

Tidlig indsats til sikring af kvindens og barnets sundhed og trivsel

- en indsats målrettet sårbare gravide



Ajla Dzubur, Pernille Frøstrup og Sara Pihl Jakobsen

Speciale på kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab
School of Medicine and Health, Aalborg Universitet, juni 2016



AALBORG UNIVERSITET

Titelblad

Titel: Tidlig indsats til sikring af kvindens og barnets sundhed og trivsel - en indsats målrettet sårbare gravide

Projektgruppe: Ajla Dzubur, Pernille Frøstrup og Sara Pihl Jakobsen

Vejleder: Charlotte Overgaard

Afleveringsdato: 1. juni 2016

Projekt: Speciale, kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab

Institution: School of Medicine and Health, Aalborg Universitet

Anslag med mellemrum: 275.649

Specialet citeres på følgende måde: Dzubur, A., Frøstrup, P. og Jakobsen, S. P., 2016: *Tidlig indsats til sikring af kvindens og barnets sundhed og trivsel - en indsats målrettet sårbare gravide*. Aalborg: School of Medicine and Health, Aalborg Universitet.

Specialet kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Resume

Baggrund: Sårbare gravide har øget forekomst af fysiske, psykiske og/eller sociale risikofaktorer, som kan have negativ betydning for den gravide, graviditetsudfaldet samt barnets sundhed og trivsel i såvel barndom som voksenliv. Der igangsættes mange indsatser målrettet sårbare gravide i landets regioner og kommuner, men manglende evaluering medfører, at viden om sårbare gravides udbytte udebliver, hvorved såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser er uklare. På baggrund heraf ligger der et folkesundhedsvidenskabeligt potentiale i at styrke fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide.

Formål: Specialets formål er at udarbejde anbefalinger til politikere, sundhedsorganisationer, kommuner og praktikere, hvilket skal bidrage til et evidensbaseret løft af arbejdet med indsatser målrettet sårbare gravide. Dette med udgangspunkt i et casestudie af projekt *Kom Godt I Gang*, som støttes op af videnskabelig evidens på området. Anbefalingerne udarbejdes med udgangspunkt i inddragelse af borgerperspektivet, hvor sårbare gravides oplevelser skal bidrage til at sikre den gravide og barnets sundhed og trivsel.

Metode: I specialet anvendes en fænomenologisk-hermeneutisk interviewundersøgelse til at afdække syv sårbare gravides oplevelser af at have deltaget i projekt *Kom Godt I Gang*, en intervention målrettet sårbare gravide. Systematisk litteraturstudie skal bidrage med evidensbaseret viden om sårbare gravides oplevelser af at deltage i interventioner eller svangreomsorgens almene tilbud. Et teoretisk perspektiv på sårbare gravides oplevelser inddrages i analysen, med udgangspunkt i Aaron Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng*.

Resultater: Interviewundersøgelsen resulterede i fire overtemaer; *følelse af usikkerhed, hensynstagen til individuelle behov, relationer skaber forandring og at komme godt i gang*, med 14 tilhørende undertemaer. Det systematiske litteraturstudie resulterede i seks kvalitative artikler med fokus på interventioner og svangreomsorgens almene tilbud.

Konklusion: Gennem specialets diskussion af sårbare gravides oplevelser af at deltage i indsatser er følgende fokuspunkter fundet: Der er behov for en grundig indføring i indsatser for at undgå negative følelser. Der må være fokus på individet for, at indsatser findes meningsfulde. Partnerinddragelse styrker parforhold og forældreskab. Gruppeforløb giver mulighed for at dele oplevelser, bekymringer og tanker med ligestillede. Indsatsers varighed skal tilgodese en tillidsfuld og tryk relation til fagpersoner, og fagpersoner må være bevidste om egne kompetencers begrænsninger. Målgruppen må defineres, og indsatser skal differentieres afhængig af den enkeltes situation.

Abstract

Background: Vulnerable pregnant women are considered to be vulnerable due to an increased prevalence of physical, psychological and/or social risk factors that pose a potential risk to pregnancy, pregnancy outcome and the health and wellbeing of the infant in childhood and adult life. Many interventions targeting vulnerable pregnant women are implemented in the Danish regions and municipalities but lacking evaluation implies that evidence regarding vulnerable pregnant women is absent and both intended and unintended effects are unclear. Studying the consequences of interventions are related to a public health potential where future interventions can be improved.

Objective: The thesis aims to develop recommendations for policy makers, health organizations, municipalities and practitioners, which contributes to an evidence-based lift of interventions targeting vulnerable pregnant women. The evidence-based lift is based on a case study of the project *Kom Godt I Gang*, which is supported by scientific evidence in the field. The recommendations are drawn up on the basis of the involvement of the civil perspective where vulnerable pregnant women's experiences can help to ensure the pregnant woman and the child's health and well-being.

Methods: Phenomenological-hermeneutic interviews are applied with seven vulnerable pregnant women regarding their experiences of the project *Kom Godt I Gang*, a Danish intervention targeted vulnerable pregnant women. A systematic literature review contributes with evidence-based knowledge of vulnerable pregnant women's experiences from participating in targeted or general interventions. Aaron Antonovsky's theory *sense of coherence* is used in the analysis and discussion of the empirical findings.

Results: The analysis revealed four main themes: *feeling insecure*, *consideration of individual needs*, *relationship leads to changes* and *off to a good start*, which are broken down into 14 subthemes. The systematic literature review revealed six qualitative articles focusing on targeted and general interventions with relevance to the field of public health.

Conclusion: The following focus areas of vulnerable pregnant women's experiences have been identified through the discussion of the thesis: Need for thorough introduction is necessary to avoid negative feeling. Focus on the individual is relevant in order for the intervention to be meaningful. The involvement of the partner strengthens the relationship and parenthood. Group sessions give opportunity to share experiences, worries and thoughts with equals. Duration of interventions must meet the need for a trusting and safe relationship with professionals, and professionals must be aware of their the limits of the own competences. The target group must be defined, and interventions must be differentiated depending on the situation of the individual.

Forord

Specialet er udarbejdet i perioden 1. februar til 1. juni 2016 på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab under School of Medicine and Health, Aalborg Universitet. Specialets overordnede ramme er identifikation og dokumentation af et folkesundhedsvidenskabeligt problemfelt inden for sygdomsforebyggelse eller sundhedsfremme med behov for forandring.

Specialets formål er at udarbejde anbefalinger til politikere, sundhedsorganisationer, kommuner og praktikere, hvilket skal bidrage til et evidensbaseret løft af arbejdet med indsatser målrettet sårbare gravide. Dette med udgangspunkt i et casestudie af projekt *Kom Godt I Gang*, som støttes op af videnskabelig evidens på området. Anbefalingerne udarbejdes med udgangspunkt i inddragelse af borgerperspektivet, hvor sårbare gravides oplevelser skal bidrage til at sikre den gravide og barnets sundhed og trivsel, med relevans for det folkesundhedsvidenskabelige felt.

Tak til projekt *Kom Godt I Gang*, Regionshospital Nordjylland, Region Nordjylland og Sundhedsplejen, Hjørring Kommune for godt og udfordrende samarbejde samt hjælp til rekruttering af informanter til specialet. Tak til informanterne, som har indvilliget i at deltage i specialet, og som åbenhjertet har fortalt om deres personlige oplevelser.

Tak til Charlotte Overgaard for kompetent og konstruktiv vejledning og sparring i forbindelse med udarbejdelse af vores speciale.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem	8
2. Problemanalyse	9
2.1 Sårbare gravide	9
2.1.1 Definition af sårbare gravide	9
2.1.2 Andelen af sårbare	10
2.1.3 Sårbare gravide som risikogruppe	10
2.1.5 Svangreomsorgens niveaudeling af sårbare gravide	12
2.2 Konsekvenser af risici hos sårbare gravide	14
2.3 Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser	16
2.3.1 Svangreomsorgen	16
2.3.2 Politisk, sundhedsfaglig og samfundsmæssig prioritering af sårbare gravide	18
2.4 Projekt <i>Kom Godt I Gang</i>	20
2.5 Afgrænsning	23
3. Problemformulering	24
4. Videnskabsteoretisk position	25
4.1 Forforståelse	26
5. Metode	28
5.1 Casestudie	28
5.2 Interviewundersøgelse	29
5.2.1 Rekruttering af informanter	30
5.2.2 Interviewsetting	33
5.2.3 Interviewguide	33
5.2.4 Gennemførelse af interview	35
5.2.5 Datahåndtering	36
5.2.6 Analysestrategi	36
5.2.7 Ethiske overvejelser	37
5.3 Litteraturstudie	39
5.3.1 Indledende søgning	39
5.3.2 Systematisk søgning	39
5.3.3 Søgestrategi	40
5.3.4 Inklusions- og eksklusionskriterier	40
5.3.5 Udvælgelse og vurdering af litteratur	41
6. Teori	43
6.1 Oplevelse af sammenhæng	43

7. Resultat og analyse	46
7.1 Caseanalyse af <i>Kom Godt i Gang</i>	46
7.1.1 <i>Kom Godt I Gangs</i> udformning	46
7.1.2 Definition af sårbare gravide i <i>Kom Godt I Gang</i>	48
7.2 Interviewundersøgelse	49
7.2.1 Analyseproces	50
7.2.2 Karakteristik af informanter	51
7.2.3 Følelse af usikkerhed	53
7.2.4 Hensyntagen til individuelle behov	59
7.2.5 Relationer skaber forandring	64
7.2.6 At komme godt i gang	67
7.3 Litteraturstudie	67
7.3.1 Samlet vurdering	76
7.3.2 Håndtering af moderrollen	77
7.3.3 Relationer	79
7.3.4 Udbytte for kvinden	82
7.3.5 Samfundsdiskurs	83
8. Diskussion af design og metode	85
8.1 Diskussion af casestudiedesign	85
8.2 Diskussion interviewundersøgelse	85
8.2.1 Intern validitet	85
8.2.2 Analytisk generaliserbarhed	90
8.2.3 Reliabilitet	91
8.2.4 Refleksiv objektivitet	92
8.2.5 Etik	93
8.3 Diskussion af litteraturstudie	94
8.3.1 Intern validitet	94
8.3.2 Ekstern validitet	96
8.3.3 Reproducerbarhed	96
9. Fremadrettede anbefalinger	98
9.1 Grundig indføring i indsatser	98
9.2 Fokus på individ	100
9.3 Partnerinddragelse	101
9.4 Gruppeforløb	102
9.5 Indsatsers varighed	102

9.6 Tillid til fagpersoner	103
9.7 Målgruppe	104
10. Konklusion	106
Litteraturliste	107
Bilagsoversigt	111

1. Initierende problem

I Danmark udgør sårbare grupper cirka 20 procent af befolkningen, og disse kan have øget risiko for udvikling af sygdom sammenlignet med resten af befolkningen (Vallgård 2009). Sårbare gravide kan defineres som en sårbar gruppe, fordi de tilskrives en større sygdomsbyrde samt har flere lidelser og psykosociale problemer end andre (Benoit et al. 2010). Sårbare gravide har øget forekomst af fysiske, psykiske og/eller sociale risikofaktorer, som kan have negativ betydning for den gravide, graviditetsudfaldet samt barnets sundhed og trivsel i såvel barndom som voksenliv, og der ses en socioøkonomisk gradient i graviditets- og fødselskomplikationer samt spædbarnstrivsel (Diderichsen et al. 2011; Brot & Poulsen 2013; Helweg-Larsen 1999; Andersson et al. 2014; Kramer et al. 2000; Morgen et al. 2008). Ulighed i sundhed etableres således allerede i barnets første leveår (Diderichsen et al. 2011). På den baggrund påpeger Sundhedsstyrelsen i deres publikation *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* vigtigheden af, at alle gravide nås gennem svangreomsorgens tilbud, for at ulighed i sundhed blandt gravide og børn kan reduceres (Diderichsen et al. 2011). I forlængelse heraf forventer World Health Organization (WHO), at en tidlig indsats kan medføre økonomiske, sociale og helbredsmæssige effekter (Diderichsen et al. 2011), hvorved både samfund og individ har gavn heraf.

Der igangsættes mange indsatser målrettet sårbare gravide i landets regioner og kommuner, og området har dermed høj prioritet (Hansen et al. 2003). Yderligere har området politisk bevågenhed, hvilket ses ved, at det er økonomisk prioriteret, hvor der af flere omgange er blevet afsat midler til satspuljeprojekter målrettet en styrket indsats i svangreomsorgen for sårbare gravide (Regeringen 2011; Regeringen 2009; Regeringen 2013). I Sundhedsstyrelsens publikation *Anbefalinger for svangreomsorgen*, angives det, at kvalitetsudvikling, som omhandler erfaringer, vidensdeling og evaluering, bør være i fokus i kommuner og regioners arbejde med svangreomsorgen (Brot & Poulsen 2013). Det fremgår derudover af publikationerne *Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i Danmark - kortlægning af eksisterende tilbud og fremtidsperspektiver på området* og *Tidlig indsats overfor særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier*, at der ikke foreligger en systematisk evaluering af kommunale indsatser målrettet sårbare gravide, hvorved effekten er uklar (Hansen et al. 2003; Andersson et al. 2014). Den manglende evaluering medfører, at viden om sårbare gravides udbytte udebliver, og at indsatser målrettet sårbare gravide iværksættes på et mangelfuldt videnskabeligt grundlag (Andersson et al. 2014), hvor indsatserne kan være effektløse og i værste fald have utilsigtede negative konsekvenser. På baggrund heraf ligger der et folkesundhedsvidenskabeligt potentiale i at undersøge tilsligtede og utilsigtede konsekvenser af indsatser målrettet sårbare gravide, med henblik på at sikre, at fremtidige indsatser kan styrkes.

2. Problemanalyse

Følgende problemanalyse har til formål at analysere specialets problemfelt omhandlende indsatser målrettet sårbare gravide. Indledningsvist defineres og analyseres gruppen af sårbare gravide i relation til distale og proximale risikofaktorer, hvorefter konsekvenser heraf udfoldes. Efterfølgende belyses indsatser indenfor svangreomsorgen, og disse analyseres i forhold til behovet for en differentieret indsats til sårbare gravide. Afslutningsvist udfoldes den politiske prioritering på området, hvilket leder frem til en analyse af satspuljeprojektet *Kom Godt I Gang*, som vil fungere som et eksempel til at illustrere nuværende praksis på området.

2.1 Sårbare gravide

Følgende afsnit har til formål at definere sårbare gravide og dernæst belyse andelen af sårbare familier og børn i Danmark, for at fremhæve problemets omfang. Dernæst identificeres sårbare gravide som en risikogruppe, for at belyse konsekvenserne heraf. Sundhedsstyrelsens niveaudeling af svangreomsorgen inddrages, og de sårbare gravides indplacering heri diskuteres. Afsnittet har til formål at skabe overblik over, hvad der kendetegner sårbare gravide, og hvilke årsager, der ligger til grund for sårbarheden. Dette er relevant for at kunne tilrettelægge og målrette indsatser til sårbare gravide.

2.1.1 Definition af sårbare gravide

Sårbare gravide lader sig ikke skarpt afgrænse, og der er i litteraturen fundet forskellige betegnelser for sårbare gravide, herunder blandt andet udsatte gravide, svage gravide, særligt udsatte gravide samt udsatte familier og risikofamilier, som henfører til forskellige betegnelser for gruppen bestående af sårbare gravide. Den manglende ensartethed for betegnelsen af gruppen vanskeliggør en karakteristik af de sårbare gravide, da det således afhænger af den forståelsesramme og det perspektiv, som de sårbare gravide ses ud fra (Hansen et al. 2003).

Studier, som beskæftiger sig med sårbare gravide, fremhæver visse karakteristika for gruppen, og betegnelsen dækker over unge mødre, enlige mødre, kvinder med sociale og psykologiske problemstillinger, kvinder med lav socioøkonomisk status, herunder økonomiske og boligmæssige problemer, kvinder som er ofre for vold, har misbrugsproblemer, anden etnisk baggrund eller som har været i kontakt med sociale instanser i relation til varetagelse af barnets tarv (Kirkpatrick et al. 2007; Birtwell et al. 2015; Thomson et al. 2013). Sårbarhed kan således opstå af og relateres til mange forskelligartede karakteristika, hvilket fremhæver kompleksiteten af at foretage en skarp afgrænsning af målgruppen.

2.1.2 Andelen af sårbare

Antallet af sårbare børn og familier i Danmark er vanskeligt at fastslå, da der, som nævnt i ovenstående, ikke foreligger en endelig og afgrænset definition på sårbarhed. Til trods herfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at omkring 15-20 procent af landets familier er udsatte, sårbare eller har særlige behov (Buhelt 2014), hvortil det vurderes, at 3-5 procent af en forældreårgang defineres som sårbare forældre, målt på børns tilknytningsproblemer. Dette svarende til 2.800 børn ud af 55.873 børn i forældreårgangen i år 2013 (Andersson et al. 2014). SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd anslår, at omkring 8.300 ud af 55.873 børn og unge i alderen 3-19 år vokser op som sårbare børn i år 2013 (Ottosen et al. 2010).

2.1.3 Sårbare gravide som risikogruppe

Der er i Danmark tradition for, at samfundet inddeles i to grupper, hvor 20 procent af befolkningen udgøres af udsatte grupper, som adskiller sig fra den øvrige befolkning i kraft af visse sygdomsmæssige og sociale karakteristika. Herved skabes en polarisering af befolkningen, og de udsatte grupper tilskrives sygdomsbyrden i samfundet (Vallgård 2009). De udsatte grupper kan angives som værende i risiko for at udvikle sygdom, hvorved risikobegrebet er en kulturel konstruktion, og udvalgte risici anses for at være vigtige, fordi de potentielt medfører en øget sygdomsbyrde (Lupton 1993). Dette kan relateres til en øget økonomisk byrde for samfundet, da en øget sygdomsbyrde kan medføre flere sundhedsudgifter. Sårbare gravide vurderes at kunne defineres som en sårbar gruppe, fordi de har flere lidelser og psykosociale problemer end andre (Benoit et al. 2010). Dette kan potentielt medføre konsekvenser for den gravide og barnets sundhed og trivsel, hvilket vil blive udfoldet i problemanalysens afsnit 2.2. *Konsekvenser af risici hos sårbare gravide*. Link & Phelan skelner mellem distale og proximale risikofaktorer, hvor de proximale ligger nærmest sygdomsudfaldet, mens de distale er de bagvedliggende årsager, som befinder sig længere tilbage i årsagskæden. De proximale risikofaktorer er relateret til livsstil, mens de distale blandt andet relaterer sig til socioøkonomisk status, herunder opvækst, boligforhold med videre (1995). Der er en stærk association mellem sundhed og socioøkonomisk status, og socioøkonomisk status ses som en fundamental årsag til sygdom (Link & Phelan 1995; Evans & Kim 2007). Sundhedsstyrelsen argumenterer i deres publikation *Anbefalinger for svangreomsorgen* for, at der er tale om en socioøkonomisk gradient i forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer, hvor forekomsten af komplikationer ses hyppigere hos socialt dårligere stillede familier (Diderichsen et al. 2011; Brot & Poulsen 2013). Ifølge flere danske publikationer og internationale artikler har sociodemografiske og socioøkonomiske faktorer afgørende betydning for svangerskabsforløb og spædbarnstrivsel (Andersson et al. 2014; Helweg-Larsen 1999; Kramer et al. 2000; Diderichsen et al. 2011; Morgen et al. 2008), og en mulig konsekvens herved er, at der skabes ulighed i sundhed. Årsager til social ulighed i sundhed og sygdom afhænger af, hvilken forklaringsmodel der anvendes, hvor livsstilsforklaringen, som har fokus på proximale faktorer som kost-, motion-, ryge- og alkoholvaner, er den dominerende i samfundet (Elstad 2000), og ligeledes inden for svangreomsorgen (Brot

& Poulsen 2013). Ulighed i sundhed kan også ses ud fra den psykosociale forklaring, hvor sygdom skabes af stress og belastninger relateret til ydre vilkår og samfundsmæssige og sociale forhold (Elstad 2000). Denne forklaringsmodel beskæftiger sig dermed i højere grad med de distale faktorer, hvorved de proximale faktorer bliver en konsekvens af de distale. Ud fra den psykosociale forklaringsmodel kan ulighed i sundhed ses som et resultat af, at sårbare gravide i højere grad kan opleve usund stress, og kan være dårligere til at håndtere denne, da de kan mangle de nødvendige ressourcer til at håndtere og modstå udefrakommende stressfaktorer. Dette kan ifølge Elstad resultere i dårlig mental sundhed, kropslige symptomer og somatiske sygdomme (2000). De to forklaringer på ulighed i sundhed – livsstilsforklaringen og den psykosociale forklaring – skal ikke nødvendigvis ses som kontrasterende eller konkurrerende, men som komplementære forklaringer, og kan begge bidrage til at forklare, hvorfor ulighed i sundhed opstår. Foruden socioøkonomisk status kan psykisk sygdom hos den gravide ligeledes udgøre en distal risikofaktor (Diderichsen et al. 2011), og der kan derfor ikke blot sættes lighedstegn mellem socioøkonomisk status og sårbare gravide, da feltet er mere komplekst, og ligeledes kan relateres til psykiske faktorer, hvorved sårbare gravide ikke nødvendigvis har en lav socioøkonomisk status.

2.1.4 Samfundets sundhedssyn på sårbare gravide

Sundhedsstyrelsens rapport, *Anbefalinger for svangreomsorgen*, fremhæver en række proximale risikofaktorer hos den socialt dårligt stillede gravide med indvirkning på barnet allerede i fosterstadiet. Disse er blandt andet ringe kostvaner, rygning, forhøjet alkoholindtag og fysisk inaktivitet, som påvirker graviditetens udfald. Hertil ses blandt andet en øget risiko for udvikling af svangerskabsdiabetes og forhøjet blodtryk relateret til graviditeten som følge af overvægt hos den gravide, og yderligere ses en sammenhæng mellem overvægt og en øget risiko for overbåren graviditet. Endvidere udgør udeblivelse fra svangreomsorgens tilbud en risikofaktor blandt de sårbare gravide (Brot & Poulsen 2013), hvorved udeblivelse kan medføre, at sårbare gravide ikke får gavn af svangreomsorgens tilbud.

Af ovenstående ses, at Sundhedsstyrelsens forklaring på ulighed i graviditetskomplikationer bygger på livsstilsforklaringen med fokus på de proximale faktorer. Sundhedsstyrelsens publikation har ikke fokus på mental sundhed og trivsel, hvilket tegner et billede af det, Wackerhausen betegner som et fundamentalistisk sundhedssyn, hvor sundhed defineres ud fra biomedicinske termer, og hvor målet er et raskt og langt liv uden sygdom (1995). Det fundamentalistiske sundhedssyn findes ligeledes i en artikel af Lupton, hvor dominerende samfundsdiskurser medfører, at gravide vurderes ud fra proximale faktorer såsom rygning og alkoholindtag (2011). Disse samfundsdiskurser vurderes at kunne forklare det dominerende fokus på de proximale faktorer i svangreomsorgen, hvorved livsstilsforklaringen er den dominerende.

I kontrast hertil pointeres det af Diderichsen et al., at fattigdom og psykisk sygdom er af størst betydning for barnets senere sundhed og trivsel (2011), hvilket betyder, at Diderichsen et al. tillægger de distale faktorer en større indflydelse på graviditetskomplikationer og barnets helbred end de proximale faktorer. Dette støttes op

af en oversigtsartikel af Kramer et al., hvor socioøkonomisk status angives som værende af afgørende betydning for graviditeten. Forhold som for eksempel rygning, alkohol og lav vægtøgning hos den gravide angives som medierende faktorer i sammenhængen mellem socioøkonomisk status og graviditetsforløb og -udfald (2000).

Som en konsekvens af Sundhedsstyrelsens fokus på proximale faktorer, så vil de sårbare gravide, i kraft af deres øgede forekomst af risici, ifølge Benoit et al. kunne betragtes som ”syndere”, da de udviser en sundhedsadfærd, som ikke er ønskelig af samfundet (2010). Dette kan medføre en utilsigtet konsekvens i form af, at gruppen stigmatiseres (Lupton 1993; Benoit et al. 2010). Stigmatisering defineres af Goffman som en egenskab, der er dybt miskrediterende, og som en uoverensstemmelse mellem en persons tilsyneladende og faktiske identitet (Kristiansen & Jacobsen 2010). Ifølge Benoit et al. kan stigmatisering opstå, hvis der sker en afvigelse fra samfundets normer og værdier. Især kvinder er sårbare over for stigmatisering, hvilket kan hænge sammen med de forventninger, der er til kvinden som barnets primære omsorgsgiver. Her kan stigmatisering opstå, hvis den gravide ikke indfrier samfundets forventninger, hvor det blandt andet forventes, at den gravide ikke ryger, drikker eller på anden måde udsætter sit barn for risici (Benoit et al. 2010). I sådan en tilgang er der således indlejret et, som tidligere beskrevet, fundamentalistisk sundhedssyn, hvor sundhedsadfærd er et resultat af livsstilsfaktorer, og yderligere ligges der op til et individuelt ansvar for efterlevelse af samfundets forventninger (Wackerhausen 1995). Konsekvensen heraf er, at de distale faktorer, med betydning for graviditeten, tilsidesættes, og der fokuseres dermed ikke på de bagvedliggende årsager til den sårbare gravides adfærd og problemer.

