenkoblet de tre registreringer, så det er muligt at følge den enkelte gravides forløb. Ufuldstændige registreringer på det enkelte spørgeskema er slettet – det drejer sig dog kun om enkelte registreringer.

Databehandling er foretaget i SPSS. I forbindelse med databehandlingen har NIRAS foretaget en række omkodninger, f.eks. af fødselsvægt og alder i meningsfulde kategorier. For at kunne sammenligne data på fødselsvægt og andre variable på børnenes sundhed med landsgennemsnittet, har NIRAS sammenkodet data fra den først noterede tvilling ved flerfoldsfødsler med de andre børn. Det fremgår af tabellen i bilag, hvis der er tale om en sammenkodning af flere spørgsmål.

9.3. Kvalitative data

Evalueringsens kvalitative datamateriale er indsamlet af NIRAS ved tre touchpoints i løbet af projektperioden:

- **Ved projektstart** – telefoninterview med projektledere
- **Midtvejs i projektperioden** – casebesøg og interview
- **Umiddelbart inden projektets afslutning** – casebesøg og interview

Den kvalitative tilgang er i projektet anvendt med særligt henblik på at opnå en dybere indsigt i projektaktiviteternes specifikke omstændigheder og kontekster og for at undersøge, *hvordan* og *hvorfor* aktiviteterne fungerer i de forskellige modelprojekter. Således har den kvalitative dataindsamling givet mulighed for at undersøge, *hvad* der virker for hvem og under hvilke forudsætninger. Den kvalitative tilgang har derudover, undervejs i projektet, været anvendt til at indhente viden om gode og dårlige erfaringer, som har været brugt til at tilpasse og målrette indsatsen i projektforløbet. De kvalitative data har også været brugt til at kvalificere de kvantitative registreringer og give en indikation af projektdeltagernes og deres børns sundhedstilstand. Herunder præsenteres de forskellige kvalitative metoder og data.

Semistrukturerede telefoninterview

De semistrukturerede telefoninterview er gennemført med projektlederne ved projektets start i juni 2013. Data er anvendt til at opnå en indsigt i modelprojekternes planlagte aktiviteter og forventede barrierer og drivkræfter inden for evalueringens tre fokuspunkter: 1) Kommunikation, 2) Tværsektorielt arbejde, og 3) Udvikling af familie- og fødselsforberedende tilbud. Den opnåede indsigt har været brugt til at guide udarbejdelsen af fokuspunkter til spørgeguides for den efterfølgende kvalitative dataindsamling og fokuspunkter i forbindelse med observation og deltagelse i modelprojekternes aktiviteter.

I alt er der foretaget **fem telefoninterview**; et med hver projektleder af de fem modelprojekter.

Casebesøg

Der er gennemført i alt **10 casebesøg** i projektperioden. Der er udført to casebesøg hos hver af de fem modelprojekter; et midtvejs i projektperioden (februar 2015) og et ved projektperiodens afslutning (september 2016). Casebesøgene er foretaget af to medarbejdere fra NIRAS, som under besøgene har foretaget en kombination af observation og semistrukturerede interview. Ved at være til stede en hel dag og observere modelprojektets aktiviteter har NIRAS fået et solidt indblik i de daglige rytmer og interaktionen mellem fagpersonerne og projektdeltagerne.

Flere steder har NIRAS haft mulighed for deltagelse i afviklingen af specifikke projektaktiviteter. Et særligt fokus for observationen har været at observere, hvordan kommunikationen foregår mellem fagpersoner og projektdeltagere, herunder formidlingen af faglig viden vedrørende den gravides og barnets sundhed. Derudover har der været projektaktiviteter, hvor kun projektmedarbejderne har deltaget, og her har opmærksomheden været på samarbejdet og erfaringsudvekslingen mellem fagpersonerne. Endeligt har observationerne også været med til at afdække, hvordan deltagerne oplever modelprojekternes fysiske rammer.

Der er blevet foretaget observation i forbindelse med i alt **11 projektaktiviteter** bl.a. ved gruppetilbud, jordemoderkonsultationer og ved medarbejdermøder.

Semistrukturerede interviews med fagpersoner og projektdeltagere

Under casebesøgene er der foretaget en række dybdegående semistrukturerede interview med projektledere, projektmedarbejdere og projektdeltagere. Interviewene har enten været udført som personlige interview med en informant eller som gruppeinterview, hvor flere projektmedarbejdere eller projektdeltagere er blevet interviewet sammen.

Gennem interviewene er der skabt indblik i de erfaringer og oplevelser, som fagpersoner såvel som projektdeltagere har fået i forbindelse med projektet. Under interviewene er der bl.a. spurgt ind til medarbejdere og deltageres erfaringer inden for evalueringens tre fokuspunkter 1) Kommunikation, 2) Tværsektorielt arbejde og 3) Udvikling af familie- og fødselsforberedende tilbud.

De projektmedarbejdere, som er blevet interviewet, har typisk haft en baggrund som sundhedsplejersker eller jordemoder, men der er også interviewet bl.a. socialrådgivere, psykologer og læger. Fokus i interviewene har været på udfordringer og udbytte ved både form og indhold i projektaktiviteterne, herunder ift. fastholdelse, rekruttering, tværsektorielt samarbejde og betydningen for den gravides sundhed. Under interviewene er projektmedarbejderne desuden blevet bedt om at kvalificere opgørelser over registreringer og uddybe eventuelle uklarheder eller tendenser i data.

I alt er der blevet udført **31 interview** under casebesøgene med **projektmedarbejdere og projektledere**.

De projektdeltagere, som er blevet interviewet, har primært været gravide og mødre. Der er også udført enkelte interview med partnere. I interviewene har fokus været på deres personlige erfaringer og oplevelser i forbindelse med deltagelsen i projektet, herunder omgang med andre deltagere, kontakt til personale og udbytte og udfordringer ved de specifikke aktiviteter.

I alt er der blevet udført **23 interview** under casebesøgene med **projektdeltagere og partnere**.

Nedenstående tabel giver et overblik over de indsamlede kvalitative data under casebesøgene.

Gruppe \ Type	Enkeltinterview	Gruppeinterview	Interview i alt
Projektledere	8	0	8
Projektmedarbejdere	17	6	23
Projektdeltagere	17	6	23

Tabel 7: Antal interview og informanter fra casebesøg.