2.1.5 Svangreomsorgens niveaudeling af sårbare gravide

Sundhedsstyrelsen arbejder med en niveaudeling, hvor svangreomsorgen inddeles i fire niveauer, for derved at kunne tilbyde en målrettet indsats, som tager udgangspunkt i den enkelte gravides behov og ønsker (Brot & Poulsen 2013). De fire niveauer fremgår af nedenstående figur 1.

Niveaudeling af svangreomsorgen

Niveau 1	Det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje til kvinder, hvis graviditet vurderes uden øget risiko.
Niveau 2	Indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af de faggrupper, der arbejder inden for svangreomsorgen. Det kan fx dreje sig om et tilbud til rygere eller overvægtige. Det kan dreje sig om kvinder med tidligere dårlig fødselsoplevelse eller mislykket ammeforløb, kvinder der venter mere end et barn eller kvinder med risiko for gestationel diabetes. Der vil her være brug for at tilpasse tilbuddet til kvindens individuelle behov og for at henvise til særlige tilbud, der er etableret i regionen eller kommunen for disse kvinder.
Niveau 3	Indebærer et udvidet tilbud, som involverer et tværfagligt samarbejde med andre faggrupper i sundhedssektoren og/eller tværsektorielt samarbejde med kommunen. Ved sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger af mere kompleks karakter tilbydes den gravide svangreomsorg på dette niveau. Det kan fx dreje sig om kvinder med psykologiske/psykiatriske problemer, eller om kvinder som har nyopståede eller kroniske somatiske lidelser, der fordrer samarbejde med andre speciallæger. Kvinder med svære sociale problemstillinger af enten økonomisk eller familiær karakter kan desuden have behov for et udvidet tilbud om kontakt til og støtte fra sundhedsvæsenet eller socialforvaltningen.
Niveau 4	Indebærer samarbejde med specialiserede institutioner som fx familieambulatorium, familieinstitutioner og andre behandlingstilbud. Den gravide indplaceres på dette niveau, når der er tale om særligt komplicerede problemstillinger, som fx rusmiddelproblemer, svære psykiske/psykiatriske lidelser og/eller alvorlig social belastning, hvor der med høj sandsynlighed vil blive vanskeligheder med tilknytningen mellem mor og barn og varetagelse af barnets tarv.

Figur 1 Sundhedsstyrelsens niveaudeling af svangreomsorgen (Brot & Poulsen, 2013, s. 27).

Som det ses af ovenstående figur, er der tale om en graderet inddeling, hvor tilbuddets omfang gradvist øges fra niveau et til niveau fire. Ud fra niveaudelingen ses, at der ikke udelukkende er fokus på sygdom, risiko og livsstil, men også fokus på trivsel, velbefindende og levevilkår. Dette fremgår af niveau tre og fire, hvor distale faktorer inddrages, såfremt den gravide oplever familiære og/eller økonomiske problemstillinger, eller hvis der er behov for støtte til udvikling af relationen mellem den gravide og barnet. Dette er foreneligt med et bredt sundhedsbegreb, som defineres af Kamper-Jørgensen & Jensen samt Simovska & Jensen (2009; 2012). Tilgangen står i kontrast til det sundhedssyn, som kommer til udtryk i samme publikation af Sundhedsstyrelsen, når der omtales risici med indflydelse på graviditeten (Brot & Poulsen 2013), hvor fokus udelukkende er på proximale risikofaktorer og dermed et fundamentalistisk sundhedssyn.

Ifølge en rapport fra Socialt Udviklingscenter (SUS) vil sårbare gravide, ud fra Sundhedsstyrelsens niveaudeling, høre under niveau tre (Andersson et al. 2014). Dog påpeges det, at det er vigtigt at være opmærksom på kompleksiteten af den gravides/familiens problemstillinger, hvorfor de udvidede tilbud målrettet denne gruppe ikke afgrænser sig til niveau tre alene. De sårbare gravide bevæger sig altså i gråzonen mellem de tilbud, som tilbydes kommunalt og regionalt, og de mere omfattende tilbud, som for

eksempel varetages af socialforvaltningen (Andersson et al. 2014). Dette fremhæver kompleksiteten i arbejdet med sårbare gravide, og samtidig tydeliggør det vigtigheden af at målrette tilbuddene til den enkelte gravide og hendes families behov. Det vurderes, at Sundhedsstyrelsens niveaudeling bidrager til en fælles forståelsesramme i forhold til den indledende vurdering af den gravides situation og behov, som kan danne udgangspunkt for arbejdet med indsatser målrettet sårbare gravide. En sådan fælles forståelsesramme anses som nødvendig, da det ellers vil være op til den enkelte fagperson at foretage en vurdering af den sårbare gravide og hendes behov. Yderligere vurderes det, at niveaudelingen bidrager til at tydeliggøre behovet for en differentieret indsats i landets regioner og kommuner.

Afrunding

På baggrund af ovenstående anses sårbare gravide i specialet som værende en gruppe med øget forekomst af fysiske, psykiske og/eller sociale risikofaktorer, som influerer på den gravide og barnets sundhed og trivsel. Der er både tale om distale og proximale faktorer, hvor de distale er af størst betydning for graviditeten, fordi disse udgør de bagvedliggende årsager til de proximale faktorer, som influerer på graviditeten og barnets sundhed og trivsel. Der er tale om en kompleks gruppe, som ikke lader sig afgrænse skrap, hvilket ligger op til, at der må foretages en individuel vurdering af den sårbare gravides situation og behov.

2.2 Konsekvenser af risici hos sårbare gravide

Følgende afsnit har til formål at belyse fysiske, psykiske og sociale konsekvenser hos barnet ved tilstedeværelse af risikofaktorer hos sårbare gravide. Afsnittet bidrager til at understrege problemets folkesundhedsvidenskabelige relevans.

Som indikeret i afsnit 2.1.3 *Sårbare gravide som risikogruppe*, så påvirker den gravides risikofaktorer det kommende barns sundhed og trivsel. Det fremhæves i to artikler, at der ses socioøkonomiske uligheder i graviditetsforløb og -udfald, hvor lavere socioøkonomisk status øger risikoen for foster- og spædbarnsdødelighed, lav fødselsvægt, væksthæmning samt præmatur fødsel (Kramer et al. 2000; Ebert et al. 2014; Birtwell et al. 2015). Dermed er u hensigtsmæssigt graviditetsforløb og -udfald relateret til de distale faktorer hos den sårbare gravide. I oversigtsartiklen af Kramer et al. uddybes sammenhængen mellem socioøkonomisk status og graviditetsudfald og -forløb yderligere, hvor lavere socioøkonomisk status medfører usund adfærd, eksponering for stress og psykologisk reaktion herpå hos den gravide, hvilket øger risikoen for væksthæmning hos barnet og præmatur fødsel (Kramer et al. 2000). Væksthæmning hos barnet øger risikoen for en række sygdomme i voksenlivet, som blandt andet hjertekarsygdomme, type-2 diabetes, forhøjet blodtryk og overvægt (Barker 1995; Mortensen et al. 2009). Præmatur fødsel øger risikoen for sygelighed og dødelighed hos barnet, og har ligeledes konsekvenser i voksenlivet (Morgen et al. 2008; Kramer et al. 2000). Præmatur fødsel forekommer især, hvis den gravide ryger under graviditeten (Kramer et

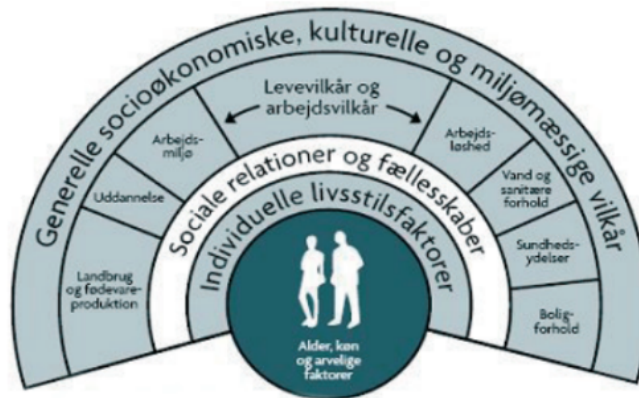
al. 2000), og rygning kan således ses som en medierende faktor mellem socioøkonomisk status og præmatur fødsel.

Udover de fysiske konsekvenser, som kan opstå hos barnet som følge af risikofaktorer hos den gravide, kan psykiske, mentale og sociale konsekvenser ligeledes opstå. Det fremhæves i et dansk kohortestudie, at alkoholproblemer i familien øger barnets risiko for blandt andet selv at blive misbruger, at opleve følelsesmæssige problemer og lavt selvværd, at begå kriminalitet og for ikke at gennemføre en uddannelse (Christoffersen & Soothill 2003). Således påvirker forældrenes alkoholmisbrug ikke blot barnet i barndommen, det har også betydelige følger, som kan påvirke barnet i dets voksenliv.

Når barnet er født, er faktorer som kognitiv og sproglig stimulering, omsorg, emotionel tilknytning samt social interaktion, blandt andre, afgørende for barnets livsforløb, da disse faktorer har indvirkning på barnets sociale og kognitive evner, særligt hvis moderen oplever stress (Maggi et al. 2005; Birtwell et al. 2015), hvilket vurderes at kunne influere på barnets uddannelses- og jobmuligheder. På lang sigt har faktorerne dermed betydning for barnets placering i samfundet og dets sociale position. Der er tale om *social arv* eller *chanceulighed*, hvis der opstår sociale forskelle i morbiditeten i barnets voksenliv grundet forekomsten af store og sociale forskelle i ovennævnte faktorer (Mathiasen et al. 2009).

Ifølge en publikation af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd angives børnefattigdom som en faktor, som er af betydelig karakter for barnet og dets udvikling (Deding & Gerstoft 2009). Børnefattigdom kan medføre andre forudsætninger for barnet, da ressourcemangel kan påvirke barnets helbred i en negativ retning. Hertil påpeges, at en større andel af de fattige forældre har fysisk eller psykisk sygdom, hvor ressourcemangel blandt andet påvirker sundhedsstatus, bolig og hjælpemidler til barnets skolegang, hvilket kan påvirke barnets uddannelsesmuligheder (Deding & Gerstoft 2009; Diderichsen et al. 2011). Desuden er fattigdom hos barnet associeret med en øget sygelighed og nedsat levetid i voksenlivet (Evans & Kim 2007), hvor fattigdom udgør en distal risikofaktor.

Det er vigtigt at understrege, at tilstedeværelse af en eller flere af de nævnte risikofaktorer hos den gravide ikke automatisk medfører, at de omtalte konsekvenser vil opstå, men at barnet vil være disponeret herfor. Risikofaktorerne hos sårbare gravide kan medføre ulighed i sundhed, og årsagerne hertil kan forklares ud fra Dahlgren og Whiteheads model over sundhedsdeterminanter. Modellen tager højde for individuelle livsstilsfaktorer, sociale relationer samt øvrige generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige faktorer, som det ses af nedenstående figur 2 (Dahlgren & Whitehead 2007), og modellen tager således højde for de distale og proximale risikofaktorer hos sårbare gravide, og favner derved hele årsagskæden til ulighed i sundhed.



Figur 2 Dahlgren og Whiteheads model over faktorer af betydning for udvikling af ulighed i sundhed (2007).

Ud fra figur 2 ses, at der er mange faktorer på spil i forhold til udvikling af ulighed i sundhed, hvorfor de enkelte faktorer ikke kan ses uafhængigt af hinanden, da faktorerne er nært forbundne. Den sårbare gravides risikoadfærd er således ikke nødvendigvis den udløsende faktor, da blandt andet miljø og arv ligeledes har en indvirkning.

Ovenstående afsnit har fokus på konsekvenser hos barnet, og konsekvenser hos den sårbare gravide afdækkes ikke. Der er bevidsthed om, at den sårbare gravides adfærd ligeledes kan have konsekvenser for hende selv, men disse er ikke belyst i litteraturen (Birtwell et al. 2015; Kirkpatrick et al. 2007; Lupton 2011; Kramer et al. 2000). Det manglende fokus på den sårbare gravide kan ses som et udtryk for, at konsekvenserne for hende tilsidesættes til fordel for barnet.

Afrunding

På baggrund af ovenstående afsnit tegner der sig et billede af en kompleks problemstilling hos sårbare gravide, da både distale og proximale faktorer påvirker den sårbare gravides graviditetsforløb og -udfald, som dernæst influerer på barnets sundhedsstatus. Det er derfor nødvendigt at tage højde for proximale og distale faktorer blandt sårbare gravide, når der tilrettelægges indsatser målrettet sårbare gravide.

2.3 Forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser

Følgende afsnit har til formål at belyse svangreomsorgen og herunder forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser målrettet sårbare gravide, for derigennem at give et billede af nuværende praksis, og hvordan der prioriteres på området.

2.3.1 Svangreomsorgen

Ifølge Sundhedsstyrelsen er formålet med svangreomsorgen både relateret til sundhedsfremme, forebyggelse og behandling, hvilket fremgår af følgende citat:

”Formålet med sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselsperiode er at bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familien under hele forløbet” (Brot & Poulsen, 2013, s. 16).

Det fremgår af citatet, at svangreomsorgen bør differentieres afhængig af den enkelte gravide og hendes partner/familie, hvor indsatsens sigte kan skifte fra sundhedsfremme til forebyggelse og behandling afhængig af den enkeltes situation, hvorved indsatsen må være individuelt planlagt. Svangreomsorgen relaterer sig desuden både til indsatser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel, og indsatserne er dels rettet mod den gravide, men også mod hendes partner/familie (Brot & Poulsen 2013).

Sundhedsstyrelsen fastslår, at der bør foretages en individuel vurdering ud fra den gravides ressourcer og handlemuligheder samt på baggrund af viden om medicinske risikotilstande hos den gravide, og der kan ved behov suppleres med yderligere tilbud (Brot & Poulsen 2013). Herved ligger der op til en tilgang med afsæt i det brede sundhedsbegreb, hvor både sundhedsfremmende og forebyggende elementer kommer til udtryk, hvilket er i overensstemmelse med svangreomsorgens formål.

Til trods for, at der foreligger et systematisk forebyggelsesprogram til gravide, så er forekomsten af præmatur fødsel stigende, hvilket kan tyde på, at basistilbuddet ikke kommer alle befolkningsgrupper ligeligt til gode (Diderichsen et al. 2011), da præmatur fødsel er hyppigere forekommende blandt de med lavere socioøkonomisk status (Kramer et al. 2000). Ifølge Sundhedsstyrelsen udebliver de sårbare gravide fra de fødselsforberedende tilbud (Brot & Poulsen 2013). Forklaringen herpå kan være, at jordemoderkonsultationerne er blevet mere gruppebaserede, og Sundhedsstyrelsen forklarer i den forbindelse, at gruppekonsultationerne er med til at give de gravide mulighed for at udveksle erfaringer og skabe relationer til andre gravide (Brot & Poulsen 2013). Direktør for Mødrehjælpen, Mads Roke Clausen, påpeger, at det ikke nødvendigvis er alle gravide, der vil opleve disse gruppekonsultationer som en positiv udvikling, idet en sårbar gravid kan risikere at blive stigmatiseret i gruppen af mere velfungerende kommende mødre, og da den sårbare gravide formentlig ikke vil sidde med samme problemstillinger og erfaringer som de øvrige i gruppen (Plum Hein 2015). Det vurderes, at gruppekonsultationerne, som har til hensigt at fremme ressourcer blandt gravide generelt, rammer skævt, hvorved en utilsigtet konsekvens bliver, at skellet mellem sårbare og velfungerende gravide øges.

Sundhedsstyrelsen fastslår dog også, at der skal ydes en differentieret indsats, og der ses dermed bevidsthed om, at ikke alle har gavn af svangreomsorgens basistilbud (Brot & Poulsen 2013; Diderichsen et al. 2011).

2.3.2 Politisk, sundhedsfaglig og samfundsmæssig prioritering af sårbare gravide

Udviklings- og formidlingscenter for Børn og Unge har kortlagt, hvilke projekter og initiativer, der eksisterede i perioden 1998-2003, som havde til formål at styrke indsatsen over for sårbare gravide, spædbørn og spædbørnsfamilier. Der blev fundet 148 projekter, som kunne inddeles i 15 forskellige indsatsformer, hvor et projekt ofte bestod af en kombination af flere indsatsformer. Indsatserne løb fra tre måneder til tre års varighed, og der fandtes ligeledes en stor variation i indhold, hvor indsatser varierede fra lette til meget omfangsrige (Hansen et al. 2003). Dette tegner et billede af, at indsatser og projekter målrettet sårbare gravide prioriteres i landets kommuner, men de forskellige indsatsformer indikerer, at der er manglende ensartethed på området, og det giver en indikation af, at ”best practice” endnu ikke er fundet. Dette understøttes af Hansen et al. som angiver, at kun få indsatser rettet mod sårbare gravide formår at udarbejde en egentlig effektmåling, da der ikke foreligger en fælles definition af de sårbare gravide og deres behov (2003). Andersson et al., som ligeledes foretager en kortlægning af eksisterende tilbud målrettet sårbare gravide, finder, at der i praksis ikke evalueres systematisk på indsatser i kommuner og på fødesteder, til trods for Sundhedsstyrelsens anbefaling herom. Det findes desuden, at der er behov for brugerundersøgelse og -inddragelse i indsatser målrettet sårbare gravide, hvorved indsatserne styrkes (Andersson et al. 2014). Den manglende evaluering betyder, at sårbare gravides perspektiv ikke belyses, hvorved indsatsernes tilsigtede og utilsigtede konsekvenser forbliver ukendte. Som antydnet i afsnit 2.1 *Sårbare gravide* kan stigmatisering af de sårbare gravide dels opstå ved, at de gravide angives som værende en sårbar gruppe, og dels ved, at de deltager i særskilte og målrettede indsatser. Derved kan stigmatisering ses som en utilsigtet konsekvens af indsatser til sårbare gravide. Wakcerhausen skelner mellem ægte og uægte mål, hvor ægte mål udspringer af subjektet, og uægte mål er et resultat af andre forhold, hvor målet kan være påtvunget udefra (1995), for eksempel sundhedsprofessionelle. Grundet den manglende evaluering af indsatser målrettet sårbare gravide, er det ikke muligt at fastslå, hvilke mål der tages udgangspunkt i. Såfremt der ikke er tale om ægte mål, kan en anden mulig utilsigtet konsekvens være, at den sårbare gravides autonomi tilsidesættes i indsatser, hvorved de beslutninger, der træffes, ikke udspringer af kvindens ønsker. En evaluering af indsatserne er derfor nødvendig for at kunne afdække de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, hvor afdækning af disse kan ske ud fra et borgerperspektiv, hvor det findes relevant at inddrage sårbare gravides oplevelser og erfaringer. Borgerperspektivet kan belyse subjektive, oplevelses- og hverdagslivsorienterede perspektiver (Timm 1997), hvilket vurderes som afgørende for at kunne afdække ikke målbare konsekvenser, såsom stigmatisering, ved en indsats. Vigtigheden af at inddrage borgerperspektivet i indsatser pointeres i Sundhedsstyrelsens publikation *Metodehåndbog For Medicinsk Teknologivurdering*, hvor det fremhæves, at inddragelse af borgerperspektivet kan give et billede af, hvad borgeren både anser for værende problematisk og meningsfuldt i den pågældende indsats, samt hvilke præferencer og behov den enkelte kan have til indsatsen (Kristensen & Sigmund 2007). Inddragelse af borgerperspektivet vurderes på baggrund heraf at kunne bidrage til en højere grad af medindflydelse, og at

kvindernes autonomi bevares. I rapporten fra Udviklings- og Formidlingscenter for Børn og Unge ses der stor variation i, hvorvidt borgerperspektivet er undersøgt i indsatserne (Hansen et al. 2003). Såfremt, at Sundhedsstyrelsens anbefaling om systematisk evaluering af indsatser i højere grad blev efterlevet, så må det formodes, at ”best practice” kunne indkredses, og indsatsernes tilsigtede og utilsigtede konsekvenser i højere grad ville kunne måles.

Satspuljepartierne har gennem satspuljemidlerne¹ tildelt midler til indsatser målrettet sårbare gravide og familier af flere omgange. Der blev gennem satspuljen for perioden 2010-2013 udmøntet 39,7 millioner kroner til børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici (Regeringen 2009; Sundhedsstyrelsen 2010). Sundhedsstyrelsen har sammenfattet resultaterne af indsatserne, og disse viser blandt andet, at sårbare forældre har vanskeligt ved at deltage i strukturerede forløb, hvor der ikke differentieres i forhold til behov (2014). Dette giver en indikation af, at nuværende indsatser inden for svangreomsorgen ikke tager udgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov.

Satspuljen for perioden 2012-2015 prioriterer i højere grad de sårbare gravide ved, at der udmøntes 18 millioner kroner til en ansøgningspulje målrettet en styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide (Regeringen 2011; Sundhedsstyrelsen 2012). Ansøgningspuljens formål er, at der udvikles og afprøves nye samarbejdsformer og metoder, hvor der samarbejdes på tværs af sektorer for at højne inddragelse og fastholdelse af de sårbare gravide i svangreomsorgens tilbud (Sundhedsstyrelsen 2012). Midlerne blev tildelt fem projekter i perioden 2013-2016, og Sundhedsstyrelsen har udmeldt, at de foreløbige erfaringer viser, at opsporing af de sårbare gravide er mulig, samt at både individuelle og gruppebaserede indsatser har effekt (Regeringen, 2011; Sundhedsstyrelsen, 2014). Eftersom, at der er tale om tidsbegrænsede indsatser, vurderes det, at et evidensbaseret løft af området muligvis udebliver, da der ikke gives ressourcer til langvarige og fokuserede indsatser. Den korte tidsramme kan desuden betyde, at afdækning af langtidseffekter af indsatserne ikke er mulig. Den tidligere Regering (2011-2014) lagde med det sundhedspolitiske udspil, *Mere borger, mindre patient*, en ny kurs for sundhedsvæsenet, hvor det blandt andet ønskedes at forbedre svangreomsorgen for nybagte familier, og der blev afsat 40 millioner kroner for perioden 2014-2017 til området, med særligt fokus på sårbare familier (Regeringen 2013). Formålet med udspillet var at undersøge, om det ville være muligt at udvikle en pakke til sårbare gravide, der skulle sikre en højere grad af systematik i tilbuddene i forhold til i dag (Sundhedsstyrelsen 2014). Herved forsøges at imødekomme en styrket indsats målrettet sårbare gravide. Det fremgår dog ikke klart af Sundhedsstyrelsens forslag, hvorledes dette skal opnås.

På baggrund af ovenstående gennemgang ses, at indsatser målrettet sårbare gravide er økonomisk prioriteret. Som angivet i det initierende problem, så forventer WHO, at en tidlig indsats kan medføre økonomiske,

¹ Satspuljemidlerne anvendes til finansiering af indsatser indenfor social-, sundheds- og beskæftigelsesområdet. Satspuljepartierne tildeler årligt satspuljemidler til blandt andet indsatser på sundhedsområdet, hvilket blandt andet kommer borgerne til gode (Rigsrevisionen 2015).

sociale og helbredsmæssige gevinster for individ og samfund (Diderichsen et al. 2011). På baggrund heraf vurderes det, at der ligger et økonomisk incitament bag den politiske og samfundsmæssige prioritering af området. Yderligere vurderes prioriteringen at hænge sammen med en pligtetisk tilgang til sårbare gravide og børn, hvor samfundet, ifølge Birkler, er forpligtet til at hjælpe borgeren i en mere hensigtsmæssig retning (2009), hvorved den gravide og barnets sundhed og trivsel forsøges styrket. Pligtetikken er begrundet i den gode vilje og de gode intentioner (Birkler 2009), hvilket kan forklare samfundets økonomiske prioritering.

Afrunding

På baggrund af ovenstående afsnit findes det, at forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser inden for svangreomsorgen prioriteres højt gennem sundhedsfaglig, samfundsmæssig og politisk fokus. På trods af den høje prioritering og de mange indsatser målrettet sårbare gravide, så medfører manglende evaluering af indsatserne, at såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser forbliver ukendte, hvorved behovet for inddragelse af borgerperspektivet opstår. Dette indikerer et behov for at styrke indsatsen målrettet sårbare gravide.

2.4 Projekt *Kom Godt I Gang*

Følgende afsnit har til formål at give en indføring i projekt *Kom Godt I Gang*, som er en indsats målrettede sårbare gravide, og der vil i følgende afsnit foreligge en beskrivelse og analyse af projektets formål og succeskriterier, med henblik på at illustrere og analysere et eksempel på nuværende praksis på området.

Kom Godt I Gang er et projekt, som er forankret i Hjørring Kommunes sundhedspleje og Regionshospitalet Nordjyllands jordemodercenter, og det er et af de satspuljeprojekter, som har fået tildelt midler fra satspuljen for 2011-2015 (Buhelt 2014). Projektet fik tildelt midler i februar 2013, og blev igangsat i september 2013, og løber frem til udgangen af 2016. *Kom Godt I Gang* har til formål at opspore sårbare gravide tidligt i graviditeten, hvorved der kan sættes ind tidligt og gives den nødvendige støtte, og projektet er et supplerende tilbud til den generelle svangreomsorg (Buhelt 2014). Sundhedsstyrelsen har i rapporten *Udmøntning af satspuljen "Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide"* angivet, at midlerne skal anvendes til indsatser, som skal bygge på tre elementer, som er kommunikation, tværsektorielt arbejde samt familie- og fødselsforberedende tilbud (2012). Der angives følgende formål med *Kom Godt I Gang* med udgangspunkt i de tre elementer:

Formål med *Kom Godt I Gang*

- At generere viden om, hvordan der kan arbejdes forebyggende med tidlig indsats i forhold til de udsatte gravide/familier.
- At det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde styrkes, og at der dermed etableres en stærk kultur som kan danne grundlag for at optimere det fremtidige samarbejde i forhold til de udsatte gravide/forældre.
- At afprøve et systematisk og metodisk ”screeningsværktøj” til opsporing af de udsatte gravide ved de første to konsultationer ved jordemoderen.
- At de udsatte gravide tilknyttes en fast jordemoder og sundhedsplejerske, som skal følge dem i hele svangreperioden på tværs af sektorerne og sikre et sammenhængende svangreforløb.
- At få udviklet differentierede tværfaglige indsatser – i relation til de særlige problemstillinger, de udsatte gravide/familier har.
- At styrke implementeringen af niveaudeling i forhold til differentieringen af svangreomsorgens indsatser.
- At resultaterne af projektet fremadrettet formidles til alle kommunerne (Buhelt, 2014, s. 5).

Sundhedsstyrelsens kriterier for indsatserne skal bidrage til, at der kan foretages en senere evaluering af indsatserne (2012). *Kom Godt I Gangs* formål søges indfriet og evalueret gennem følgende succeskriterier:

Succeskriterier for *Kom Godt I Gang*

1. At der bliver opsporet omkring 60 udsatte gravide pr. år ved hjælp af screeningssamtalen.
2. At de udsatte gravide ved hjælp af indsatserne opnår en højere mestringsevne og forældrekompetence gennem projektets metoder og indsatser.
3. At det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde styrkes, og der udvikles nye metoder i arbejdet med de udsatte gravide fremadrettet (Buhelt, 2014, s. 7).

Projektets første succeskriterium stemmer overens med formålet om at afprøve et systematisk og metodisk screeningsværktøj til opsporing af de sårbare gravide. Hjørring Kommune har omkring 600 fødsler årligt, og det angives, at projektets målgruppe udgør 10 procent heraf, og på baggrund heraf er der opstillet et succeskriterium om at opspore 60 sårbare gravide årligt (Buhelt 2014). Det er projektets overbevisning, at de sårbare gravide opspores og rekrutteres i sådan en grad, som lever op til projektets succeskriterium (fortroligt dokument²). Dog er kun 94 sårbare gravide blevet visiteret til projektet i perioden september 2013 til juni 2015 (fortroligt dokument), hvilket betyder, at det første succeskriterium ikke er fuldt opnået, da projektet burde have opsporet 110 sårbare gravide. Succeskriteriets manglende indfrielse kan, ifølge et dokument fra *Kom Godt I Gang* skyldes, at der ses et fald i antal fødsler i kommunen i den pågældende periode (fortroligt dokument), dog redegøres der ikke for det præcise fald i antallet heraf. Det kan overvejes, om den lavere visitering af sårbare gravide til *Kom Godt I Gang* kan relateres til den manglende effektevaluering af

² Fortroligt dokument henviser til et dokument udarbejdet af *Kom Godt I Gang*, og fremadrettet når der henvises til fortroligt dokument, så er der tale om dette dokument.

projektets screeningsværktøj, hvorigennem sårbare gravides opspores, eller om det er udtryk for velfungerende borgere, hvor færre er sårbare gravide.

Projektets andet succeskriterium omhandler, at målgruppen skal opnå højere mestringsevne og forældrekompetence gennem indsatsen. Der foreligger ikke oplysninger om, hvorledes det andet succeskriterium ønskes undersøgt. Det fremgår af det fortrolige dokument, at vurderingen af det andet succeskriterium bygger på jordemødrenes og sundhedsplejerskernes fornemmelser og tilkendegivelser, hvor det fremhæves, at de sårbare gravide og deres familier har stor gavn af projektet i forhold til øget mestringsevne og forældrekompetence. Derudover påpeges det, at der sker en markant udvikling af de sårbare gravide, hvor de opnår forøget motivation og selvværd, og bliver bedre til at forholde sig til barnet, sig selv og partner (fortroligt dokument). Det andet succeskriterium bliver således vurderet ud fra fagpersonernes perspektiv og ikke ud fra de sårbare gravides. Ifølge Timm adskiller borgerperspektivet sig fra de sundhedsprofessionelles perspektiv ved, at borgernes perspektiv er subjektive, og tager udgangspunkt i den enkeltes livssituation, hverdagsliv og tidligere erfaringer, mens de sundhedsprofessionelles perspektiv i højere grad har fokus på sygdom og behandling (2013). Som det fremgår af et dokument fra *Kom Godt I Gang*, indgår borgerperspektivet ikke i indsatsen, og vurderingen bygger i stedet på jordemødrenes og sundhedsplejerskernes fornemmelser (fortroligt dokument). De fagprofessionelles perspektiv er således det dominerende i indsatsen. I forlængelse heraf påpeger Timm, at borgerperspektivet undertrykkes i den professionelle sektor, selvom borgerperspektivet er det afgørende i den enkeltes hverdagsliv (1997), hvilket også gør sig gældende i *Kom Godt I Gang*. Undersøgelse af de sårbare gravides perspektiv på *Kom Godt I Gang* kan give indblik i tilsigtede og utilsigtede konsekvenser, da sårbare gravide besidder viden og erfaring med indsatsen, som vurderes at kunne bidrage til udvikling heraf, hvilket ligeledes påpeges af rapporten af Andersson, som påpeger, at inddragelse af borgerperspektivet styrker indsatsen målrettet sårbare gravide (2014).

Der er i *Kom Godt I Gang* stort fokus på at evaluere det tredje succeskriterium, som har til hensigt at styrke det tværfagligt og tværsektorielle samarbejde, og yderligere at udvikle nye metoder, der skal bidrage til det fremtidige arbejde med sårbare gravide (Buhelt 2014). Dette stemmer overens med projekts formål, og yderligere stemmer det overens med satspuljens formål omhandlende udvikling og afprøvning af nye samarbejdsformer og -metoder med fokus på at styrke det tværfaglige samarbejde i arbejdet med sårbare gravide (Sundhedsstyrelsen 2012). Det fremgår, at *Kom Godt I Gang* har opnået et øget samarbejde med kommunale og regionale instanser, hvor det blandt andet fremhæves, at samarbejdet med børnefamilieafdelingen i kommunen er væsentligt styrket (fortroligt dokument). Her fremhæves det blandt andet, at samarbejdet mellem sundhedsplejerskerne og jordemødrene er velfungerende og udviklende, og at der opleves gensidig respekt for hinandens styrker. I forhold til det tværsektorielle samarbejde er den generelle

holdning, at fokus og forståelse af de sårbare gravide har rykket sig i de involverede forvaltninger, men at det stadig er svært at få involveret almen praksis (fortroligt dokument). På nuværende tidspunkt bygger vurderingen af det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde på udsagn fra *Kom Godt I Gang*, og der foreligger således kun projektets perspektiv herpå.

Afrunding

På baggrund af ovenstående analyse af *Kom Godt I Gangs* formål og succeskriterier vurderes det, at der, som ved mange andre tilsvarende projekter, er behov for en mere systematisk og omfattende evaluering af projektet. Der er i analysen fundet et behov for, at de sårbare gravides perspektiv på indsatsen inddrages, for at kunne undersøge de tilsigtede og utilsigtede konsekvenser og eventuelle ukendte effekter heraf, hvorved indsatser målrettet sårbare gravide kan styrkes.

2.5 Afgrænsning

Arbejdet med sårbare gravide er et område med sundhedsfaglig, samfundsmæssig og politik prioritering, og der igangsættes mange indsatser målrettet sårbare gravide, men grundet utilstrækkelig evaluering og manglende inddragelse af borgerperspektivet, så forbliver såvel tilsigtede som utilsigtede konsekvenser af indsatserne ukendt. Dette er ligeledes fundet at være gældende for Hjørring Kommune og Regionshospital Nordjyllands projekt, *Kom Godt I gang*, og projektet vil fremadrettet anvendes som case i specialet. Fundene fra casestudiet forventes at have generel folkesundhedsvidenskabelig relevans, da der, som beskrevet, ikke er tale om en enkeltstående problematik i form af manglende evaluering og dokumentation. Særligt inddragelse af borgerperspektivet, som kan bidrage til at belyse både tilsigtede og utilsigtede konsekvenser ved en indsats, er mangelfuld, og herved vides ikke, om de indsatser, der igangsættes og videreføres faktisk har effekt eller ej, og om de måske ligefrem gør mere skade end gavn hos de sårbare gravide. På denne baggrund findes det relevant at inddrage de sårbare gravides oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*. Det forventes, at specialets fund kan bidrage til forandring af fremtidige indsatser målrettede sårbare gravide.

3. Problemformulering

Specialets formål er at udarbejde anbefalinger til politikere, sundhedsorganisationer, kommuner, praktikere og sårbare gravide, hvilket skal bidrage til et evidensbaseret løft af arbejdet med indsatser målrettet sårbare gravide. Dette med udgangspunkt i et casestudie af projekt *Kom Godt I Gang*, som støttes op af videnskabelig evidens på området. Anbefalingerne udarbejdes med udgangspunkt i inddragelse af borgerperspektivet, hvor sårbare gravides oplevelser skal bidrage til at sikre den gravide og barnets sundhed og trivsel, med relevans for det folkesundhedsvidenskabelige felt.

Specialets formål søges belyst gennem følgende problemformulering:

Hvordan kan de sårbare gravides oplevelser af at deltage i projekt Kom Godt I Gang bidrage til at påpege forandringspotentiale i indsatser målrettet sårbare gravide?

Problemformuleringen ønskes besvaret med udgangspunkt i følgende forskningsspørgsmål:

1. Hvordan oplevede de sårbare gravide at blive henvist til *Kom Godt I Gang*, og hvad lå til grund for indvilligelse i at deltage?
2. Hvilke forventninger havde de sårbare gravide til udbyttet af at deltage i *Kom Godt I Gang*, og hvordan opleves det faktiske udbytte?

4. Videnskabsteoretisk position

Følgende afsnit har til formål at belyse de videnskabsteoretiske antagelser, som danner baggrund for specialets problemformulering, metodologi og derigennem specialets resultater.

Specialets problemformulering søger at undersøge de sårbare gravides oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*, og at opnå forståelse og indsigt i de gravides holdninger og erfaringer, hvorved der kan påpeges et forandringspotentiale i indsatser målrettet sårbare gravide. Herved indplacerer specialet sig indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme, hvor forskeren søger at opnå viden om et bestemt fænomen ud fra de udforskedes perspektiv (Launsø et al. 2011). Under det fortolkningsvidenskabelige paradigme hører den fænomenologiske-hermeneutiske videnskabsteoretiske position, hvorudfra specialets problemformulering søges besvaret.

Den fænomenologiske position kommer til udtryk i problemformuleringen ved, at der er fokus på de sårbare gravides oplevelse af at deltage i *Kom Godt I Gang*, hvilket kan relateres til fænomenologiens formål, som ifølge Kristensen er at beskrive den menneskelige bevidsthed og livsverden (Kristensen 2012). En fænomenologisk tilgang er relevant, hvis det, der undersøges, er ukendt for forskeren (Juul 2012a). Da ingen af specialets gruppe-medlemmer har særlig kendskab til og erfaring med sårbare gravides problemstillinger og livsverden, vil en åben tilgang til de gravide være nødvendig for at kunne sætte sig ind i og forstå deres livsverden. Udgangspunktet i den fænomenologiske tilgang er den levede erfaring, hvor der gives plads til at udfolde en kompleks og mangefacetteret virkelighed (Kristensen 2012). Hermed tilgås de sårbare gravide med en åbenhed, der tillader, at den enkeltes livsverden udforskes i dybden med bevidsthed om, at denne kan være kompleks. Komplexiteten opstår, fordi individ og livsverden ikke kan ses adskilt, da den levede erfaring opstår i en kontekst (Kristensen 2012). Den levede erfaring i *Kom Godt I Gang* søges undersøgt gennem semistrukturerede interviews, hvor der med afsæt i den fænomenologiske position er fokus på en åben tilgang, som har til hensigt at få informanterne til at dele følelser, oplevelser, tanker og handlinger. Dette fordrer en stor ydmyghed fra forskerens side, da den udforskedes oplevelser, tanker og handlinger må tilgås med åbenhed. Dette betyder, at forskerens forforståelse må sættes i parentes, hvorved forskerens teoretiske og videnskabelige forståelse, erfaringer og hypoteser samt formodninger fra hverdagslivet tilsidesættes (Kristensen 2012; Malterud 2011). Specialegruppens forforståelse udspringer af en folkesundhedsvidenskabelig interesse for problemfeltet, og yderligere er forforståelsen påvirket af gruppens faglige baggrunde og personlige erfaringer. Det er afgørende at være sig sin forforståelse bevidst og samtidig sikre, at denne ikke er styrende i forståelsen af de sårbare gravides livsverden, således, at forskeren kan gå åbent til fænomenet. Herved anerkendes, at de sårbare gravide er eksperter på egen livsverden, hvilket ifølge Juul fordrer, at forskeren må møde feltet så åbent som muligt, og at udgangspunktet for undersøgelsen derved må være at aktivere informanternes erfaringer (2012a).

Problemformuleringen har videre til formål, at den indsamlede empiri kan bidrage til et forandringsperspektiv, som kan anvendes i fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide, og undersøgelsen har dermed ikke kun relevans for *Kom Godt I Gang*. Hertil findes den hermeneutiske position, med fokus på forståelse og fortolkning, anvendelig, idet hermeneutikken adskiller sig fra fænomenologien ved at gå bag om udsagn eller handlinger og i stedet fortolke på, hvorfor der bliver sagt eller handlet, som der gør (Dahlager & Fredslund 2012; Højberg 2009). Denne fortolkning bidrager til, at der kan drages paralleller til det generelle arbejde med sårbare gravide, hvorved den hermeneutiske position danner udgangspunkt for analyse af den indsamlede empiri fra interviewene. Forståelsen af de sårbare gravides oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang* sker i mødet mellem to horisonter, som dels består af de sårbare gravides beskrivelser og derudover af forskerens forståelseshorison, som ifølge Højberg består af forforståelse og fordomme (2009). Forforståelse refererer til, at der altid vil ligge en tidligere forståelse forud for ens nuværende forståelse, og et fænomen kan derfor ikke tilgås forudsætningsløst. Fordomme skal ikke forstås negativt, men vedrører ”den bagage” der er med fra tidligere, og som vil påvirke ens forståelse af verdenen (Højberg 2009). I mødet mellem de to horisonter sker der en horisontsammensmeltning (Dahlager & Fredslund 2012; Højberg 2009), hvorved der skabes en ny forståelse. Også her er det derfor væsentligt, at specialegruppens forforståelse ikke bliver for styrende, da dette ifølge Juul giver plads til, at en horisontsammensmeltning kan finde sted, og viden kan udvikles (Juul 2012b).

Der ligger inden for hermeneutikken op til, at teori anvendes som redskab til fortolkning af den indsamlede empiri (Dahlager & Fredslund 2012), hvilket vurderes at styrke fundenes analytiske generaliserbarhed. Det planlægges i specialet at inddrage teori og videnskabelig litteratur i fortolkningen af de sårbare gravides oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*, da dette forventes at kunne hæve fundene fra interviewene op på et højere niveau og udover den enkelte kvinde i undersøgelsen. Det bliver på den baggrund muligt at anvende fundene i fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide. Dog har inddragelsen af teori samtidig en begrænsning i forhold til, at anvendelse af en specifik teori ikke har ubegrænset forklaringsværdi, og ens fortolkning vil dermed afhænge af den valgte teori (Dahlager & Fredslund 2012), og anvendelse af en anden teori i specialet vil derfor bidrage med en anden forklaring og fortolkning.

4.1 Forforståelse

Det fremgår af ovenstående, at forskerens forforståelse både spiller en væsentlig rolle inden for den fænomenologiske og hermeneutiske position, og specialegruppens forforståelse samt håndtering heraf både før, under og efter udførelse af interviewene, vil derfor blive udfoldet nærmere i det følgende.

Som nævnt i ovenstående, er specialegruppens forforståelse præget af en folkesundhedsvidenskabelig interesse for problemfeltet. Kamper-Jørgensen & Jensen definerer folkesundhedsvidenskab på følgende måde: ”Folkesundhedsvidenskab bidrager til det videnskabelige grundlag for at forbedre befolkningens sundhed...” (2009, s. 32). Heraf fremgår, at fokus er på et befolkningsniveau frem for på det enkelte

menneske, hvilket medfører, at der laves antagelser om bestemte befolkningsgruppers sundheds- og sygdomsadfærd ud fra tendenser, som afspejles i samfundet. Otto angiver, med relevans herfor, at:

”... når man arbejder professionelt med fremme af sundhed, er det vigtigt ikke at gå ud fra, at der er en universel betydning af sundhed, men i stedet have sin opmærksomhed rettet mod de kulturelt forskellige dagligliv, som sundhed indgår i. Hvad der udpeges som et vigtigt element i sundheden, bestemmes af den hverdagspraksis, man lever i” (Otto 2009, s. 46).

Citatet tydeliggør, at sundhed er en kompleks størrelse, og at mange komponenter kan ligge til grund for den enkeltes sundhedsadfærd, hvilket står i kontrast til det omtalte fokus på sundhed ud fra et befolkningsniveau. Det fremhæver desuden vigtigheden af, at specialegruppen ligeledes forholder sig til individniveauet, hvor den enkeltes hverdagsliv får plads. Den folkesundhedsvidenskabelige interesse danner baggrund for specialets problemformulering og besvarelsen heraf, men der er samtidig bevidsthed om, at interviewundersøgelsens informanter er individer, som hver især har en hverdagspraksis. Dette vil sige, det liv, individerne lever hver dag (Bech-Jørgensen 1994), og som vil influere på deres erfaringer med deltagelsen i *Kom Godt I Gang*.

Foruden den folkesundhedsvidenskabelige interesse, som influerer på forforståelsen, så har arbejdet med specialets problemanalyse ligeledes indvirkning, og der er gennem dette arbejde skabt en forståelse og et billede af at være sårbar gravid. Dette skaber en risiko for, at specialegruppen ser sårbare gravide, som indgår i specialets interviewundersøgelse, i lyset af den forståelse og det billede, som er opstået gennem problemanalysen. Specialegruppen er bevidst om, at denne forforståelse ikke er gavnlig i forbindelse med interviewundersøgelsen, da ”sårbarhedsprædikamentet” derved begrænser specialegruppen i at se det hele menneske både før, under og efter interviewene. Der er opmærksomhed på, at informanterne ses som kvinder og mødre, der kan have almindelige problemstillinger, ressourcer, ønsker og håb, tilsvarende andre kvinder og nybagte mødre. Fremadrettet i specialet vil informanterne derfor blot benævnes kvinder.

Specialegruppen har arbejdet med at bevidstgøre deres forforståelse ved at ekspliciter og diskutere medlemmernes individuelle forforståelse i gruppen, og derigennem skabe opmærksomhed på hinandens forforståelse, ved at udfordre denne gennem spørgsmål.

5. Metode

I det følgende gennemgås specialets metodologi, som danner rammen for besvarelse af specialets problemformulering. Indledningsvist redegøres der for studiedesign, og herunder hvorledes casestudiedesignet er anvendeligt til at udforske det aktuelle problemfelt. Dernæst redegøres for specialets metoder, hvor en semistruktureret interviewundersøgelse anvendes til undersøge kvinders oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*, som udgør specialets case. Til sidst redegøres der for den systematiske litteratursøgning, som skal bidrage til at brede de empiriske fund ud til en bredere kontekst, hvorved der kan udarbejdes et forandringsforslag til fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide.

5.1 Casestudie

Specialets problemformulering har til formål at udforske kvinders oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*. Hertil er casestudiedesign fundet anvendeligt, da casestudiet i særlig grad er egnet til at indfange sociale processer, og sætte det sociale liv under lup i en bestemt case (Launsø et al. 2011; Antoft & Salomonsen 2007), hvilket skal bidrage til at besvare specialets problemformulering. Casestudiet søger at opnå en dybdegående forståelse af et fænomen igennem omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning af fænomenet i sin helhed og kontekst, og er særligt relevant, når fænomenet ikke lader sig skarpt afgrænse fra den kontekst, som fænomenet er en del af (Launsø et al. 2011; Yin 1994). Casestudiedesignet fordrer således mulighed for at inddrage konteksten i undersøgelsen af kvindernes oplevelser, som er fokus i specialet. Dette giver mulighed for at relatere kvindernes oplevelser til specifikke elementer i *Kom Godt I Gang* og til deres hverdagsliv. Yderligere fremhæver Antoft & Salomonsen, at en case ikke kan betragtes uafhængig af omverdenen (2007), hvilket medfører, at kvindernes oplevelser yderligere skal ses i lyset af forhold i samfundet, som for eksempel konstruktionen af de sårbare gravide som risikogruppe i kraft af, at de udgør en øget sygdomsbyrde for samfundet.

Der er i specialet taget udgangspunkt i en single case, da specialets fokus er på et enkeltstående projekt. Ifølge Antoft & Salomonsen er det ikke muligt at afdække alle sider af en case, og et fikspunkt må derfor defineres, hvilket kan relateres til Yin's definition af en indlejret case (2007; 1994). I specialet udgøres fikspunktet af kvindernes oplevelser af deltagelse i *Kom Godt I Gang*, og der er derfor tale om en indlejret case med fokus på borgerperspektivet.

Casestudiet begrænser sig ikke til bestemte datakilder, og da der tilstræbes en omfattende og dybdegående beskrivelse af fænomenet, vil inddragelse af flere datakilder være medvirkende til at give et mere nuanceret billede af det fænomen, som undersøges (Antoft & Salomonsen 2007). I specialet inddrages semistrukturerede interviews samt dokumentindsigt i beskrivelsen, analysen og fortolkningen af casen. Inddragelse af flere datakilder medfører, ifølge Launsø et al., i kombination med den praksisnære tilgang, en høj grad af autenticitet i undersøgelsen (2011). Den praksisnære tilgang medfører behov for en åbenhed

overfor nye informationer og retninger, som ikke var overvejet ved forskningsprojektets start (Launsø et al. 2011; Antoft & Salomonsen 2007), hvilket søges imødekommet i den fænomenologiske tilgang til interviewene.

Antoft & Salomonsen fremhæver fire forskellige typer af kvalitative casestudier, herunder blandt andet ateoretiske og teorifortolkende casestudier, hvor det overordnede formål med begge er at opnå ny viden. Casestudiet er ofte mangefacetteret, og kan indeholde elementer fra flere casestudietyper, og en skarp afgrænsning af casestudiet til én bestemt type er derfor ikke altid mulig (Antoft & Salomonsen 2007). Da specialet har til hensigt at opnå viden om, hvordan kvinders oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang* kan bidrage til at påpege forandringspotentialer i fremtidige indsatser målrettet gruppen, og dermed genere ny empirisk viden på området, vælges der at tage udgangspunkt i elementer af Antoft & Salomonsens skildring af både ateoretiske- og teorifortolkende casestudier. Antoft & Salomonsen påpeger, at indenfor det ateoretiske casestudie tager den videnskabelige tolkning afsæt i empirisk viden og data, hvor beskrivelser af det sociale liv ønskes fremstillet og forklaret, hvorefter fremstillingen og forklaringen i den enkelte case gøres som genstand for analyse (2007). Den ateoretiske tilgang anvendes i specialets semistrukturerede interviews med kvinder fra *Kom Godt I Gang*, hvor inddragelse af teori udelades, og hvor den fænomenologiske tilgang i stedet er styrende. Den ateoretiske tilgang bidrager således til at opnå beskrivelser af kvindernes oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang* ud fra gruppens livsverden. Ved single cases muliggør den teorifortolkende tilgang en diskussion af generaliserbarheden, herunder den analytiske generalisering, i forhold til casens fund. Den teorifortolkende tilgang tager udgangspunkt i eksisterende teorier, hvor teorien blandt andet skaber en struktur for den enkelte case (Antoft & Salomonsen 2007). Det teorifortolkende casestudie findes anvendeligt, og den teorifortolkende tilgang anvendes i analysen af den indsamlede empiri fra interviewene, hvor inddragelse af teori vil danne rammen for analysen, hvorved muligheden for at påpege forandringspotentialer for fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide kan opstå. Dette relaterer sig desuden til specialets hermeneutiske position med plads til forståelse og fortolkning af den indsamlede empiri.

5.2 Interviewundersøgelse

Den semistrukturerede interviewundersøgelse er anvendelig til at undersøge kvindernes oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*, og dermed besvare forskningsspørgsmålene, da metoden kan bidrage til at indsamle data og generere viden om kvindernes oplevelser. Da interviewundersøgelsens informanter udgøres af en sårbar gruppe, og da mulige følsomme emner ikke kan undgås under interviewet, er individuelle interviews anvendelige (Christensen et al. 2007), blandt andet for at sikre, at informanterne føler sig trygge i situationen, og at der fortælles åbent. Den semistrukturerede tilgang er anvendelig inden for den fænomenologiske position, da den sikrer åbenhed for, at informantens udsagn forfølges (Kristensen 2012).

Dette skal bidrage til at opnå viden og forståelse for kvindernes oplevelser, tanker og handlinger af at have deltaget i *Kom Godt I Gang*.

De følgende afsnit har til formål at belyse og begrunde de valg, der er truffet i forbindelse med den semistrukturerede interviewundersøgelse. Hertil inddrages blandt andet Kvale & Brinkmanns metodebog *InterView* (2015), da denne har fokus på det fænomenologiske interview og overvejelser i forbindelse hermed. Derudover inddrages elementer fra Christensen et al.'s kapitel *Det kvalitative forskningsinterview*, som vurderes at være foreneligt med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang til interviewundersøgelsen (2007). Yderligere inddrages Tanggaard & Brinkmanns kapitel *Interviewet: Samtale som forskningsmetode*, hvori forskellige videnskabsteoretiske positioners relation til interviewundersøgelsen inddrages (2015), og i specialet fokuseres på elementer, som er forenelige med den fænomenologiske tilgang til interviewundersøgelsen.

5.2.1 Rekruttering af informanter

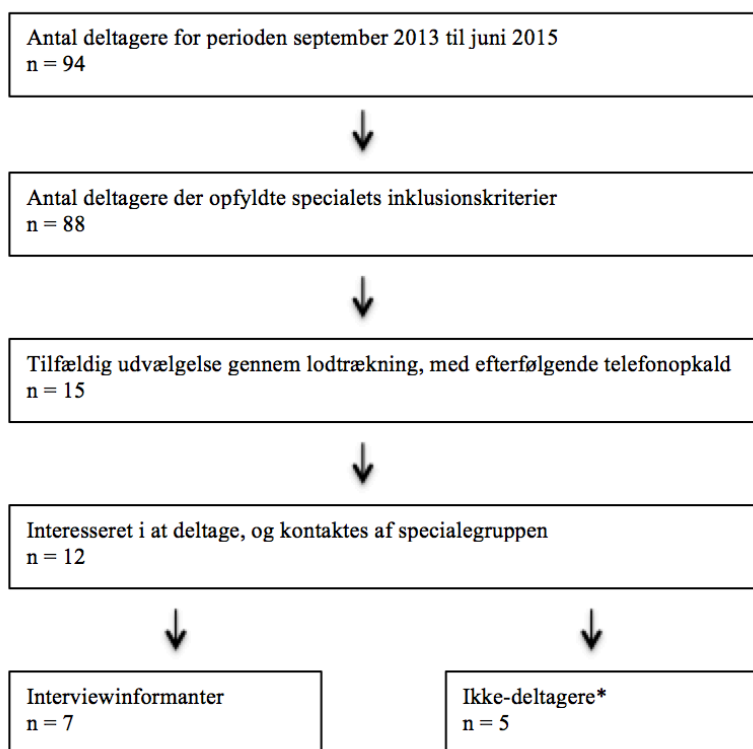
Forinden påbegyndelsen af rekrutteringen af informanter, er der udarbejdet en samarbejdsaftale mellem specialegruppen og *Kom Godt I Gang* (bilag 1). Dette er gjort med henblik på at sikre, at samarbejdet sker i overensstemmelse med det aftalte, således at alle involverede parter arbejder ud fra en fælles forståelsesramme.

Rekruttering af kvinder er sket gennem *Kom Godt I Gang*, hvor projektleder, jordemødre og sundhedsplejersker fra projektet har stået for den indledende kontakt via telefonopkald til mulige informanter, som opfylder specialets inklusionskriterier, som er beskrevet senere i afsnittet. Denne tilgang er valgt på baggrund af Christensen et al.'s anbefaling om, at mulige informanter, særligt når der er tale om en sårbar gruppe, indledningsvist bør orienteres og forespørges om deltagelse af en fagprofessionel, som den mulige informant har tilknytning til (2007), og dermed er tryk ved, hvorved eventuelle usikkerheder og spørgsmål kan imødekommes. Kvinderne udgøres af en sårbar gruppe og har for nylig oplevet en stor omvæltning ved, at de for nylig har født, hvilket ifølge projektlederen fra *Kom Godt I Gang* kan skabe udfordringer i forhold til rekruttering, blandt andet som følge af manglende tillid til udefrakommende. Den indledende kontakt mellem kvinde og fagperson vurderes derfor at kunne øge sandsynligheden for, at kvinden får lyst til at deltage i interviewet, da kvinderne er mere trygge ved fagpersonerne. *Kom Godt I Gang* har derfor ageret gatekeeper i etableringen af den indledende kontakt mellem kvinde og interviewer. Der er bevidsthed om, at gatekeeperen kan påvirke rekrutteringsprocessen, da det er vanskeligt at kontrollere, hvorledes rekrutteringen af kvinderne foregår i praksis. På baggrund heraf er der udarbejdet en kort briefing til fagpersonerne i *Kom Godt I Gang* om, hvordan rekrutteringen ønskedes gennemført, og herunder hvordan formålet med undersøgelsen er blevet præsenteret for de mulige informanter (bilag 2), dette for at øge

sandsynligheden for, at rekrutteringsprocessen er foregået som ønsket, og at kvinderne indledningsvist har indvilliget i at deltage på et informeret grundlag.

Udvælgelse af kvinder er sket gennem tilfældig lodtrækning, som er foretaget af projektleder fra *Kom Godt I Gang*. Lodtrækningen er foregået ved, at fire sundhedsplejerske-jordemoder-teams parvis har udarbejdet en liste over kvinder, som opfyldte specialets opstillede inklusionskriterier, som er beskrevet i nedenstående. Der er fremkommet 88 mulige informanter, som har indgået i den videre lodtrækning, hvilket ses af nedenstående figur 3. En medarbejder er blevet bedt om at nævne 15 tilfældige tal mellem et og 88, hvor hvert tal var tilknyttet en mulig informant. Herefter er de mulige informanter blevet kontaktet af enten den jordemoder eller sundhedsplejerske, som de har været tilknyttet i *Kom Godt I Gang*. Derefter er der fremsendt kontaktinformation til specialegruppen på de 12 kvinder, som har indvilliget i, at specialegruppe måtte overtage den videre kontakt. Den indledende kontakt er sket gennem en SMS til kvinden, hvor det er angivet, at vedkommende vil blive kontaktet af et medlem fra specialegruppen med henblik på at blive informeret om og aftale et tidspunkt for interview (bilag 2). Det bestræbes, at det er det samme gruppemedlem, som tager den indledende kontakt, og senere foretager interviewet med den pågældende kvinde. Dette for at sikre kontinuitet og for at skabe en god indledende relation.

Følgende figur viser rekrutteringsprocessen af informanterne;



Figur 3: Rekruttering af informanter til interviewundersøgelse. *Af de fem ikke-deltagere meldte to fra grundet sygdom og ønskede ikke at finde en ny tid, mens tre ikke besvarede specialegruppens henvendelser.

Som det ses af figur 3, har syv informanter indvilliget i at deltage i interviewundersøgelsen, mens fem af de 12, som indledningsvist udviste interesse herfor, enten ikke har været kontaktbare eller er sprunget fra grundet sygdom. Ifølge Tanggaard & Brinkmann vil forskningsprojekter typisk bygge på omkring 10-20 informanter, men dette vil altid afhænge af undersøgelsens rammer, varighed og ressourcer, hvor det understreges, at kvalitet i interviewundersøgelsen må komme før kvantitet. Ideelt set må forskeren fortsætte med at interviewe, indtil datamætning er opnået, hvorved yderligere interviews ikke bidrager til, at der fremkommer nye synspunkter (Tanggaard & Brinkmann 2015), hvorved angivelse af et præcist antal informanter på forhånd er vanskeligt. Ifølge Christensen et al. anvendes ofte strategisk udvælgelse i det kvalitative forskningsinterview, da formålet er at beskrive et fænomen så nuanceret og varieret som muligt (2007). Den strategiske udvælgelse er fravalgt i specialet, da specialegruppen ikke har mulighed for at opnå et tilstrækkeligt forhåndskendskab til kvindernes karakteristika samt kompleksiteten og nuancerne heraf, hvilket vanskeliggør en fastsættelse af kriterier for en strategisk udvælgelse af informanter til undersøgelsen. Der er, som nævnt, valgt en tilfældig udvælgelse i specialet, og strategien kan være med til at begrænse ulemperne ved rekruttering med en gatekeeper, som er direkte involveret i den indsats, der undersøges, hvilket eksempelvis kunne være, at denne bevidst eller ubevidst kom til at påvirke, hvilke kvinder, der indvilligede i at deltage i interviewundersøgelsen. Dog er det centrale for en god informant, at vedkommende besidder den nødvendige viden og indsigt, hvilket alle kvinderne, i kraft af deres tidligere deltagelse i *Kom Godt I Gang*, lever op til.

Der er opstillet en række inklusionskriterier for udvælgelse af kvinder til interviewundersøgelsen i nedenstående;

- Kvinderne skal have deltaget i *Kom Godt I Gang*, og skal have født for minimum tre måneder siden, da det ønskes at opnå en belysning af kvindernes oplevelser af det samlede forløb. Derudover er en tre måneders grænse efter fødsel valgt ud fra en samtale med projektleder fra *Kom Godt I Gang*, som har vurderet dette som værende passende i forhold til, at kvinderne skulle have overskud efter fødslen til at deltage i interviewene. Der er ikke fastsat en grænse for, hvor længe siden det må være, at kvinderne har deltaget i *Kom Godt I Gang*, da projektet havde opstart i september 2013, og det derfor vurderes at være inden for en rimelig tidsmæssig afgrænsning. Kvinderne formodes derfor stadig at have erindringer om projektet, hvorved meninger, holdninger og erfaringer herom kan udfoldes.
- Kvinderne skal kunne tale, læse og forstå dansk for at kunne deltage, dette for at sikre forståelse og opnå besvarelse af interviewspørgsmålene, hvor manglende ressourcer ikke muliggør anvendelse af tolkebistand. Derudover kan der opstå et etisk problem, hvis kvinden ikke har forstået, hvad vedkommende har givet samtykke til.

- Kvinderne skal være i stand til at gennemføre interviewene, hvilket er særligt væsentligt, da der er tale om en sårbar gruppe, hvor det er afgørende at være opmærksom på kvindernes mentale og fysiske velbefindende, således, at deltagelse i interviewene ikke gør skade på dem.

For at imødekomme inklusionskriterierne er der i den korte briefing til fagpersonerne i *Kom Godt I Gang* gjort opmærksom på disse (bilag 2).

5.2.2 Interviewsetting

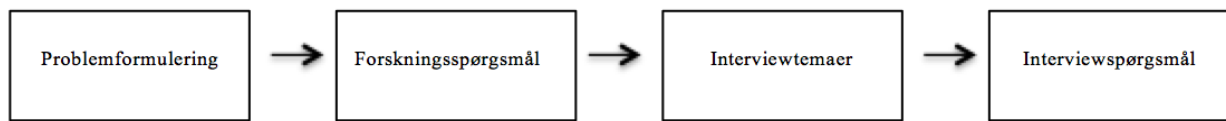
Ifølge Malterud og Christensen et al. er det vigtigt, at der skabes en god relation mellem interviewer og informant, og at informanten føler sig tryk i interviewsituationen (2011; 2007), og derfor er kvinden inddraget i valget af, hvor interviewet skal foregå. Det lades være op til kvinden, om interviewet skal foregå i eget hjem, i et lokale hos *Kom Godt I Gang* eller et tredje sted efter hendes ønske. Christensen et al., angiver, at ved at give informanten mulighed for at bestemme setting, er der samtidig bevidsthed om at undgå en alt for skæv magtrelation, hvor intervieweren træffer alle afgørende beslutninger vedrørende interviewet (2007). Dette underbygger vigtigheden af, at kvinden inddrages i beslutningen om, hvor interviewet skal foregå, for at give kvinden medbestemmelse over situationen.

Endvidere er det ladt være op til kvinden, hvornår interviewet skal foregå for at imødekomme kvindens hverdag og rutiner.

5.2.3 Interviewguide

Forinden udførelse af interviewene er der udarbejdet en interviewguide, som består af en række temaer, der skal afdækkes og forslag til konkrete spørgsmål, hvilket er medvirkende til at sikre, at de fastsatte temaer udforskes (Malterud 2011; Kvale & Brinkmann 2015). Den semistrukturerede tilgang fordrer, at interviewguiden ikke må være for detaljeret, eller at den følges slavisk under interviewene, og det lades være op til intervieweren, hvornår der følges op på informantens svar og de mulige nye retninger, der kan opstå (Kvale & Brinkmann 2015). Derfor vurderer intervieweren løbende i interviewet, hvilke svar, der følges op på hos kvinderne.

Som det ses af nedenstående figur 4, danner problemformuleringen udgangspunkt for en række forskningsspørgsmål, som er nævnt i afsnit 3. *Problemformulering* og på baggrund af disse, er der fremfundet en række interviewtemaer, hvorudfra interviewspørgsmålene udspringer (bilag 3).



Figur 4 Processen for udarbejdelse af interviewspørgsmål til interviewguiden.

Forskningsspørgsmålene har en akademisk karakter, hvorimod interviewspørgsmålene er formuleret i et dagligdagsprog (Kvale & Brinkmann 2015), hvilket er illustreret i nedenstående figur 5, hvor det fremgår, hvilke interviewspørgsmål, der skal bidrage til at besvare det første forskningsspørgsmål.

1. Forskningsspørgsmål: Hvordan oplevede de sårbare gravide at blive henvist til projekt *Kom Godt I Gang*, og hvad lå til grund for indvilligelse i at deltage?

Interviewtema:	Interviewspørgsmål:
Visitation til <i>Kom Godt I Gang</i>	Hvordan oplevede du at blive tilbudt at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i> ? <ul style="list-style-type: none"> • Synes det, at det gav mening for dig at blive tilbudt at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i>? • Hvilke tanker gjorde du dig om at sige ja til at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i>?

Figur 5 Eksempel på, hvordan et forskningsspørgsmål søges besvaret i interviewene (bilag 3).

Hvert af interviewguidens temaer er indledt med et eller flere indledende spørgsmål, som for eksempel; ”Hvordan oplevede du at blive tilbudt at deltage i *Kom Godt I Gang*?” (bilag 3). Ifølge Kvale & Brinkmann har indledende spørgsmål til formål at opfordre informanten til at fortælle bredt om temaet (2015), hvilket er i overensstemmelse med den fænomenologiske tilgang, hvor der er fokus på at lade kvinden fortælle åbent. Kvindernes udsagn forfølges gennem opfølgende, sonderende og specificerende spørgsmål, hvilket ifølge Tanggaard & Brinkmann har til formål at forfølge informanternes svar, hvorved deres oplevelser udforskes (2015). I den forbindelse er der udarbejdet en række underspørgsmål i interviewguiden, som i figur 5 er angivet med punkter. Disse er blot forslag til interviewer, og er anvendt, såfremt de er fundet meningsfulde i den aktuelle interviewsituation. Brug af *hvorfor*-spørgsmål er begrænset i interviewguiden, da mange *hvorfor*-spørgsmål, ifølge Kvale & Brinkmann kan føre til et overreflekteret interview, og kan medføre ubehag hos informanten, da denne kan føle sig udspurgt og konfronteret (2015). Videre understreges det, at *hvorfor*-spørgsmål kan være anvendelige, men at de helst bør udsættes til interviewets slutning (Kvale & Brinkmann 2015; Kristensen 2012).

Der foretages ikke pilotinterview, da det vurderes at være vanskeligt at finde en egnet informant hertil, da vedkommende skal have deltaget i *Kom Godt I Gang*, for at et pilotinterview med vedkommende findes relevant. Da rekruttering af kvinder fra projektet er forbundet med udfordringer, og det dermed vil være vanskeligt at rekruttere en informant til pilotinterview, så er det i stedet valgt at følge Christensens et al.’s

anbefaling om, at vurdere og eventuelt justere interviewguiden efter første interview, men samtidig anvende data fra dette interview, da det fortsat må antages at bidrage med vigtig viden (2007).

5.2.4 Gennemførelse af interview

Interviewene er indledt med en briefing, hvor formålet med undersøgelsen og rammerne for interviewet er gennemgået for kvinderne (bilag 3). Her er det blandt andet understreget, at kvinden til enhver tid kan trække sig fra undersøgelsen, og kan svare på de spørgsmål, som kvinden har lyst til. Ifølge Christensen et al. er dette væsentligt, for at skabe en fælles ramme for interviewet (2007). Dette skal yderligere bidrage til, at informanterne føler sig trygge i interviewsituationen og til, at der skabes en god kontakt mellem informant og interviewer (Malterud 2011; Kvale & Brinkmann 2015). Inden påbegyndelse af selve interviewet er der underskrevet en samtykkeerklæring om, at indholdet i briefinggen er forstået (bilag 4).

Der er to af specialegruppens medlemmer til stede under interviewene, hvor det har været muligt, og én har fungeret som interviewer, og den anden som observatør. Observatøren har forholdt sig forholdsvist passivt under interviewene, og vedkommendes primære opgave har været at tage notater og stille enkelte supplerende spørgsmål ved behov. Tilstedeværelse af to gruppemedlemmer begrundes i, at disse har sparsom erfaring med udførelse af interviews, og dermed vil tilstedeværelse af to give støtte og tryghed i de første interviews. Yderligere indgår der et læringselement i processen, hvor gruppemedlemmerne kan drage nytte og erfaringer af hinanden. Kvinderne er forinden interviewene blevet spurgt om tilladelse til, at der er to gruppemedlemmer til stede under interviewet, og under den indledende briefing er der redegjort for rollefordelingen under interviewet.

Intervieweren har under hele interviewet haft fokus på at etablere og bevare en god kontakt og skabe trygge rammer, og dette er ifølge Christensen et al. en forudsætning for, at informanten har lyst til at dele sine oplevelser, erfaringer og meninger (2007). Der er under interviewet bevidsthed om den ulige magtrelation mellem interviewer og informant, hvilket i følge Christensen et al. blandt andet opstår ved, at det er intervieweren, som definerer interviewsituationen, stiller spørgsmål og afgør, hvilke udsagn, der følges samt afslutter samtalen (2007). Det ulige magtforhold er søgt imødekommet ved, at der er givet plads til kvindens udsagn. Der var forinden interviewene bevidsthed om, at kvinderne kan have komplicerede livssituationer eller historier, som kan betyde, at de føler behov for at fortælle om emner, der ikke i situationen er relevant for interviewundersøgelsen. Intervieweren var bevidst om at være lyttende, og lade kvinden fortælle færdig, før samtalen blev ledt videre.

Som afslutning på interviewet er der afrundet med en debriefing, hvor der er givet mulighed for, at kvinden kunne bringe emner op, som ikke er blevet belyst i interviewet (bilag 3). Derudover blev kvinden opfordret til at tage kontakt til specialegruppen på hvilket som helst tidspunkt, hvis hun føler behov for at supplere sine udsagn eller har spørgsmål.

5.2.5 Datahåndtering

Interviewene er optaget med diktafon, da det ifølge Kvale & Brinkmann herved sikres, at interviewene er detaljeret dokumenteret, og interviewerens hermed kan fordybe sig i samtalen, og vente med fortolkning til efterfølgende (2015). Yderligere muliggør optagelsen, at alle gruppe-medlemmer kan bidrage til fortolkning og analyse af interviewene.

De optagede interviews er transskriberet ved brug af lydafspilningssoftwaren *Express Scribe Transcription Software Pro*, som er anvendelig til transskribering af lydoptagelser (NCH software n.d.). For at sikre ensartethed, er der forud herfor formuleret retningslinjer for transskriptionerne (bilag 5). Retningslinjerne for transskriptionerne er udarbejdet med inspiration i Launsø et al., som har fokus på mening, og hvor talevaner som ”øh”, ”altså” med videre undlades (2011), hvorved transskriptionerne bliver mere læsevenlige. Denne tilgang er valgt, da den efterfølgende analyse af interviewene vil have fokus på mening og ikke på sprog, hvorved ordret gengivelse ikke bliver afgørende.

De transskriberede interviews er anonymiseret, og kvinderne er angivet med et andet navn, hvilket anbefales af Kvale & Brinkmann, når der er tale om emner af følsom karakter (2015), og dette skal bidrage til, at anonymitet sikres. Kvinderne er blevet tilbudt at vælge et pseudonavn, og hvis vedkommende ikke har haft et ønske herom, er et navn valgt af specialegruppen. Begrundelsen skal samtidig findes i, at der ønskedes at opnå en righoldig beskrivelse af kvinderne, hvor fokus var på det enkelte menneske, og ikke kun på datagenerering, og således bidrager det opdigtede navn til at fastholde fokus på informanterne som unikke individer. Optagelser og transskriberinger af interviewene er opbevaret utilgængeligt for uvedkommende og er beskyttet af Pc'ens password, for at sikre kvindernes anonymitet. Underskrevne samtykkeerklæringer er opbevaret aflåst under processen.

Computerprogrammet *NVivo Pro 11* er et program til kvalitativ dataanalyse, og er anvendt i analysen af den indsamlede empiri. Programmet er i stand til at håndtere store datamængder, hvor data kan gemmes og opbevares et samlet sted, hvor kodningen af interviewene kan finde sted (Aalborg Universitet n.d.).

5.2.6 Analysestrategi

Den indsamlede empiri fra interviewene er analyseret ud fra en hermeneutisk analysestrategi, hvor der er taget udgangspunkt i Dahlager & Fredslunds hermeneutiske analysestrategi, som består af fire trin; *1. helhedsindtrykket, 2. meningsbærende enheder identificeres, 3. operationalisering samt 4. rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning*, hvor formålet er at analysere det indsamlede empiri og opnå ny forståelse heraf. Trinnene *helhedsindtrykket* og *meningsbærende enheder identificeres* relaterer sig til en fænomenologisk tilgang, og er inspireret af Giorgis fænomenologiske metode, hvilket fordrer, at forskerens forforståelse ikke må dominere, og skal sættes i parentes (Dahlager & Fredslund 2012). Det søges derfor, at være åben over for teksten i de to første trin i analysen, dette for, at kvindernes udsagn tages for

pålydende. Analysestrategiens tredje og fjerde trin er domineret af den hermeneutiske tilgang, hvor forforståelsen bruges aktivt til at skabe forståelse og fortolkning.

Dahlager & Fredslunds analysestrategi er fundet velegnet til at analysere den indsamlede empiri, da specialet anvender en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang, og den hermeneutiske analyse tillader, at begge tilgange kommer i spil.

I det første trin, *helhedsindtrykket*, er målet at opnå et helhedsbillede af teksten ved at læse teksten eller lytte interviewet igennem. I det andet trin, *meningsbærende enheder identificeres*, er målet at identificere, hvad teksten siger, og i dette trin er der dermed ikke plads til fortolkning af udsagnene. Der er fokus på at opnå meningskategorisering, hvor temaer eller kategorier tildeles meningsbærende enheder, hvilket betyder, at der sker en reducering og strukturering af enhederne, og meningskategorierne kan blandt andet indhentes fra interviewpersonens egen begrebsverden. Det tredje trin er *operationalisering*, og de fremfundne kategorier i det andet trin gennemgås grundigere i dette trin, hvor en mere præcis kategorisering finder sted, og hvor kategorier bliver operationaliseret således, at der er overensstemmelse mellem kategorierne og de meningsbærende enheder (Dahlager & Fredslund 2012). For at opnå overensstemmelse mellem ovenstående, så foretages en gennemgang af kategorierne, hvor de fremfundne kategorier og deres indhold undersøges for gentagelser, om en inddeling af underkategorier er relevant, og om eventuelle kategorier skal slås sammen. Det fjerde og sidste trin i analysestrategien er *rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning*, og trinnet omhandler, hvordan analysen kan ses som et svar på den opstillede problemformulering. I trinnet sammenflettes kategorierne på en ny måde, hvor det centrale er relationen mellem kategorierne, og hvor tydeliggørelsen af et mønster formodentligt vil opstå med et hovedtema, som herunder indbefatter andre temaer eller kategorier. Således finder en rekontekstualisering af teksten sted, hvor der ses på tekstens helhed og den kontekst, som det undersøgte fænomen befinder sig i. Det sidste trin giver således mulighed for at bevæge sig væk fra det specifikke til det generelle og fra tekst til kontekst (Dahlager & Fredslund 2012).

5.2.7 Ethiske overvejelser

Ifølge Brinkmann kan der i den kvalitative forskning opstå etiske problemstillinger gennem hele forskningsprocessen, som forskeren må gøre sig bevidst, da forskningen omfatter det enkelte menneskes subjektive meninger og ytringer, som offentliggøres for andre (2015). I specialet undersøges erfaringer og oplevelser hos kvinder, som har deltaget i *Kom Godt I Gang*, og som af fagpersoner skønnes at være sårbare, hvilket fordrer, at etiske overvejelser må medtænkes i undersøgelsen. I den forbindelse skal der tages højde for mikro- og makroetiske aspekter.

De mikroetiske aspekter omhandler hensyntagen til de personer, som indgår i undersøgelsen, og søges imødekommet ved at sikre informantens samtykke, at sikre informantens anonymitet og ved at hindre, at

informanten skades ved at indgå i interviewet (2015). I specialet er kvindernes samtykke sikret gennem en briefing, debriefing og en samtykkeerklæring (bilag 3, 4). Kvinden er, i den indledende briefing, informeret om specialets formål, og kvinden har bekræftet, at hun frivilligt indgår i interviewet. Derudover oplyses kvinden om, i hvilken grad hendes udsagn anvendes og offentliggøres. Endvidere er kvindens anonymitet sikret ved, at personfølsomme oplysninger ikke afsløres, dette gøres blandt andet ved, at kvinderne får pseudonavne. Inden for den kvalitative forskning er der bevidsthed om, at der kan opstå en konflikt mellem de etiske krav om anonymitet og de grundlæggende principper for den kvalitative forskning (Kvale & Brinkmann 2015), som for eksempel ved, at citater inddrages i specialet, hvorved reliabilitet øges. Forinden anvendelse af interviewcitater i specialet er disse fremsendt og godkendt af kvinderne, hvis de har haft ønske herom. Dette er gjort for at undgå, at kvinderne skades gennem undersøgelsen, ved at kvinderne får mulighed for at trække udsagn tilbage, såfremt de ikke kan stå inde for det sagte.

Yderligere søges princippet om at undgå at skade kvinderne imødekommet ved, at der i den indledende briefing er tydeliggjort, at kvinden er fri til at svare på de spørgsmål, som kvinden har lyst til, og at hun til en hver tid kan trække sig fra undersøgelsen. Endvidere overholdes de mikroetiske forhold i undersøgelsen ved, at *Kom Godt I Gang* ikke har adgang til interviewene eller er medvirkende til at udføre undersøgelsen. Ifølge Kvale & Brinkmann skal de fordele, informanterne kan forvente, opveje de mulige negative konsekvenser, der kan være ved at deltage i undersøgelsen (2015). I specialet kan fordelene for kvinderne være, at deres ytringer og holdninger bliver hørt, og at deres erfaringer bliver delt, hvilket kan bidrage til at forbedre tilbud til andre kvinder. Endvidere er det vigtigt at være bevidst om forskerens rolle, og i den forbindelse er det afgørende, at der opretholdes en professionel distance for at undgå, at kvaliteten af undersøgelsen påvirkes uhensigtsmæssigt. Dette for eksempel ved, at forskeren identificerer sig med informanterne og bliver *"indfødt"* (Kvale & Brinkmann 2015, s.120), eller ved, at forskeren ufrivilligt indtager en terapeutisk rolle (Brinkmann 2015), hvor relationen mellem informant og forsker bliver for nær. Brinkmann understreger i den forbindelse, at *"man skal huske, at mens det i en terapeutisk relation er terapeuten, der hjælper klienten, er det i en forskningsrelation deltageren, der hjælper forskeren"* (2015, s. 476). Intervieweren har undgået at indtage en terapeutisk rolle, ved at der lyttes til kvindernes udsagn, men uden, at der vejledes om sundhedsprofessionelle spørgsmål eller lignende.

De makroetiske forhold omhandler etiske overvejelser set i et samfundsmæssigt perspektiv, og har til formål at klarlægge, i hvilket omfang viden fra forskningsinterviewet kan bidrage til et helhedsbillede (Brinkmann 2015). Udover, at specialets problemformulering har til hensigt at undersøge kvinders oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*, så er hensigten yderligere at bidrage med, hvordan denne viden fremadrettet kan anvendes i planlægningen af fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide. Den indsamlede empiri forventes herved at kunne bidrage til at styrke indsatser målrettet sårbare gravide, hvilket er til gavn for gravide og deres kommende børn, og yderligere forventes det, ud fra Andersson et al., at være gavnligt i et

samfundsøkonomisk perspektiv (2014). Der ses et etisk potentiale i, at den kvalitative forskning formidler svage grupperes ytringer (Brinkmann 2015), men samtidig er der bevidsthed om, at forskningen kan have negative konsekvenser for sårbare gravide generelt, ved at disse kategoriseres og fastholdes som sårbare, og derved potentielt vil kunne føle sig udstillet og stemplet. Undersøgelsens positive effekter vurderes at være større end de potentielt negative konsekvenser, hvorfor undersøgelsen gennemføres.

5.3 Litteraturstudie

I specialet anvendes et systematisk litteraturstudie yderligere som metode for at indsamle relevant viden til besvarelse af specialets problemformulering.

Nedenstående afsnit har til formål at give en belysning af specialets anvendte søgestrategier, for at fremfinde relevant litteratur til kortlægning og bearbejdning af specialets problemfelt. I specialets tidlige fase er der foretaget en indledende, usystematisk søgning til at undersøge specialets initierende problem samt problemanalyse. Efterfølgende er foretaget en systematisk litteratursøgning til belysning af specialets problemformulering, hvor denne, i kombination med interviewundersøgelsen, skal bidrage til at udvikle et forandringsforslag af indsatser målrettet sårbare gravide. Kædesøgning er endvidere anvendt for at identificere yderligere relevant litteratur. Specialets anvendte søgestrategier uddybes i det følgende afsnit.

5.3.1 Indledende søgning

For at opnå indføring i specialets problemfelt og etablere et videnskæssigt fundament for specialet, er der indledningsvist søgt efter relevant litteratur til kortlægning af problemfeltet. Den indledende søgning er foretaget med udgangspunkt i en række fritekstsøgninger i databasen PubMed, via Google samt på forskellige hjemmesider med relevans for emnet, og søgningen har bidraget med rapporter, reviews, studier og anden baggrundslitteratur af dansk og international karakter til belysning af specialets initierende problem og problemanalyse. Der er efterfølgende foretaget en kædesøgning ud fra den fremfundne baggrundslitteratur for at sikre, at mest mulig relevant litteratur er identificeret og medtaget. Foruden indføring i og kortlægning af specialets problemfelt, har søgningen også bidraget til at identificere relevante søgeord og centrale begreber til videre brug i den systematiske litteratursøgning til specialets problembearbejdning.

5.3.2 Systematisk søgning

Den systematiske søgning er blevet foretaget efter den indledende søgning med henblik på at finde relevant litteratur til besvarelse af specialets problemformulering. Søgningen er påbegyndt den 11.04.16 og afsluttet den 18.04.16, og er foretaget i databaserne Cochrane, PubMed, PsycInfo og Sociological Abstracts. Det er valgt at foretage søgningen i både medicinske og sociologiske databaser, da databaserne vurderes at indeholde brugbar litteratur omhandlende specialets problemfelt, hvor det forventes, at kvindernes oplevelser

kan udfoldes gennem litteratur fra PsycInfo og Sociological Abstracts, og hvor interventioner, inden for området, forventes at kunne findes i de medicinske databaser Cochrane og PubMed (bilag 6).

Den systematiske søgning tager afsæt i den indledende søgning, hvor relevante søgeord og centrale begreber er identificeret og anvendt heri. Den systematiske søgning er opbygget som en bloksøgning, hvilket er med til at skabe overblik over relevante søgeord, og at sikre en systematisk og ensartet søgestrategi (Buus et al. 2008). Søgningen består således af fire blokke, som dækker over *gravid*, *sårbar*, *intervention* og *borgerperspektiv*, som ses af figur 6 nedenfor.

Blok 1	Blok 2	Blok 3	Blok 4
Gravid	Sårbar	Intervention	Borgerperspektiv

Figur 6 Litteratursøgningens fire blokke.

5.3.3 Søgestrategi

Overordnet er der i den systematiske søgning anlagt samme søgestrategi i de forskellige databaser, men dette er ikke altid muligt grundet, at der forekommer variation i databaserne.

De fire blokke i figur 6 er kombineret på forskellig vis med den boolske operator *AND* for at indsnævre søgningen, mens søgeordene i hver blok er kombineret med *OR*, for at udvide søgningen (Buus et al. 2008). I den systematiske søgning er der i hver database søgt efter kontrollerede termer, også kaldet Tesaurus-termer (Buus et al. 2008), som angives som MeSH, TermFinder og Thesaurus, afhængig af den enkelte database. I de databaser, hvor det ikke har været muligt at finde søgeordene som kontrollerede termer, er der i stedet søgt på søgeordet som fritekst (bilag 6). Slutteligt er der gjort brug af ”limits” funktion i enkelte databaser, hvor funktionen har været medvirkende til at fjerne unødigt støj i søgningen, for at begrænse antallet af hits.

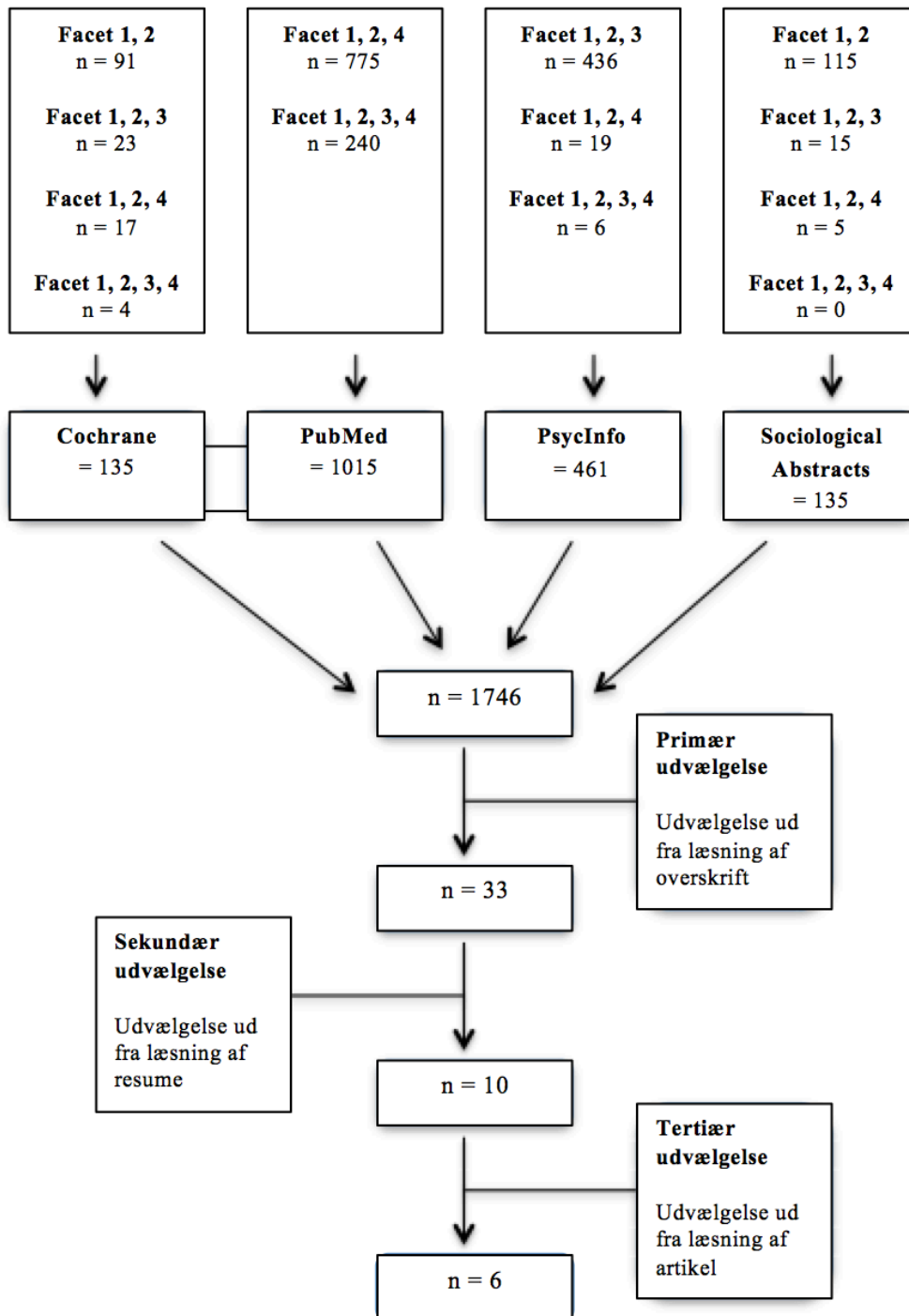
5.3.4 Inklusions- og eksklusionskriterier

Udvælgelse af artikler fra den systematiske søgning er foretaget med udgangspunkt i forskellige inklusionskriterier. Dette er gjort for at sikre artiklernes relevans i forhold til specialets videre bearbejdning. Da specialet undersøger kvinders oplevelser af at deltage i *Kom Godt I Gang*, hvorved der kan påpeges forandringspotentiale i indsatser målrettet sårbare gravide, så inkluderes artikler, som omhandler sårbare gravide. Der er fokus på et borgerperspektiv, hvorfor det prioriteres, at artikler fokuserer på kvinders oplevelser. Både artikler omhandlende sårbare og gravide generelt findes relevante, såfremt artiklerne har generel relevans for graviditetsområdet og kvinders oplevelser forbundet med graviditet. Dette understreger to forskellige informationsbehov, hvor både generel viden om gravide og specifik viden om sårbare gravide vurderes at kunne bidrage med relevant viden til besvarelse af specialets problemformulering. Yderligere er det et inklusionskriterium, at studier skal foregå i vestlige lande, da disse lande vurderes at have en vis sammenlignelighed med Danmark, grundet ligheder i sundhedssystem og gravides udfordringer i forbindelse

med graviditet og tiden efter, trods bevidsthed om, at sundhedsvæsen og kultur ikke er fuldstændigt identiske med den danske.

5.3.5 Udvælgelse og vurdering af litteratur

Ved at kombinere de fire blokke i den systematiske søgning på forskellig vis i de forskellige databaser, er der i alt fremkommet 1646 hits (bilag 6, 7), hvilket er illustreret i nedenstående flowdiagram, som ses af figur 7.



Figur 7 Flowdiagram over litteratursøgningens resultater (bilag 6, 7).

Den primære udvælgelse af de fremkomne hits er foregået ved indledningsvist at læse artiklens overskrift, for at få et umiddelbart indtryk af artiklens relevans for specialets problemfelt. Hvis overskriften fandtes relevant, blev artiklen medtaget til den videre udvælgelse, hvilket førte til 33 artikler. Dernæst er der foretaget sekundær udvælgelse ved at artiklens resume er læst igennem, for at få et dybere indblik i indholdet af artiklen. Blev det vurderet, at artiklen opfyldte de opstillede inklusionskriterier, blev den herefter medtaget til den tertiære udvælgelse. Heraf fremkom 10 artikler. Slutteligt indebar den tertiære udvælgelse af artiklerne, at hele artiklen blev grundigt gennemlæst, hvorefter artiklen blev vurderet efter Kvale & Brinkmanns kvalitetskriterier for kvalitativ metode, som omhandler begreberne *reliabilitet*, *validitet*, *analytisk generaliserbarhed* og *refleksiv objektivitet* (2015), da artikler udelukkende af kvalitativ karakter blev udvalgt, og kvalitetskriterierne derfor blev anvendt for at identificere artiklernes metodologiske kvalitet. Vurderingen af artiklerne fremgår af afsnit 7.3 *Litteraturstudie*, hvor der ses en skematisk præsentation af de udvalgte artikler. Desuden blev artiklernes metodologiske kvalitet yderligere vurderet med hjælp af tjeklisten, *CASP Qualitative Checklist* (CASP UK 2013), for at identificere eventuelle metodologiske fejl. Både kvalitative kvalitetskriterier og tjeklisten er anvendt for at sikre, at artiklerne findes anvendelige i besvarelsen af specialets problemformulering.

I alt førte den tertiære udvælgelse i den systematiske søgning til følgende seks artikler, som medtages i den videre bearbejdning;

- *'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development* (Lupton 2011).
- *Working in partnership: user perceptions of intensive home visiting* (Kirkpatrick et al. 2007).
- *'Me and my Bump': An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women* (Birtwell et al. 2015).
- *Lack of Preparedness Experiences of First-Time Mothers* (George 2005).
- *Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care* (Ebert et al. 2014).
- *A public health perspective of women's experiences of antenatal care: An exploration of insights from a community consultation* (Thomson et al. 2013).

Slutteligt blev der foretaget en kædesøgning ud fra ovenstående seks fremfundne artiklers referencelister, men der fremkom ikke andre relevante artikler, og kædesøgningen bidrog derfor ikke med yderligere artikler.

Nogle af ovenstående artikler er desuden blevet anvendt i specialets problemanalyse for at udfolde problemfeltet og for at få en bredere belysning heraf, og den systematiske søgning har således også bidraget hertil.

6. Teori

I det følgende præsenteres specialets teori, da denne er medvirkende til at forstå og forklare kvindernes oplevelser af at have deltaget i *Kom Godt I Gang*. Indledningsvist redegøres der for teoriinddragelsens formål og tilgang, hvor en abduktiv tilgang er valgt. Efterfølgende redegøres der for Antonovskys teori om *Oplevelse af sammenhæng*, som er fundet relevant i forbindelse med analysen af specialets indsamlede empiri, da teorien skal bidrage til at forstå og forklare kvindernes oplevelser.

Formålet med specialets teoriinddragelse er at kunne nuancere specialets fund fra interviewene, og ifølge Høyer har det at nuancere til formål at få øje på nye fænomener eller sammenhænge i en konstant foranderlig verden, dette uden forventning om, at fænomenerne vil gentages (2007). Der anvendes en abduktiv tilgang med relevans for specialets hermeneutiske analysestrategi, hvor teorien kan bidrage til, at sætte de fundne fænomener ind i en større sammenhæng.

Den abduktive tilgang kan relateres til det, Høyer benævner *dåseåbner*-tilgangen, hvor hensigten er, at teorien skal hjælpe til at indkredse og åbne analysen (2007). I specialet vil teorien blive inddraget i analysen af interviewene, med den hensigt at åbne og analysere de empiriske fund. *Dåseåbner*-tilgangen er en blandingsform mellem den induktive og deduktive tilgang, og det der undersøges, bliver kun muligt at undersøge ved at inddrage teori, men samtidig er der aldrig garanti for, at den valgte teori passer på det undersøgte (Høyer 2007). Derfor udvælges og inddrages teori først efter indsamling af empiri, da det vil være vanskeligt at afgøre på forhånd, hvilken teori, der vil være relevant at inddrage. Dette er desuden i tråd med anvendelsen af den fænomenologiske tilgang til indsamling af empiri, hvor fokus er på at forstå interviewundersøgelsens informanternes udsagn ud fra en åben tilgang, hvilket ikke er foreneligt med en deduktiv og dermed teoristyret tilgang til undersøgelsen. Der er desuden åbenhed for, at forskellige teoretiske begreber kan findes relevante i analysen, og disse vil inddrages ved behov. Dog vil den bærende teori være Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng*, da denne kan bidrage til at forstå og forklare kvindernes oplevelse af at deltage i *Kom Godt I Gang*, og deres håndtering af graviditet og moderrolle.

6.1 Oplevelse af sammenhæng

Aaron Antonovsky (1923-1994) var professor i medicinsk sociologi, og hans teori om *oplevelse af sammenhæng* tager afsæt i hans salutogenetiske tilgang. I denne tilgang flyttes fokus fra det traditionelle patogenetiske fokus om undgåelse af sundhedsrisici til, hvordan evner og forståelse for håndtering af risici kan udvikles. Inden for den salutogenetiske tilgang er fokus på at (for)blive sund, frem for undgåelse af sygdom, men med bevidsthed om, at der er tale om et kontinuum mellem syg og rask, hvorved fokus ikke enten bliver på sundhedsfremme eller behandling, men favner det hele menneske. Antonovsky fremhæver i den forbindelse, at fokus bliver på menneskets evne til tilpasning og håndtering af stressorer, som er

uundgåelige i miljøet, og Antonovsky interesserer sig således for, hvad der holder den enkelte sund og rask (2000). Evnen til at tilpasse og håndtere stressorer, kan relateres til det afsæt, der tages i *Kom Godt I Gang*, hvor udgangspunktet for projektet blandt andet er, at styrke kvindernes mestringssevne, hvor der kan være tale om at lære den enkelte kvinde at mestre og håndtere stressorer relateret til graviditet, fødsel og moderrolle.

En antagelse i Antonovskys salutogenetiske tilgang er, at stressfaktorer, såkaldte stressorer, i form af kriser, sygdom og konflikter, er en naturlig del af livet, og dermed ikke er noget, der kan undgås, og det bliver derfor afgørende, hvordan disse stressorer håndteres. Stressorer kan, såfremt de finder sted under de rette vilkår og håndteres, være udviklende og øge menneskets modstandskraft, mens manglende håndtering kan medføre, at de er forbundet med en spændingstilstand. Fælles for de, der håndterer stressorer hensigtsmæssigt, er, ifølge Antonovsky, at de har en større grad af *oplevelse af sammenhæng* (2000), hvor de formår at handle på stressorerne og derved udligne spændingen, så denne ikke forvandler sig til stress (Jensen & Johnsen 2001).

Oplevelse af sammenhæng består af tre komponenter; *begribelighed*, *håndterbarhed* og *meningsfuldhed*. Begribelighed omhandler evnen til at opfatte ydre og indre stimuli som kognitiv forståelige, sammenhængende og strukturerede, i stedet for kaotiske, tilfældige og uforklarlige, og handler således om, hvordan den enkelte oplever de stressorer, som den vedkommende udsættes for. Begribelighed opnås gennem forudsigelighed, hvor den enkelte oplever stressorer som forudsigelige og forklarlige, hvorved stressorerne opleves som overkommelige. En stærk oplevelse af begribelighed medfører således, at den enkelte vil forvente, at fremtidige stimuli er forudsigelige, og at de stimuli, der kommer uventet, kan passes ind i en sammenhæng og forklares og derved forstås (Antonovsky 2000). Håndterbarhed omhandler, i hvilken udstrækning den enkelte oplever at have tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at imødekomme de stimuli, som den enkelte udsættes for. Der kan være tale om egne ressourcer eller ressourcer fra andre, som den enkelte har tillid til. Har den enkelte en stærk oplevelse af håndterbarhed, vil vedkommende være i stand til at håndtere hverdagens udfordringer på baggrund af de tilgængelige ressourcer. Håndterbarhed opnås gennem belastningsbalance, hvor der er balance mellem over- og underbelastning (Antonovsky 2000), hvorved de krav, som den enkelte udsættes for, ikke overstiger individets ressourcer. Meningsfuldhed handler om, hvorvidt den enkelte finder problemer, krav og livet meningsfuldt. Med meningsfuldhed forstås de livsområder, som den enkelte finder vigtige og meningsfulde, og at livets udfordringer og krav er værd at investere energi og engagement i. Antonovsky anser meningsfuldhed som motivationselementet i *oplevelse af sammenhæng*, og oplever den enkelte en stærk meningsfuldhed med de udfordringer og krav der opstår, så vil den enkelte være motiveret til at finde ressourcer til at klare sig igennem. Meningsfuldhed opnås gennem delagtighed og medbestemmelse (Antonovsky 2000), hvor det at blive inddraget i for eksempel beslutninger vil betyde, at den enkelte oplever større meningsfuldhed med den pågældende beslutning.

Meningsfuldhed den vigtigste komponent i *oplevelsen af sammenhæng*, mens begribelighed medfører, at håndterbarhed opnås, da forståelse går forud for handling (Antonovsky 2000). De tre komponenter er dermed tæt relateret og indbyrdes afhængige, og til sammen kan de medføre en *oplevelse af sammenhæng*. En tydelig tilstedeværelse af alle tre komponenter skaber bedre forudsætning for mestring af de udfordringer og krav, som den enkelte stilles over for. Udviklingen af *oplevelse af sammenhæng* er, ifølge Antonovsky, en livslang proces, som læres og tilegnes gennem det levede liv (2000), hvor hverdagens erfaringer, alt efter deres karakter, enten svækker eller øger *oplevelsen af sammenhæng* (Jensen & Johnsen 2001). Ifølge Antonovsky kræver det et længerevarende forløb at opnå en væsentlig ændring og vedholdenhed af *oplevelse af sammenhæng* (2000). For kvinderne i *Kom Godt I Gang* kan det medføre, at udviklingen af *oplevelse af sammenhæng* ikke nødvendigvis sker under deltagelse i projektet, men udvikler sig over tid. *Kom Godt I Gang* kan bidrage til, at kvinderne udrustes til at imødekomme hverdagens udfordringer, og vil dermed på lang sigt øge *oplevelse af sammenhæng*, hvor kvindernes udfordringer ses som begribelige, håndterbare og meningsfulde.

Kom Godt I Gang har, som nævnt, til formål at øge kvindernes forældrekompetence og mestringsevne (Buhelt 2014), hvilket indirekte indikerer, at der er fokus på at styrke kvindernes *oplevelse af sammenhæng*. Kvinderne i *Kom Godt I Gang* kan opleve udfordringer relateret til graviditet, fødsel og i tiden efter, som kan være svære at håndtere. Jensen & Johnsen fremhæver i den forbindelse, at fødsel betragtes som en voldsom stressor (2001), og fødsel og moderrollen kan derfor være en stor omvæltning i kvindernes liv, som kan være svær at håndtere. Ved at kvinderne i projektet tilegner sig viden om og får redskaber til at håndtere de udfordringer, som den enkelte kvinde oplever, så forventes det, at den enkelte kvindes mestringsevne øges, hvorved *oplevelse af sammenhæng* styrkes og udvikles over tid.

Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng* anvendes som nævnt til at forstå og forklare kvindernes oplevelse af at deltage i *Kom Godt I Gang*, herunder hvilke udfordringer, kvinderne kan møde samt deres håndtering heraf, og teorien vil derfor blive inddraget i analysen af specialets indsamlede empiri. Yderligere anvendes teorien i specialets diskussion, omhandlende anbefalinger til fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide.

7. Resultat og analyse

I det følgende præsenteres og analyseres specialets resultater fra henholdsvis interviewundersøgelsen og litteraturstudiet. Indledningsvist vil der foreligge en caseanalyse af *Kom Godt I Gang*, hvor specialets case præsenteres og analyseres. Dette for at give et billede af den kontekst, som kvinderne fra interviewundersøgelsen har indgået i. Specialets resultater og analyse heraf vil senere blive inddraget i en samlet diskussion.

7.1 Caseanalyse af *Kom Godt i Gang*

I det følgende præsenteres og analyseres specialets case, som er *Kom Godt I Gang*. Casen er allerede introduceret i afsnit 2.4 *Projekt Kom Godt I Gang* i specialets problemanalyse, hvor den bidrager som eksempel på nuværende praksis. Ifølge Launsø et al. må casen tages i sin kontekst, fordi forhold i omgivelserne formodes at indvirke på casen (2011), og det findes på den baggrund relevant at medtage en caseanalyse af *Kom Godt I Gang*, da interviewundersøgelsens informanternes udsagn må ses i lyset heraf.

Ifølge Launsø et al. må casestudiedesignet være baseret på en dybdegående forståelse af den udvalgte case, og der må derfor opnås en dækkende og fyldig forståelse af casen (2011). Denne forståelse af *Kom Godt I Gang* søges opnået gennem præsentation og analyse af projektets udformning, indhold og målgruppeafgrænsning. Caseanalysen vil sammen med resultaterne fra interviewundersøgelsen og litteraturstudiet danne udgangspunkt for den senere diskussion, hvorudfra der skal påpeges et forandringstiltag. Desuden skal nævnes, at caseanalysen har relevans i forhold til at give relevante personer, der arbejder med sårbare gravide, mulighed for selv at vurdere specialets generaliserbarhed til egen kontekst. For at opnå en dybdegående forståelse af casen, vil der blive inddrage flere datakilder i analysen, hvorved der ifølge Launsø et al. gives mulighed for, at disse kan sammenlignes og for at forskellige forståelser eller forklaringer, udsprunget heraf, kan holdes op imod hinanden (2011). Caseanalysen baserer sig dels på dokumenter udleveret af *Kom Godt I Gang*, som består af en projektplan, en midtvejsevaluering (Buhelt 2014; Region Nordjylland et al. 2014) samt et fortroligt dokument udarbejdet af *Kom Godt I Gang*. Derudover vil afsnittet være baseret på information indhentet gennem møder med projektleder og fagpersoner fra projektet, mailkorrespondance med projektleder, telefonsamtale med jordemoder samt gennem deltagelse i temadag omhandlende en tidlig indsats til sårbare familier, hvor blandt andet *Kom Godt I Gang* formidlede erfaringer fra projektet (bilag 8).

7.1.1 *Kom Godt I Gangs* udformning

Kom Godt I Gang har til formål at opspore sårbare gravide tidligt i graviditeten, hvorved der kan sættes ind tidligt og gives den nødvendige støtte. Projektet er et supplement til det normale forløb hos jordemoder og

sundhedsplejerske (bilag 8). Deltagerne i *Kom Godt I Gang* visiteres til projektet i forbindelse med uge 17-samtalen med jordemoderen, og her vurderes, om kvinden er sårbar og i hvilken grad, og om hun dermed kan visiteres til projektet. Ved samtalen anvendes et screeningsværktøj i form af en spørgeguide, hvor der spørges ind til kvinden og hendes partners reaktion på graviditeten, samt deres ressourcer, relationer, sundhed og sygdom i forhold til nutid. Yderligere spørges der ind til deres refleksionsevne i forhold til fremtid samt ressourcer og erfaringer fra fortiden (Buhelt 2014). Spørgeguiden er udarbejdet af en jordemoder med master i Læringsprocesser, som er tilknyttet *Kom Godt I Gang*. Spørgeguiden er udarbejdet med udgangspunkt i internationalt og nationalt litteratur, samt praksisviden indenfor området, og er blevet tilpasset løbende af medarbejdere tilknyttet indsatsen (Buhelt 2014). Som nævnt i afsnit 2.4 *Projekt Kom Godt I Gang*, så formår spørgeguiden ikke at opspore alle sårbare gravide, og da spørgeguiden ikke er effektevalueret, så vides det ikke, om spørgsmålene er relevante i opsporingen af projektets målgruppe. Det fremhæves i et fortroligt dokument af *Kom Godt I Gang*, at jordemødrene oplever screeningssamtalerne som værende gode, og jordemødrene vurderer, at screeningsværktøjet fanger sårbare gravide, som ellers formentligt ikke var blevet fundet (fortroligt dokument).

En af de jordemødre, som varetager visiteringen, fremhæver, at samtalen både henvender sig til den gravide og hendes partner, og at samtalen åbner op for dialog, hvor forskellige emner kan tages op. Videre fremhæves det gennem samtale med jordemoderen, at stigmatisering af kvinderne søges undgået, ved at alle kommunens gravide screenes ved uge 17-samtalen. Det udledes heraf, at *Kom Godt I Gang* søger at være åbne for, at sårbarhed kan opstå af mange årsager, og potentielt kan ramme alle, og at sårbarhed derfor ikke kan tilskrives en på forhånd afgrænset gruppe. På trods heraf er det gennem samtale med jordemoder fra *Kom Godt I Gang* erfaret, at der i projektet skelnes mellem tre hovedgrupper af sårbare gravide, og disse er unge gravide, gravide med anden etnisk baggrund og modne gravide med psykiske udfordringer. Hvert jordemoder-sundhedsplejerske-team er ansvarlig for hver deres gruppe, dog med overlap, da en skarp opdeling af de sårbare gravide ikke er fuldstændig mulig.

Ifølge jordemoderen fra *Kom Godt I Gang* italesættes visitering til projektet, ved at jordemoderen i det almene tilbud ligger op til, at der er tale om et ekstra tilbud, hvor der er bedre tid til samtale, fordi der mangler ressourcer hertil i de normale jordemodersamtaler. Dette kan ses som et udtryk for, at tilbuddet dermed placerer ”problemet” hos svangreomsorgen frem for hos kvinden, hvilket går godt i tråd med projektets bestræbelse på at undgå stigmatisering af kvinderne.

I forbindelse med præsentation af *Kom Godt I Gang* på den omtalte temadag, angives det, at langt de fleste gravide, som visiteres til projektet, takker ja til at deltage, men der omtales dog tre barrierer for deltagelse i projektet. Barrierer for deltagelse er angst for systemet, manglende følelse af relevans samt diskontinuitet i forhold til jordemodertilknytning, i de tilfælde, hvor det ikke er den samme jordemoder, der visiterer til, og efterfølgende varetager tilbuddet. Jordemødrene i *Kom Godt I Gang* oplever disse barrierer i forbindelse med

rekruttering (bilag 8). Dog skal nævnes, at sidstnævnte barriere så vidt muligt søges undgået, men hvordan dette opfyldes, vides ikke. En fjerde barriere for deltagelse kunne tænkes at være, at den jordemoder, som varetager visiteringen, ikke har formået at skabe en tryk og tillidsfuld relation til den gravide, hvorved det er uvist, om den gravide er klar til en åbne og have en ærlig dialog omkring personlige forhold. *Kom Godt I Gang* har dog stort fokus på det kommunikative, og de fagpersoner, som indgår i indsatsen, har blandt andet deltaget i tre opkvalificeringsforløb, som havde til hensigt at forberede fagpersonerne på deres rolle i projektet (Region Nordjylland et al. 2014). Herved søges det sikret, at jordemødrene er klædt på til at varetage visiteringen til projektet på bedst mulig vis.

Såfremt at den visiterede kvinde takker ja til at deltage i *Kom Godt I Gang*, vil vedkommende blive tilknyttet et fast jordemoder-sundhedsplejerske-team. Forløbet i projektet består af fire samtaler af halvanden times varighed inden fødslen og en til to samtaler efter fødslen, afhængig af kvindens behov. Der er, ifølge jordemoderen, tale om et helhedsorienteret og individuelt forløb, hvor fokus er på den enkeltes situation (bilag 8). Det store fokus på, at forløbet må tage afsæt i den enkelte, medfører, at der ikke foreligger en klar redegørelse for *Kom Godt I Gangs* indhold og udformning, og det indholdsmæssige afgøres af den specifikke situation, og dermed tilrettelægges forløbet ud fra den enkeltes behov (Buhelt 2014). Dette vidner om, at der tages udgangspunkt i Wackerhausens åbne sundhedsbegreb i arbejdet med de sårbare gravide, hvor forløbets indhold bestemmes ud fra den enkelte kvinde og hendes ønsker. Det var oprindeligt planlagt, at forløbet enten kunne udformes som individuelle forløb eller gruppeforløb (Region Nordjylland et al. 2014), dog er det gennem samtale med projektlederen erfaret, at gruppeforløbene er udgået af projektet grundet manglende interesse fra kvinderne. I relation hertil kan der også stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt gruppeforløb overhovedet ville være foreneligt med projektets store fokus på den enkelte og dennes situation. *Kom Godt I Gangs* fokus på den enkelte vil blive udfoldet nærmere i det følgende afsnit, hvor projektets målgruppe defineres.

7.1.2 Definition af sårbare gravide i *Kom Godt I Gang*

Der er i *Kom Godt I Gang* opstillet en fælles definition af sårbare og udsatte gravide for at sikre, at de involverede fagpersoner arbejder ud fra en fælles forståelsesramme (Buhelt 2014). Som angivet tidligere, eksisterer der ikke en fælles forståelsesramme inden for svangreområdet, og det findes derfor hensigtsmæssigt, at der i *Kom Godt I Gang* fokuseres på at udvikle en forståelsesramme for projektet. Der er udviklet følgende definition for "udsathed":

"Med udsathed skal forstås en situation der kan opstå (for kommende forældre/familie) på baggrund af hændelser i livet og/eller aktuel livssituation. Hermed kan udsathed forekomme som et resultat af en eller flere indre eller ydre påvirkninger. Her nævnes eksempelvis barnets tilstand, forældrenes nuværende livssituation og/eller tidligere oplevelser og omgivelsernes

påvirkning. Udsathed kan opstå når der ikke er ligevægt i samspillet mellem barnets, forældrenes totale livssituation og omgivelserne” (Buhelt, 2014, s. 12).

Det fremgår af ovenstående definition, at udsathed kan opstå som følge af en ubalance i samspillet mellem barn og forældres livssituation samt omgivelserne. Det fremgår ligeledes af citatet, at udsathed kan opstå som resultat af en eller flere indre eller ydre påvirkninger, hvilket ligger op til en bred forståelse af udsathed og sårbarhed. Ud fra dette vurderes det, at *Kom Godt I Gang* både tager højde for det, Link & Phelan angiver som proximale og distale risikofaktorer (1995), da fokus for eksempel både er på barnets tilstand, forældrenes livssituation og omgivelsernes påvirkning. Det udledes heraf, at *Kom Godt I Gangs* tilgang til sårbare gravide udspringer af det, Wackerhausen benævner det åbne sundhedsbegreb, da fokus ikke kun er på risikofaktorer og livsstil, men også på trivsel, velbefindende og levevilkår (1995).

Kom Godt I Gangs målgruppe omfatter sårbare gravide på niveau tre og fire i svangreomsorgens niveaudeling (fortroligt dokument). Projektets forståelse af sårbare gravide fremstår dermed bredere end den afgrænsning, der fremkommer i en rapport fra Socialt Udviklingscenter (SUS), hvor sårbare gravide afgrænses til niveau tre, dog med bevidsthed om, at en skarp afgrænsning er vanskelig (Andersson et al. 2014). Der er i *Kom Godt I Gang* ligeledes fokus på, at en skarp afgrænsning af målgruppen ikke er mulig, og en skarp afgrænsning er desuden ikke forenelig med den brede forståelse af sårbarhed. På trods heraf ses der, som tidligere nævnt, en gruppering af kvinderne i tre hovedgrupper afhængig af karakteristika. Der kan stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt denne inddeling er forenelig med projektets definition og forståelse af sårbarhed, hvor der ligger op til, at sårbarhed må ansues bredt, og med en åbenhed, der tillader, at den enkeltes udfordringer kan udfolde sig.

7.2 Interviewundersøgelse

I det følgende præsenteres og analyseres den indsamlede empiri fra interviewene, hvilket skal bidrage til at besvare specialets forskningsspørgsmål, og dermed problemformulering.

Der vil indledningsvist blive redegjort kort for specialets analyseproces, hvor Dahlager & Fredslunds hermeneutiske analysestrategi er anvendt. Dette for at skabe transparens i forhold til processen, således at processen fra indsamling til bearbejdning af data tydeliggøres. Dernæst vil der være en karakteristik af interviewundersøgelsens informanter, dette for at give et billede af, hvem resultaterne udspringer fra. Herefter vil der forekomme en tematisk præsentation og analyse af specialets empiriske fund, hvor Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng* vil blive inddraget, og yderligere vil elementer fra specialets caseanalyse og problemanalyse blive inddraget. Teorien skal bidrage til bedre at forstå og derved forklare specialets empiriske fund.

7.2.1 Analyseproces

Efter gennemlytning og læsning af interviewene, hvorved et helhedsindtryk er opnået, er meningsbærende enheder identificeret, hvilket er analysestrategiens andet trin. Heraf er der fremkommet 25 meningsbærende enheder. Disse er efterfølgende operationaliseret i otte temaer i analysens tredje trin. I fjerde trin, som er rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning, fremkommer der fire overtemaer med 14 tilhørende undertemaer, og disse præsenteres kort i nedenstående figur 8. Temaerne vil blive udfoldet i det følgende afsnit, og der anvendes citater til at illustrere og dokumentere undertemaerne.

Overtemaer	Undertemaer
Tema 1: Følelse af usikkerhed	Deltagelse på uklart grundlag Frivillig tvang Smerte forbundet med tvivl på forældreevne Kategorisering og følelse af stigmatisering Erkendelsesproces Meningsfuldhed Meningsfuld partnerinddragelse
Tema 2: Hensynstagen til individuelle behov	Hverdagsliv Uønsket ”navlepilleri” omkring barndomstraumer Angst for at føde Styrket parforhold Udvikling af moderrollen
Tema 3: Relationer skaber forandring	Tryghed og tillid Identifikation med andre
Tema 4: At komme godt i gang	(ingen undertemaer)

Figur 8: Figuren viser over- og undertemaer fremfundet i analysens fjerde trin.

Af nedenstående figur 9 ses et eksempel på tematiseringsprocessen af et interviewcitater, hvor det illustreres, hvorledes citatet identificeres som en meningsbærende enhed under temaet ”formidling om tilbud” og efterfølgende operationaliseres i overtemaet ”henvisning til *Kom Godt I Gang*”. Slutteligt sker der en fortolkning, hvorved det endelige tema, ”følelse af usikkerhed”, fremfindes.

Eksempel på tematisering af interview

Interviewcitat	Trin 2 og 3: Meningsbærende enheder identificeres samt Operationalisering	Trin 4: Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning
<i>Da jordemoderen spurgte efter, om man havde lyst til det her, da der i starten, der vidste man jo egentlig ikke helt, hvad man sagde ja til. Og tænkte nok også selv, hvad skulle det hjælpe.</i>	Henvisning til <i>Kom Godt I Gang</i> <ul style="list-style-type: none">• Formidling om tilbud	Følelse af usikkerhed <ul style="list-style-type: none">• Deltagelse på uklart grundlag

Figur 9 Der illustreres et eksempel på processen med tematisering, dette med udgangspunkt i analysestrategien af Dahlager & Fredslund.

7.2.2 Karakteristik af informanter

Interviewundersøgelsens informanter udgøres af syv kvinder, som alle har deltaget i *Kom Godt I Gang*, og som har født for minimum tre måneder siden. Kvindernes navne er ændrede for at beskytte deres identitet. I nedenstående tabel 1 præsenteres nøgleinformation om de enkelte informanter for, at der gives et billede af, hvem kvinderne er.

Tabel 1 Karakteristik af interviewundersøgelsens informanter.

Informant	Karakteristik
Anne	Anne er en 29-årig kvinde, der arbejder som skolelærer, og bor sammen med sin partner og deres første barn, som nu er 2 år. Anne har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da hendes graviditet var uventet og et chok for hende, og derudover har hun psykiske udfordringer.
Laura	Laura er en 21-årig kvinde, som er kontanthjælpsmodtager, og skal senere på året i gang med at læse fag op, da hun drømmer om at uddanne sig til jordemoder. Hun bor sammen med sin partner og deres første barn, som er 1 år. Laura har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da hun er ung mor, og da hendes partner har psykiske diagnoser. Laura har efter endt deltagelse i <i>Kom Godt I Gang</i> modtaget kommunal hjælp til håndtering af moderrollen.
Mia	Mia er en 27-årig kvinde, der arbejder som fabriksarbejder, og bor sammen med sin partner og deres første barn, som er 1½ år. Mia har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da graviditeten var uventet og et chok for hende.
Christina	Christina er en 22-årig kvinde, der læser HF, og drømmer om at uddanne sig til misbrugskonsulent. Hun bor sammen med sin partner og deres første barn, som er 1½ år. Christina har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da hende og hendes partner har været tidligere misbrugere, og derudover er hun ung mor.
Emilie	Emilie er en 21-årig kvinde, der læser HF og drømmer om at uddanne sig til skolelærer. Hun bor alene, men har genoptaget forhold til barnets far. Det er deres første barn, og barnet er 1½ år. Emilie har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da hendes partner er vokset op i et hjem med vold og forældre, der var misbrugere.
Henriette	Henriette er en 24-årig kvinde, der er uddannet social- og sundhedshjælper. Hun bor alene, men er i forhold med faren til deres tvillinger, som er 2 år. Henriette har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da hun er blevet mobbet i barndommen, og grundet hende og partnerens forhold. Henriettes partner dukkede uventet op til interviewet, men indtog blot en passiv rolle, grundet manglende erindring om deltagelse i <i>Kom Godt I Gang</i> .
Sofie	Sofie er en 22-årig kvinde, der læser HF. Hun bor sammen med sit barn, som snart er 2 år, og barnets far, som hun ikke længere er i forhold med. Sofie har deltaget i <i>Kom Godt I Gang</i> , da hun er vokset op i et hjem med vold og forældre, som var misbrugere, og hun har i perioder været anbragt i plejefamilier og på institutioner. Derudover har barnets far en psykisk diagnose. Sofie har efter endt deltagelse i <i>Kom Godt I Gang</i> modtaget kommunal hjælp til håndtering af moderrollen, og har været på mor-barn hjem efter fødslen.

Som det fremgår af tabellen ovenfor, er kvinderne mellem 21 og 29 år, og de er alle førstegangsmødre. Tre kvinder læser HF, tre kvinder er i arbejde og en kvinde er kontanthjælpsmodtager.

Der er forskellige årsager til, at kvinderne er blevet tilbudt at deltage i *Kom Godt I Gang*, og enkelte kvinder nævner flere årsager hertil. Tre kvinder nævner egen eller partners barndom, som årsag til henvisningen, hvor Henriette fortæller, at mobning i barndommen ligger til grund for, at hun blev tilbudt at deltage i *Kom Godt I Gang*. Sofie og Emilie angiver henholdsvis egen og partners opvækst i et hjem med vold og forældre, der var misbrugere, som årsag til henvisning til tilbuddet. Christina nævner eget og partners tidligere misbrug som årsag til, at hun er blevet tilbudt at deltage, og uddyber dette med, at hun havde et tilbagefald seks måneder før graviditeten. Yderligere begrundet Christina sin henvisning med, at hun er ung mor. Foruden, at

Henriette oplevede mobning i barndommen, så nævner hun ligeledes hendes og partners forhold som værende årsag til, at hun er blevet henvist til *Kom Godt I Gang*.

Fire kvinders henvisning kan relateres til psykiske udfordringer og diagnoser, hvor Laura og Sofie omtaler partners psykiske diagnoser, som værende en af årsagerne til, at de er blevet tilbudt at deltage, mens Anne og Mia omtaler, at uventet graviditet har medført et chok for dem. Anne forklarer videre, at hendes høje krav til sig selv påvirker den måde, som hun håndterer den uventede graviditet på.

Det fremgår af ovenstående, at kvinderne i forskellig grad er bevidste om, hvad der ligger til grund for tilbuddet om deltagelse i *Kom Godt I Gang*, og at der kan være sammenhæng mellem deres barndom, misbrug og/eller psykiske udfordringer og deres håndtering af forælderrollen, samt barnets sundhed og trivsel.

7.2.3 Følelse af usikkerhed

I det følgende vil kvindernes første oplevelser og tanker omkring deltagelse i *Kom Godt I Gang* blive udfoldet.

Deltagelse på uklart grundlag

Fire kvinder angiver, at formidlingen af *Kom Godt I Gang* er mangelfuld i forhold til at give et billede af, hvad tilbuddet indeholder forinden indvilligelse i at deltage. Det er forklaret for kvinderne, at tilbuddet er udformet som samtaler med jordemoder og sundhedsplejerske, men en mere grundig indføring i tilbuddets indhold mangler, hvilket eksemplificeres i følgende udtalelse af Henriette:

”Da jordemoderen spurgte efter, om man havde lyst til det her, der i starten, der vidste man jo egentlig ikke helt, hvad man sagde ja til. Og tænkte nok også selv, hvad skulle det hjælpe”
(Henriette).

Henriette udtaler, at hun er usikker på, hvad hun indvilliger i, ved at takke ja til at deltage i *Kom Godt I Gang*, hvilket har den konsekvens, at hun er tvivlende i forhold til hendes udbytte af at deltage. Dette kan relatere sig til Antonovskys begreb om begribelighed (2000), hvor manglende indføring i projektet kan medføre manglende forståelse for sammenhængen mellem egen situation og relevans af projektet.

Kvindernes udsagn indikerer, at et flertal af kvinderne indvilliger i at deltage i projektet, uden at vide, hvad tilbuddet indeholder, og derved hvad kvinderne siger ja til at deltage i. Beslutningen om deltagelse træffes derfor ikke på et velinformeret grundlag. Ifølge Sundhedslovens § 15 må ingen behandling indledes uden, at den enkelte har givet informeret samtykke, som beror på en fyldestgørende information fra sundhedspersonens side (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014). Herved kan den manglende indføring i tilbuddet ses som i strid med Sundhedsloven.

Mia har aktivt forsøgt at få en grundigere indføring i tilbuddets konkrete indhold, men uden held:

”Nej, for jeg vidste ikke noget om det. Det var først, da jeg kom i gang, at jeg fik at vide, hvad det egentlig var. Så det var ikke noget jeg sådan kunne...jeg har aldrig hørt om det og jeg spurgte mange gange om...jamen, hvad det var, og hvad det gik ud på og sådan noget, og det var ikke så nemt at svare på, fordi at det var ikke noget, der havde eksisteret så længe og jeg skulle opleve det først...” (Mia).

På baggrund af Mias udsagn fremgår det, at fagpersonerne af ukendte årsager ikke er i stand til at give hende en grundig indføring i tilbuddet. Ud fra projektets midtvejsevaluering kan det overvejes om den manglende information er et bevidst valg fra fagpersonernes side, da det fremgår heraf, at tilbuddets indhold er individuelt tilpasset og afgøres af kvindens specifikke situation (Buhelt 2014), og fagpersonerne kan derfor ikke på forhånd give et klart svar på tilbuddets indhold. Konsekvensen heraf bliver dog, at Mia føler, at hun ikke er egnet til at være forælder, og hun frygter blandt andet, at hendes barn vil blive tvangsfjernet. Sofie og Christina deler disse tanker, og de frygter blandt andet, at deltagelse i *Kom Godt I Gang* kan blive brugt imod dem, og at deres forældreevne opleves som utilstrækkelige. Bekymringen afspejler primært Christinas partners oplevelse, og hun føler selv, at fagpersonerne har givet en grundig forklaring af tilbuddet. Heraf ses, at kvindernes oplevelse af begribelighed varierer, og afhænger af den givne information i *Kom Godt I Gang*. Oplevelsen af, hvorvidt formidlingen var tilstrækkelig, indgik ikke som samtaleemne i interviewene med Anne og Emilie.

Frivillig tvang

Kom Godt I Gang er et ekstra graviditetstilbud, og størstedelen af kvinderne oplever, at det fremlægges som et frivilligt tilbud. Dog oplever Sofie, at deltagelse i projektet fremlægges som et påtvunget tilbud, da fagpersonerne påpeger, at de ellers er nødt til at inddrage kommunen, såfremt hun ikke indvilliger i at deltage:

”Jamen det blev lagt ud som et tilbud, men jeg følte ikke, at det var noget tilbud, det var mere, at hun synes, at det ville være en god idé, at vi tog imod det her, ellers så blev hun nødt til at fortælle kommunen, at vi ikke ville samarbejde omkring et projekt, der kunne hjælpe os videre [...] Jeg synes, at det var lidt voldsomt. Ja, det var rigtig voldsomt. Det var sådan et slag i hovedet, nu tror de ikke, at jeg kan finde ud af at være mor for mit eget barn. Det gjorde ondt” (Sofie).

Sofies første oplevelse af projektet er derfor, at der ikke er tale om et frivilligt tilbud. Det medfører, at Sofie får en ubehagelig oplevelse, og føler, at hendes forældreevne betvivles. Dette kan være et udtryk for en ulige magtrelation mellem fagpersonen og Sofie, hvor der er tale om frivillig tvang i forbindelse med Sofies deltagelse i tilbuddet, da det, at takke nej til tilbuddet, vanskeliggøres. Til trods for, at Sofie har en dårlig oplevelse i forbindelse med henvisningen til tilbuddet, så formodes denne at udspringe af et ønske fra

fagpersonernes side om, at hjælpe Sofie til bedre at håndtere moderrollen, og tage vare på barnets tarv. Ved at Sofie efter endt deltagelse i *Kom Godt I Gang* har fået kommunal hjælp, og har været på mor-barn hjem efter fødslen, så ses det, at fagpersonernes vurdering af, at Sofie har haft brug for ekstra støtte var aktuel. Det formodes, at fagpersonerne har haft en særlig udfordring, som har rummet et indbygget dilemma ved, at de har følt sig forpligtede til at reagere på Sofies situation i forhold til at sikre barnets tarv samtidig med, at Sofies autonomi ikke måtte krænkes. Konsekvensen heraf har været, at formidlingen om tilbuddet har været en voldsom oplevelse for Sofie. En anden konsekvens bliver, at Sofie oplever, at det er vanskeligt at tale frit, fordi samtalen er præget af hendes frygt for indberetning til kommunen, hvilket fremgår af følgende:

”Og jeg ville heller ikke sige noget, fordi jeg ville heller ikke... i og med, at de har smidt den på bordet med, at hvis jeg ikke samarbejdede og tog imod det her, så ville kommunen blive gjort opmærksom på, at jeg ikke ville samarbejde med dem, så ville jeg ikke sige noget, der kunne støde dem, så de sendte et eller andet af sted. Så jeg var meget påpasselig med, hvad jeg sagde, og hvad jeg gjorde” (Sofie).

Sofie er ikke alene om at opleve tilbuddet som påtvunget, da Mia har lignende tanker i forbindelse med henvisning til tilbuddet. Mia har en følelse af, at fagpersonerne allerede fra start kan se, at hun ikke ville blive en god mor, og derfor blev tilbuddet om at deltage i *Kom Godt I Gang* oplevet som noget påtvunget, og som en nødvendighed. Dog oplever Mia ikke direkte tvang som Sofie, og der er ikke tale om udtalelser fra fagpersonerne, men derimod om Mias egne følelser af den måde, hvorpå fagpersonernes tilgår hende. Det er væsentligt at understrege, at oplevelsen af frivillig tvang står i modsætning til flertallet af kvindernes oplevelser, men tematikken er alligevel væsentlig, da den dels er af stor betydning for Sofie og til dels også Mia, som oplever den, og potentielt kan tematikken gøre sig gældende for andre kvinder i en lignende situation. Desuden illustreres der med tematikken et vigtigt indbygget dilemma i denne type tilbud, ved at kvindens autonomi ikke må tilsidesættes, og barnets tarv skal varetages.

Smerte forbundet med tvivl på forældreevne

Fem af kvinderne omtaler en følelse af, at der gennem henvisningen til *Kom Godt I Gang* stilles spørgsmålstejn ved deres forældreevne, hvilket medfører smerte og tvivl, som blandt andet fremgår af følgende to citater af Sofie og Emilie:

”Jeg blev ked af det. Jeg blev rigtig, rigtig ked af, at der var nogen der stillede spørgsmålstejn til mine evner som mor, og bedømte mig ud fra, hvordan min barndom har været. Jeg kan sagtens se, at det var godt for mig at være igennem alt det her, og få noget råd og vejledning og hjælp, men jeg synes, man kunne have gjort det på en anden måde, hvor jeg ikke blev så ked af det, og følte mig så dårlig” (Sofie).

”Vi sagde ligesom bare ja, fordi det kunne vi godt tage med. Så mine forventninger var ikke særlig høje, og jeg tænkte, at det var måske ikke lige, hvad jeg havde lyst til, og det var noget mærkeligt noget, og det var for at se, om vi var egnede til at være forældre. Så min indstilling til det var egentlig meget negativ. Fordi det var egentlig ikke hvad jeg... Jeg tænkte, at nu skulle de til at bedømme, hvordan vi skulle blive som forældre og det hele [...]” (Emilie).

Det ses af ovenstående, at formidlingen i forbindelse med tilbuddet om deltagelse i *Kom Godt I Gang* for nogle af kvinderne medførte, at de blev kede af det og følte, at de ikke blev set som egnede forældre.

Goffman definerer stigmatisering som en uoverensstemmelse mellem en persons tilsyneladende og faktiske identitet (Kristiansen & Jacobsen 2010), og kvindernes følelse af ikke at være egnede som forældre kan tolkes som et udtryk for oplevelse af stigmatisering, hvilket kan ses som en utilsigtet konsekvens af tilbuddet. Dette står i kontrast til *Kom Godt I Gangs* fokus på netop at undgå stigmatisering af kvinderne (bilag 8).

Sofie og Mia giver udtryk for, at formidlingen omkring deltagelse i projektet kunne være foregået anderledes, for at undgå følelsen af, at fagpersonerne stiller spørgsmålstejn ved deres forældreevne. I relation hertil, oplever Christina, at fagpersonerne forklarer hende og hendes partner, at deres deltagelse ikke handler om at kontrollere og overvåge dem, men at hjælpe dem. Fagpersonerne tager således hånd om parrets følelser og tanker omkring deltagelse, hvilket gør, at parret indvilliger i at deltage i *Kom Godt I Gang*, hvorved tvivl på forældreevne imødekommes.

Kategorisering og følelse af stigmatisering

To kvinder oplever, at der sker en kategorisering af dem i forbindelse med henvisning til *Kom Godt I Gang*. Anne giver udtryk for, at hun er ambivalent i forhold at deltage i projektet grundet kategoriseringen, og Anne udtrykker i relation hertil følgende:

”Ja, det gjorde det, for da jeg først havde tænkt den igennem, jamen det er jo ikke fordi, at jeg er socialt udsat overhovedet, socialt belastet eller noget i den retning. Det er simpelthen fordi, at jeg har for store krav til mig selv, jeg er for hård ved mig selv. Og der er det, at de sætter ind og siger, at det her kan faktisk hjælpe dig, du kan få noget hjælp her, og det var super fedt. Men jeg passede ikke ind i den der normale kasse. Så det var rigtig godt” (Anne).

Det ses af udtalelsen, at Annes ambivalens udspringer af en indledende følelse af ikke at have behov for et tilbud som *Kom Godt I Gang*, da hun ikke ser sig selv som socialt udsat, socialt belastet eller lignende, men hun medgiver, at til trods herfor, så vil tilbuddet være gavnligt for hende, da hun stiller store krav til, og er for hård ved sig selv, hvilket fagpersonerne påpeger, at de kan hjælpe hende med. Yderligere indikeres i udtalelsen, at Anne oplever en stigmatisering ved at indvillige i at deltage i projektet, fordi hun ville blive set som tilhørende en bestemt social kategori. Som nævnt, søges stigmatisering undgået i forbindelse med henvisning til tilbuddet, dog ses det, på baggrund af Annes udtalelser, ikke imødekommet. Annes tanker

deles af Mia, som ligeledes angiver, at hun ikke identificerer sig med *Kom Godt I Gangs* målgruppe. Det kan ses som et udtryk for, at Anne og Mia er bevidste om, at der eksisterer en samfundsdiskurs, som dikterer, hvordan idealet om ”den gode mor” efterleves.

Mia giver udtryk for, at hun i starten ikke fandt tilbuddet relevant, da hun havde den forestilling, at dem, som får sådan et tilbud, er nogen, der ikke egner sig til være forældre, og som skal have hjælp til at komme i gang. Herved deler Mia samme tanker som Anne, i forhold til, at *Kom Godt I Gang* er målrettet en bestemt gruppe, som hun ikke identificerer sig selv med. Efter at have tænkt det igennem, vælger Mia alligevel at give tilbuddet en chance, for at bevise, at hun både kunne og ville moderrollen.

Erkendelsesproces

For to kvinder medfører oplevelsen af, at deres forældreevne betvivles, at der sker en svær erkendelsesproces, hvilket kommer til udtryk i følgende udtalelse fra Anne:

”Så jeg tror, at jeg bed det der stolthed lidt i mig, og så tog jeg imod det tilbud, og sagde, det er fint, jeg vil gerne, for jeg kan ikke klare det selv. Og alternativet det bliver, at det bliver grimt. Det bliver, at det ender i noget, som ikke er rart, for mig, for [partner] eller for det barn, der nu kommer” (Anne).

Det fremgår af ovenstående citat, at Anne kommer til en erkendelse af, at hun ikke kan klare det selv, og at hun er reflekteret over egne evner og stolthed i forhold til at tage imod hjælp, og på den baggrund indvilliger hun i at deltage i *Kom Godt I Gang*. Mia når til en tilsvarende erkendelse undervejs i projektet, hvor hun ligeledes går fra at føle, at der stilles spørgsmålstejn ved hendes forældreevne, til at se mening i at deltage i projektet. Dette kan forklares ud fra Antonovsky (2000) ved, at de to kvinder opnår øget meningsfuldhed og begribelighed, ved at de ser meningen med, og forstår projektets relevans. Dette understreger vigtigheden af den måde, hvorpå projektet præsenteres, da denne har betydning for de følelser, som udløses hos kvinderne.

Meningsfuldhed

Der er forskellige holdninger til, om kvinderne har oplevet tilbuddet om deltagelse i *Kom Godt I Gang* som værende relevant. Emilie, Sofie, Mia og Henriette giver udtryk for, at de ikke synes, at det var relevant for dem at blive tilbudt at deltage, da de ikke følte, at de havde et behov herfor. Sofie siger i den forbindelse, at hun følte, at hun havde nok støtte i hendes familie, svigerfamilie og veninder. Ud fra Antonovskys begreb om meningsfuldhed (2000), kan kvindernes udsagn ses som et udtryk for manglende oplevelse af meningsfuldhed i at deltage i projektet, da kvinderne ikke føler, at tilbuddet er noget, de vil investere tid eller energi i, fordi de ikke føler et behov herfor. Henriette udtrykker, at hun ikke kunne se meningen med at deltage, men indvilliger heri alligevel, fordi jordemoderen giver udtryk for, at det vil være gavnligt for

hende, hvilket kan være et udtryk for, at Henriette er påvirket af det magtforhold, der ifølge Timm eksisterer mellem læg- og fagperson (2013), hvor fagpersoner ses som autoriteter på området.

Både Henriette, Sofie og Mia giver udtryk for, at de mangler information om projektet i forbindelse med henvisningen. Den manglende information kan være medvirkende til, at de måske ikke har kunnet sætte projektets indhold i relation til deres egen situation.

Modsat de fire kvinder, så oplever Christina tilbuddet om deltagelse i *Kom Godt I Gang* som meningsfuldt. Hun siger i relation hertil, at det gav hende ro i sindet, da hun var bekymret for, om hendes tidligere misbrug kunne have skadet barnet, og at det var vigtigt for hende, at hendes barn udviklede sig, som det skulle. Christinas oplevelse af meningsfuld deltagelse kan forklares ved, at barnets sundhed motiverer hende til at deltage. Ifølge Antonovsky, så anes meningsfuldhed som motivationselementet (2000), og dermed kan motivationen for at sikre barnets sundhed, ses som grunden til, at Christina finder det meningsfuldt at investere tid og energi i projektet. Christina har, modsat de fire andre kvinder, ikke givet udtryk for, at hun har manglet information om projektets udformning og indhold, hvilket yderligere kan være forklaringen på, at hun oplever deltagelsen meningsfuld.

Meningsfuld partnerinddragelse

Som nævnt, er *Kom Godt I Gang* et ekstra tilbud til både den gravide og hendes partner, og tre kvinder udtrykker relevans herved. De tre kvinder er enige om, at det kommende forældreskab er et fælles ansvar, hvorfor det opleves som relevant, at partneren deltager. Ifølge Antonovsky opnås meningsfuldhed gennem delagtighed (2000), og partnernes delagtiggørelse i projektet kan være en forklarende årsag til, hvorfor kvinderne finder det meningsfuldt, at partneren deltager. Dog vides det ikke, om partnerne selv har fundet det meningsfuldt at deltage, men at de er blevet delagtiggjort i projektet, kan have betydet, at de har fundet det meningsgivende. Oplevelsen af meningsfuldhed kan bidrage til at forklare, at kvinderne opnår et udbytte af partnerinddragelsen. I forlængelse heraf føler Anne, at hende og partneren har fundet tættere sammen, og Christina og Mia føler desuden, at deres partnere blev mere involveret i graviditeten, hvilket understreges med følgende udsagn fra Mia:

”Jamen, det er jo godt, fordi at når han var med til de der samtaler, så vidste han, hvad vi snakkede om, og han vidste, at det var noget vi havde sammen, og at det var noget, vi skulle hjælpe hinanden med, fordi vi er jo to om at være forældre [...] og han ligesom også, hvis han havde nogen spørgsmål, at han ligesom kunne få svar på det. Fordi han frygtede jo, at jeg ville blive sådan en panisk pylremor ikke også” (Mia).

Mias partner får således mulighed for at blive inddraget på lige fod med hende ved, at hans spørgsmål og bekymringer får plads i samtalen. Herved oplever Mia det relevant, at partneren deltager. Emilie har truffet

beslutningen om at deltage i *Kom Godt I Gang* i fællesskab med sin partner, hvorved det kan udledes, at hun ligeledes har fundet inddragelse af partner i tilbuddet meningsfuldt.

I modsætning hertil, nævner Sofie og Henriette, at deres partnere ikke har deltaget i alle samtaler i forløbet, hvilket begrundes med konflikt i forhold til arbejdstider samt manglende engagement. Det manglende engagement udgør en barriere, som ud fra Antonovskys optik kan relateres til manglende oplevelse af meningsfuldhed (2000), hvor partnerne ikke har fundet tilbuddet meningsfuldt, hvorfor de ikke har fundet det relevant at investere energi heri. Desuden kan forklaringen på, at Henriettes partner ikke er så engageret, være, at parret ikke bor sammen, og at forældrerollen ikke ses som et fælles projekt i samme grad, som hos de par, som er samlevende, og som i højere grad oplever meningsfuldhed ved, at begge parter deltager i *Kom Godt I Gang*. Meningsfuldhed afgør, ifølge Antonovsky, om et individ er motiveret, og følelsen af meningsfuldhed udvikles som følge af inddragelse og deltagelse (2000), og ved at Henriettes partner kun deltager i begrænset omfang, så kan det være vanskelig at opleve projektet som meningsgivende. Den manglende deltagelse kan potentielt påvirke parrets håndtering af forældrerollen ved, at der ikke er tale om en fælles indsats.

Luras partner har deltaget i *Kom Godt I Gang*, men til trods herfor, finder hun ikke, at hans deltagelse giver mening. Dette på trods af, at partnerens psykiske diagnoser lå til grund for henvisningen til tilbuddet. Ud fra Luras udtalelse kan det tyde på, at hun ikke er inddraget i beslutningen om partnerens deltagelse, og den manglende delagtighed kan, ifølge Antonovsky, medføre manglende meningsfuldhed (2000).

7.2.4 Hensyntagen til individuelle behov

I det følgende vil kvindernes oplevelser og tanker omkring indhold og udbytte af *Kom Godt I Gang* blive udfoldet.

Hverdagsliv

Kom Godt I Gang er udformet som et forløb med samtaler, men der har ligeledes været mulighed for at besøge fødegang, få kontrolscanninger af fosteret ved behov samt gøre brug af telefonsamtaler ved spørgsmål. Flere af kvinderne giver udtryk for, at samtalen ikke havde en fastlagt dagsorden, men at indholdet i samtalen afhang af den aktuelle situation, hvilket eksemplificeres i de følgende citater af Henriette og Emilie:

”Jamen vi snakkede om, hvordan det var derhjemme, snakkede om, hvordan tingene så ud på det tidspunkt, og så lyttede de” (Henriette).

”[...] altså jordemoderbesøgene de handlede mere om, hvordan hun havde det inde i maven og alle sådan nogle ting, og hvordan jeg havde det, der blev ikke spurgt så meget til min kæreste, men mere, hvordan jeg havde det. Hvor de samtaler med både sundhedsplejerske og jordemoder, det var hvordan vi [som par] havde det, og hvordan han havde det også” (Emilie).

Det ses af citaterne, at samtalerne fokuserer på kvindernes hverdagsliv, som er det liv, kvinderne og partnerne lever hver dag, hvilket kan relateres til Bech-Jørgensens definition af hverdagsliv, som er *”det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag”* (1994, s. 17). Til trods for, at samtalerne ikke på forhånd har et afgrænset fokus, så kommer det gennem interviewene frem, at følgende emner har en væsentlig plads: barndom, fødsel, moder- og forælderrolle samt parforhold, som alle vurderes at have en væsentlig betydning for kvindernes og partnernes hverdagsliv.

Uønsket ”navlepilleri” omkring barndomstraumer

Tre kvinder fortæller, at egen eller partners barndom og fortid har været i fokus i samtalerne, dette for at afdække, om disse forhold er bearbejdet, og om barndom og fortid kan have indflydelse på forælderrollen. For Emilie er der tale om partners barndom og fortid, mens der i Annes samtaler både har været fokus på egen og partners barndom, hvilket har bidraget til, at parret har fået større forståelse for hinandens situation. Annes partner er vokset op i et hjem med alkoholmisbrug, dog har dette ikke været årsag til henvisningen til *Kom Godt I Gang*, men udbyttet for Anne er, at hun har fået en bedre forståelse for, hvorfor partneren reagerer, som han gør.

Emilie fandt ikke samtale om partnerens barndom relevant, da der ifølge hende ikke var ubearbejdede forhold fra fortid, som fagpersonerne ellers havde en formodning om, hvilket derfor lå til grund for henvisningen til tilbuddet.

I samtalerne med Sofie har fokus blandt andet været på hendes barndom, og Sofie føler, at hun er blevet tvunget til at rippe op i sin fortid, hvilket gjorde hende ked af det, som det ses af nedenstående citat:

” [...] at jeg skal sidde og fortælle en sundhedsplejerske og jordemoder om, altså detaljeret hele tiden, om min fortid, i og med, at de kan ikke hjælpe mig på vej, det er bare, at jeg skal rippe op i det, og så skal jeg gå hjem og være ked af det. Det synes jeg er sådan lidt upassende. Jeg kan godt fortælle kort om den uden, at det gør mig ked af det. Men de ville jo ned og grave i det, det synes jeg, det var ubehageligt. Hvor jeg også blev ked af det, havde det træls, når jeg gik derfra” (Sofie).

Det ses af udtalelsen, at Sofie finder samtalen om sin barndom ubehagelig og upassende, og en konsekvens heraf bliver, at hun er ked af det, når hun går fra samtalerne. Sofie har forinden deltagelse i projektet en oplevelse af, at hun kan mestre moderrollen, hvilket kan ses som udtryk for, at hendes *oplevelse af*

sammenhæng er stærk. Gennem samtale om barndommen trues hendes *oplevelse af sammenhæng*, fordi fagpersonerne stiller spørgsmålstegn ved, om hendes barndom kan påvirke hendes evne til at mestre moderrollen. Samtidig finder Sofie ikke samtalerne relevante, hvorved meningsfuldheden svækkes. Heraf ses, at samtalerne om barndom har været uønskede for Sofie, hvilket ligeledes gør sig gældende for Emilie. Dette åbner op for spørgsmålet om, hvor grænsen går mellem at understøtte kvindernes mestring og at udøve terapi, som er udenfor fagpersonernes felt, hvor det vurderes, at såfremt Sofies barndom skulle bearbejdes, ville der være behov for terapi.

Henriette angiver sin barndom, som har været præget af mobning, som værende årsag til, at hun er blevet tilbudt at deltage i *Kom Godt I Gang*, men på trods heraf, har Henriettes barndom ikke fyldt i samtalerne i forløbet. Det kan ligeledes ses som udtryk for, at hun ikke har haft behov for at tale om barndomsoplevelserne.

Det ses af ovenstående, at der er uoverensstemmelse mellem henvisningsårsag, og det udbytte, som kvinderne og deres partnere har opnået. Udbytte relateret til barndom og fortid opleves ikke af alle, hvilket kan indikere, at kvinderne ikke har fundet ”navlepilleriet” i forhold til traumer lige så meningsfuldt, som håndtering af graviditetens stressorer, som for eksempel frygt for fødslen, hvor udbyttet fremgår mere tydeligt. I *Kom Godt I Gangs* spørgeguide til opsporing af kvinder, ses det, at der blandt andet spørges ind til parrenes barndom og fortid, dette fordi, at fagpersonerne har en formodning om, at der vil være sammenhæng mellem barndom og håndtering af forælderrollen (Buhelt 2014). Dog er det ikke alle kvinder, som oplever denne sammenhæng.

Angst for at føde

Et andet fokus kommer frem gennem samtale med Anne, som giver udtryk for, at hun har mange bekymringer omkring fødslen, hvilket ses af følgende:

”Og jeg tror faktisk, at vi brugte nærmest de fleste samtaler... der var det oppe at vende, også fordi det var noget, der fyldte rigtig meget at skulle igennem det her. Det har nok været noget af det, der har været den allerstørste barriere, det at skulle have ham ud igen. Det var jo det, som måske har gjort mig allermest nervøs” (Anne).

Annes bekymring i forhold til fødslen deles af tre andre kvinder. For at imødekomme kvindernes bekymringer, har jordemoder og sundhedsplejerske givet plads hertil i samtalerne, også selvom det har betydet, at emnet har været oppe at vende ved hver samtale, og det har bidraget til, at kvinderne i varierende grad er blevet mere rolige omkring fødslen, og har følt sig oplyst herom. For Laura har samtale om fødslen medført, at hun ikke var bange for at gå den i møde, og tilsvarende er Mia blevet beroliget omkring at skulle

føde. Fødslen kan ses som en voldsom stressor (Jensen & Johnsen 2001), hvilket kan forklare, at fødsel har været omdrejningspunktet i samtalerne for de fleste kvinder i *Kom Godt I Gang*, hvor der er givet plads til, at kvinderne kan udtrykke deres tanker og bekymringer relateret hertil. At Laura og Mia er blevet mere rolige, kan vidne om, at kvinderne har lært at begribe og håndtere den stressor, som fødslen kan udgøre.

Håndterbarhed kan opnås ved, at den enkelte har tilstrækkelige ressourcer til at håndtere stimuli forbundet hermed (Antonovsky 2000), og her udgøres kvindernes ressourcer af fagpersonerne i *Kom Godt I Gang*, som via samtalerne giver kvinderne redskaber til at håndtere fødslen. Begribelighed opnås gennem forudsigelighed (Antonovsky 2000), og ved at kvinderne er oplyste omkring fødslen, og hvad de kan forvente, så kan det have bidraget til, at fødslen opleves mere forudsigelig.

I modsætning hertil bliver Sofie beroliget lidt, men frygter forsat fødslen. Dog går Sofie fra et ønske om kejsersnit til at have et ønske om at føde barnet vaginalt. Samtale om fødslen kan have medført, at hun ser denne som mere meningsfuld, da hendes jordemoder gør Sofie opmærksom på, at vaginal fødsel er det bedste for både hende og barnet, da hun bedre vil kunne være der for sit barn og dermed styrke båndet til barnet. Dette kan fungere som motivationsfaktor for Sofie, hvorved meningsfuldhed kan opstå. Derudover kan Sofies holdningsændring ses som et udtryk for, at hun har opnået ressourcer til at kunne håndtere og gennemføre en vaginal fødsel, og at hun ser dette som overkommeligt. Anne føler sig overhovedet ikke beroliget til trods for, at hun oplever, at fagpersonerne gjorde, hvad de kunne, for at hun skulle blive mere rolig. Det kan indikere, at Anne har haft behov for anden hjælp eller vejledning, da den viden, som fagpersonerne har givet Anne i samtalerne om fødslen, ikke har medført, at hun har opnået en styrket *oplevelse af sammenhæng* i relation hertil. Det kan forklares ved, at selvom viden kan styrke følelsen af begribelighed, og dermed forståelsen og forudsigeligheden, så vil viden ikke nødvendigvis medføre håndterbarhed, som opnås ved belastningsbalance (Jensen & Johnsen 2001). Anne oplever en overbelastning, som ikke fremstår håndterbar, hvilket kan skyldes, at hun ikke oplever at have tilstrækkelig ressourcer til rådighed til at håndtere den stressor, som fødslen udgør.

Samtalerne om fødslen kan, som det fremgår af ovenstående, have påvirket et eller flere af elementerne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed hos de fire kvinder, hvorved deres *oplevelse af sammenhæng* kan ændres. Af afsnittet ses, at fødslen udgør en væsentlig stressor for kvinderne, og at der i samtalerne er fokus på at lære at håndtere denne, dog opleves den styrkede håndterbarhed ikke af alle kvinder.

Der har ikke været fokus på fødslen i samtalerne med Henriette, Christina og Emilie.

Styrket parforhold

Et andet dominerende fokus for samtalerne, som nævnes af seks kvinder, er parforholdet. Samtalerne om parforholdet har haft forskelligt fokus, som spænder vidt fra tackling af hverdagens udfordringer til forståelse

for hinanden som personer. Der har hos alle seks kvinder været fokus på rådgivning til håndtering af parforholdet, hvor Henriette og Christina fortæller følgende:

”Det hjalp os også til at finde frem til, hvordan vi skulle gøre, fandt ud af, at fordi vi var dårlige til at snakke sammen, det var vi, men fandt ud af, at hvis man skrev en besked til hinanden, at ved du hvad, det og det og det, og så kan vi snakke om det når man kommer hjem. Så var der blevet åbent for det” (Henriette).

”Jamen igen, jeg har lært [partners], altså... Vi kender hinandens situationer, og vi har måske fået åbnet lidt mere op for, hvad vi gør. Vi gør hinanden bevidst på, hvis der er et eller andet [...] Man kan jo nok sidde og gætte sig frem til, hvad den anden tænker og siger, men vi fik åbent op for en god samtale omkring, hvordan man ønskede, og hvordan man selv tænkte, og hvad hinanden tænkte” (Christina).

Det ses af udtalelserne, at kvinderne på hver deres måde har fået råd og vejledning til at styrke deres parforhold. Henriette og Sofies partnere finder, ifølge kvindernes udsagn, ikke deltagelse i *Kom Godt I Gang* relevant, men til trods herfor oplever kvinderne, at projektet har bidraget med positivt udbytte i forhold til håndtering af parforholdet. Ifølge Antonovsky så går meningsfuldhed forud for håndterbarhed (2000), hvorved det virker modsætningsfyldt, at der er opnået et udbytte trods manglende følelse af relevans, og der vil, ud fra teorien, derfor ikke nødvendigvis være tale om et vedvarende udbytte. Dog skal det påpeges, at der er tale om kvindernes oplevelser, hvorved det ikke vides, om mændene har oplevet samme udbytte af samtalerne.

Emilie udtaler, at samtaler om håndtering af parforholdet har været gode, men at håndtering i praksis er svær, og at udbyttet ofte udebliver, da hun ikke, i situationen, kan forholde sig til den vejledning og rådgivning, som hun har fået. Heraf ses, at viden ikke nødvendigvis fører til handling (Jensen & Johnsen 2001), og at det vidner om, at der skal mere til for at håndtere parforholdet i visse situationer. Samtalerne i projektet fremstår ikke som tilstrækkelige til at understøtte Emilies udvikling af mestring af de stressorer, der opleves i relation til parforholdet, hvorved *oplevelse af sammenhæng* ikke styrkes.

Udvikling af moderrollen

Håndtering af moder- og forælderrollen har fyldt i samtalerne hos fire af kvinderne, og Anne og Mia udtrykker i den forbindelse mange bekymringer hertil. Bekymringerne relaterer sig blandt andet til håndtering af hverdagen, ændring af identitet, ændring i prioriteter samt barnets sundhed og trivsel. Anne har tidligere brugt mange timer dagligt på at gøre rent, og har gennem samtale med jordemoder-sundhedsplejerske-teamet erfaret, at det ikke er realistisk at opretholde en sådan adfærd, når barnet kommer, hvorved hun ufrivilligt har måttet være nødt til at ændre sine prioriteter. Mia har frygtet vuggedød, og bliver derfor oplyst af jordemoder-sundhedsplejerske-teamet om, hvordan hun kan se livstegn ved det sovende barn. For både Anne og Mia var der tale om uventet graviditet, hvilket medførte et chok for kvinderne, og

bekymringer relateret til moderrollen har derfor fyldt i samtalerne. Udbyttet for begge kvinder har været, at de blev mere rolige og afslappede omkring moderrollen.

Ud fra Antonovsky kan kvindernes bekymringer ses som et udtryk for manglende begribelighed og håndterbarhed. Begribelighed omhandler, hvordan individet oplever de stimuli, som den enkelte udsættes for (Antonovsky 2000). Ovenstående kan ses som et udtryk for, at kvinderne oplever den uventede graviditet som uforståelig og kaotisk, hvilket ifølge Antonovsky fører til lav begribelighed (2000), hvorved kvinderne kan opleve graviditeten som uoverkommelig og uforudsigelig. At kvinderne er blevet mere rolige kan tolkes som, at fagpersonernes råd og vejledning har hjulpet kvinderne til opnå større begribelighed og forudsigelig omkring graviditeten og moderrollen. Derudover kan de færre bekymringer skyldes, at kvinderne gennem samtale med fagpersonernes har opnået større håndterbarhed, som betyder, at kvinderne har fået flere ressourcer til at imødekomme de stimuli, som de udsættes for, som blandt andet at håndtere moderrollen. Herved er der balance mellem de belastninger, som kvinderne oplever og deres ressourcer til at håndtere belastningerne. Annes bekymringer er blevet mindre, men hun kan sommetider stadigvæk opleve bekymringer i forhold til barnets sundhed og trivsel, men det kan tyde på, at hun er blevet mere rolig, da hun angiver, at hun *"jo er nødt til bare at vente og se, og håbe på det bedste"*.

Samtalerne omkring håndtering af moder- og forælderrolle har desuden omhandlet ønsker, tanker og forventninger til familielivet, og Christina og Emilie er blevet forberedte på forælderrollen, og har fået råd i relation hertil. Christina har nedjusteret sine forventninger, og er blevet mere rolig.

Hverken Laura, Henriette eller Sofie erindrer at have talt om håndtering af moder- og forælderrollen. Ingen af de tre angiver at have fået et udbytte i forhold til håndtering af moderrollen, hvilket står i kontrast til *Kom Godt I Gangs* målsætning om at styrke kvindernes mestringssevne og øge deres forældrekompetence (Buhelt 2014). Sofie følte sig klar til moderrollen, men til trods herfor, har hun efter fødslen været på mor-barn hjem, hvor hun giver udtryk for, at udbyttet i forhold til håndteringen af moderrollen har været stort.

7.2.5 Relationer skaber forandring

I det følgende vil kvindernes oplevelser og tanker omkring relation til fagpersonerne i *Kom Godt I Gang* samt ligestillede blive udfoldet.

Tryghed og tillid

Fire kvinder oplever, at relationen til fagpersonerne er tryk og tillidsfuld, dog er deres årsager hertil forskellige. Christina angiver, at hun hurtigt lærte fagpersonerne at kende, og Anne føler, at hun kan sige tingene som de er, og at der er en god atmosfære. Mia føler, at fagpersonerne altid er tilgængelige for hende, for eksempel ved, at hun havde mulighed for at ringe, hvis hun havde spørgsmål. Emilie oplever, at fagpersonerne gav sig tid til hende, og at de var flinke. Ifølge Antonovsky så afhænger evnen til håndtering

af stressorer af i hvilken grad, der er ressourcer til rådighed, og disse ressourcer kan stamme fra andre, som individet har tillid til eller stoler på (2000), hvorved den trygge og tillidsfulde relation til fagpersonerne bliver af betydning for kvindernes håndtering af stressorer relateret til graviditet og barsel. Dette ses blandt andet hos Anne og Mia, som oplever relationen tryk og tillidsfuld, og samtidig bedre håndterer deres situation. I modsætning hertil, har Henriette og Sofie et begrænset udbytte af at deltage, hvilket muligvis kan forklares med manglende tillid og tryk i relationen til fagpersonerne. Henriette finder tilstedeværelse af to fagpersoner utryk, og videre finder Sofie ikke relationen tryk grundet den nævnte problematik i forhold til fagpersonernes dømmende adfærd. Laura giver ikke udtryk for, hvorvidt relationen til fagpersonerne findes tryk eller ej, men hun omtaler den som rar.

Kvinderne tilknyttedes et jordemoder-sundhedsplejerske-team i *Kom Godt I Gang*, og dette team skal følge kvinden gennem tilbuddet (Buhelt 2014). Mia er glad for kontinuiteten i at møde samme team hver gang, og ytrer ønske om, at jordemoderen også havde været til stede under hendes fødsel, hvor jordemoderen ikke havde vagt. Henriette nævner i relation hertil, at hun havde et ønske om, at den sundhedsplejerske, som hun var tilknyttet i *Kom Godt I Gang*, kunne fortsætte som den tilknyttede i barselsperioden. Dette kan ses som udtryk for, at det at møde de samme fagpersoner kontinuerligt, for nogle kvinder kan have betydning for, at en tryk og tillidsfuld relation kan udvikles.

Et kontinuerligt forløb giver mulighed for, at der kan opnås indgående kendskab til den enkelte, hvorved der kan tages udgangspunkt i dennes situation, hvilket er i tråd med *Kom Godt I Gangs* fokus på en individuel og helhedsorienteret tilgang (Buhelt 2014). Dette opleves dog ikke af alle, og der ses en polarisering mellem Sofie og Annes oplevelse af, hvordan der gives plads til dem som individer i forløbet, hvilket ses i følgende citater:

”Så der har været en forståelse af mig som menneske ret hurtigt, og også af [partner], og det er det, de har arbejdet ud fra. Det har de to i hvert fald været rigtig gode til at ramme” (Anne).

”Jeg var ikke så glad for hende sundhedsplejersken, hun snakkede meget ned til mig igennem hele det her projekt, og de her samtaler. Jeg synes, at hun var meget dømmende overfor, hvad jeg gjorde, og hvad jeg sagde, og hvad jeg kom fra. Jeg kan godt se, at det jo ikke er den perfekte barndom, men det gør jo ikke mig til et dårligere menneske. Så det følte jeg, jeg følte at jeg blev snakket meget ned til, at jeg var sådan retarderet, at jeg ikke selv kunne finde ud af at tænke, hvad mit barn havde behov for” (Sofie).

Anne oplever, at fagpersonerne ser og forstår hende og partneren som de mennesker, de er, mens Sofie oplever, at fagpersonerne taler ned til hende, og at fagpersonerne er dømmende overfor, hvad hun siger, gør og tidligere har oplevet. Anne føler det befriende ikke at skulle pakke tingene ind, når hun snakker med fagpersonerne, og hun ser dem som menneskelige, til trods for, at de er fremmede for hende, hvilket

indikerer en tryk og tillidsfuld relation. Konsekvensen bliver for Sofie, at hun ikke føler, at hun og fagpersonerne er på niveau og i øjenhøjde, og Sofie har et ønske om at blive set som et velfungerende menneske, som godt kan tænke selv. Der kan være tale om en ulige magtrelation, hvor det ses, at lægperspektivet underordnes og undertrykkes, hvilket Timm angiver som værende karakteriserende for den professionelle sektors tilgang (1997). En sådan tilgang synes ikke at være givende i tilbuddet, da Sofie reagerer med ikke at turde sige, hvad hun tænker, hvorved en tryk og tillidsfuld relation ikke ses opnået, og det kan have påvirket Sofies udbytte, som, ifølge hende, er begrænset til at vedrøre fødslen.

Identifikation med andre

Fem kvinder angiver, at det at dele oplevelser, tanker og bekymringer med andre i samme situation kunne være givende, hvis der var mulighed herfor. Sofie giver i den forbindelse udtryk for følgende:

”Jamen, jeg ville rigtig gerne have mødtes med nogle mødre eller gravide på min egen alder, så vi delte de her tanker og følelser omkring det her at skulle være ung mor, og hvordan folk kigger på én, altså så man ikke føler sig så alene. Nu har jeg heldigvis nogle veninder, som blev gravide kort tid efter mig, så dem snakkede jeg med om det, men måske også nogle, som også kom fra en barndom som ikke var særlig nem, det tænker jeg, at det havde måske været lidt bedre” (Sofie).

Af citatet ses, at det, at indgå i et fællesskab med andre ligestillede, hvor følelser og tanker kan deles, opleves som ønskeligt. Videre ses, at samtale med veninder, som ikke nødvendigvis har samme baggrund som Sofie, ikke er tilstrækkeligt til at opfylde Sofies behov.

At kvinderne udtrykker ønske om at tale med andre i samme situation, kan ifølge Timm, ses ud fra de forskellige perspektiver, som henholdsvis de fagprofessionelle og lægfolk har, hvor de fagprofessionelle i højere grad har fokus på blandt andet behandling, mens lægfolk har fokus på de subjektive oplevelser (1997; 2013). Fagpersonerne kan bidrage med faglig viden, mens ligestillede kan bidrage med hverdagslivsorienterede erfaringer, hvorved der kan skabes en oplevelse af normalitet ved, at kvinderne erfarer, at de ikke er alene om at have specifikke tanker og følelser. Herved kan kvinderne relatere egen situation med til andres gennem samtale med ligestillede. Dette kan indikere, at relation til fagpersoner og ligestillede kan bidrage med noget forskelligt, hvorved begge relationer er vigtige og har forskellige funktioner. Anne oplever, at det er gavnligt, at fagpersonerne italesætter, at hun ikke er alene om sine tanker og følelser, hvorved fagpersonerne søger at imødekomme de subjektive, oplevelses- og hverdagslivsorienterede perspektiver.

Ikke alle giver udtryk for at have behov for at tale med ligestillede, og Christina angiver, at hun ikke finder det relevant at indgå i et gruppeforløb, da hun hellere vil fokusere på sit barn.

Laura udtrykker, at det kunne have interesse, såfremt at der var tale om en mindre gruppe, som mødtes, da hendes partner ikke fungerer blandt mange mennesker. Anne støtter op herom, og giver ligeledes udtryk for, at gruppen ikke må være for stor, og at det gerne kun skal være to til tre andre.

7.2.6 At komme godt i gang

Til trods for, at der er varierende oplevelser af *Kom Godt I Gang* undervejs i forløbet, så er størstedelen af kvinderne enige om, at den samlede oplevelse har været positiv, hvilket kan være udtryk for, at de har opnået en større *oplevelse af sammenhæng*, som kan indikere, at der er opnået øget mestringsevne og forældrekompetence. Fem kvinder giver udtryk for, at de er glade og tilfredse med deres forløb, og at udbyttet har været godt, mens Laura ikke udtaler sig herom, og Sofie har ikke en positiv oplevelse af forløbet. De modsatrettede oplevelser understreges i følgende citater af Anne, Christina og Sofie:

"At jeg er kommet godt i gang. Det lyder sådan lidt cheesy, det gør det jo. Men det er altså rigtigt. Det føler jeg faktisk" (Anne).

"Det synes jeg, ja, alltid og jeg fortryder det overhovedet ikke, og jeg gør det gerne igen" (Christina).

"Nej, men jeg har faktisk kun sådan lidt en negativ oplevelse af det, når jeg sådan tænker over det" (Sofie).

Christina giver udtryk for, at hun gerne ville tage imod tilbuddet igen, hvilket bakkes op af Henriette og Mia, hvorudfra det kan udledes, at den samlede oplevelse her været, at tilbuddet har været meningsfuldt og gavnligt. Dette står i kontrast til den oplevelse, som Mia og Henriette havde af at blive tilbudt at deltage, og der er dermed sket en holdningsændring hos begge kvinder undervejs i forløbet, som kan forklares ved, at der er opnået en styrket *oplevelse af sammenhæng*. Håndterbarhed kan opnås gennem tillidsfulde relationer (Antonovsky 2000), og da Mia oplever, at relationen til fagpersonerne har været tryk og tillidsfuld, så kan forklaringen på holdningsændringen til deltagelsen findes heri, da Mia, som tidligere nævnt, har fået ressourcer til at håndtere moderrollen. Den trygge relation bidrager desuden til at øge meningsfuldheden, som udvikles på baggrund af delagtighed (Antonovsky 2000), hvilket kan have indvirket på Mias ændrede opfattelse af *Kom Godt I Gang*. Henriette opnår, som følge af sin deltagelse, et styrket parforhold, hvor der udvikles ressourcer til at håndtere konflikter forbundet hermed.

7.3 Litteraturstudie

I det følgende præsenteres og analyseres specialets udvalgte litteratur fra den systematiske litteratursøgning, hvor seks kvalitative studier er udvalgt. Alle studier anvender interviews som metode, og fire af studierne omhandler sårbare gravides oplevelser, mens de to øvrige beskæftiger sig med gravide generelt. To studier

omhandler interventioner målrettet sårbare gravide, mens de øvrige fire omhandler henholdsvis gravides oplevelser af beslutningsprocesser i relation til svangreomsorgen og aspekter relateret til graviditet, fødsel og barsel.

Der er gennem artiklerne identificeret en række temaer, som optræder hos kvinder i relation til deres graviditet og moderskab, og artiklerne skal bidrage til at besvare problemformuleringen. Yderligere er artiklerne medvirkende til, i samspil med den indsamlede empiri og udvalgte teori, at påpege forandringspotentialer i fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide.

Indledningsvist præsenteres de udvalgte artikler enkeltvis ved hjælp af en skematisk oversigt med fokus på formål, metode, intervention, resultater og kvalitetsvurdering. Der foreligger dernæst en vurdering af de udvalgte artikler, hvor deres relevans for specialet tydeliggøres. Dernæst præsenteres artiklernes resultater ud fra fire overordnede temaer, som er identificeret ud fra de inddragede artikler, og disse er; håndtering af moderrollen, relationer, udbytte for kvinden og samfundsdiskurs. Disse temaer er fundet væsentlige i forhold til at kunne bidrage til at give indsigt i kvindernes oplevelser af svangreomsorg, målrettede indsatser samt graviditet generelt, og yderligere bidrage med at belyse, hvilke forhold, der må medtænkes fremadrettet i målrettede indsatser. Studiernes metodologiske overvejelser vurderes i den skematiske oversigt ud fra Kvale & Brinkmanns kvalitetskriterier for kvalitativ metode; reliabilitet, validitet, analytisk generaliserbarhed samt reflektiv objektivitet (2015), for at identificere artiklernes begrænsninger og styrker.

Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care Ebert, L., Bellchambers H., Ferguson, A. & Browne, J., 2014, Australien.				
Formål	Metode	Intervention	Resultater	Vurdering
<p>At udforske problemstillinger, som påvirker socialt udsatte kvinders evne til aktivt at engagere sig i beslutningsprocesser relateret til barselspleje.</p>	<p>Tre fokusgruppeinterviews.</p> <p>Der anvendes en <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> (IPA) som analysestrategi. Denne har til formål at undersøge individers oplevelser i detaljer.</p> <p><u>Deltagere:</u> 17 australske udsatte kvinder rekrutteres via to lokale centre i New South Wales, Australien. Alle kvinder skal have født indenfor de sidste 24 måneder. Yderligere oplysninger foreligger ikke om deltagerne.</p>	<p>Ingen.</p>	<p>Artiklen identificerer tre temaer; At føle sig tryk, at føle sig værdsat og at være tilgængelig. Kun det første tema præsenteres i artiklen.</p> <p><u>At føle sig tryk:</u> Kvinderne føler sig ikke trygge nok til at engagere sig i deres valgmuligheder eller søge kontrol over deres barselspleje, selvom kvinderne har et ønske herom.</p> <p>Kvinderne føler sig udenfor barselsplejen og beslutningsprocesser i relation hertil.</p> <p>Kvinderne mangler tilstrækkelig information, og er bange for ikke at leve op til jordemødrenes anvisninger, hvilket ses som barrierer for deres engagement i relation til barselsplejen.</p> <p><u>Fremadrettet anbefaling:</u> Jordemødrene skal sikre, at kvinderne føler sig trygge i forhold til at have en mening om deres valgmuligheder. Der skal findes måder, hvorpå man kan give kvinderne en følelse af kontrol inden for deres barselspleje.</p>	<p><u>Reliabilitet</u> Tydelig proces fra dataindsamling til bearbejdning af data (tabel 1). Resultaterne underbygges med citater.</p> <p><u>Validitet</u> Metode er ikke fundet velegnet til at undersøge formålet, da fokusgruppeinterviews ikke ses velegnede til sårbare grupper. Mangelfuld beskrivelse af selektionskriterier af deltagerne.</p> <p><u>Analytisk generaliserbarhed</u> Den analytiske generaliserbarhed begrænses af, at data stammer fra et område og at redegørelse for deltagere er mangelfuld.</p> <p><u>Refleksiv objektivitet</u> Der er redegjort for den videnskabsteoretiske position og dermed forståelsesrammen. Dog diskuteres forskerens rolle, og dennes eventuelle påvirkning af undersøgelsen, ikke.</p>

Me and my Bump': An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women Birtwell, B., Hammond, L. & Puckering, C., 2015, England				
Formål	Metode	Intervention	Resultater	Vurdering
<p>At undersøge sårbare gravides oplevelser af graviditeten og af at deltage i interventionen Mellow Bumps.</p>	<p>Individuelle semistrukturerede interviews 3-5 uger efter afslutning af interventionen, i kvindernes eget hjem.</p> <p>Der anvendes en <i>Interpretative Phenomenological Analysis</i> (IPA) som analysestrategi. Denne har til formål at undersøge individers oplevelser i detaljer.</p> <p><u>Deltagere:</u> Otte kvinder i alderen 17-37 år rekrutteres via interventionen Mellow Bumps. Kvinderne kom fra dårligt stillede områder. Kvinderne var mellem 14-40 uger henne i svangerskabet. Fem kvinder har allerede børn. Fem kvinder deltog i alle seks uger af interventionen, to deltog i 5 uger og én deltog i to uger.</p>	<p>Mellow Bumps er en 6 ugers fødselsforberedende gruppeintervention, som har til formål at opbygge relationer med familier, der ofte har svært ved at engageret sig i tilbud. Derudover har interventionen til formål at mindske stress hos de gravide og øge deres velbefindende ved at tilbyde professionel støtte. Yderligere har interventionen til formål at hjælpe mødre til at forstå vigtigheden af interaktion med deres barn under og efter graviditeten, ved at give dem rådgivning omkring børns udvikling.</p> <p>Fokus er på aktiviteter og diskussioner i stedet for undervisning og aktiviteterne har fokus på at opmuntre kvinderne til at interagere med og opbygge en relation til deres børn.</p>	<p>Artiklen identificerer fem temaer;</p> <p><u>En tid med refleksion:</u> Tidligere oplevelser fik nogle til at føle sig stærkere, mens det hos andre vakte bekymring. Nogle så graviditeten som en ny start.</p> <p><u>Min krop bliver overtaget:</u> Kvinderne oplevede usikkerhed omkring de fysiske forandringer under graviditet og fødsel. Bekymringer deles i Mellow Bumps.</p> <p><u>Graviditet er en emotionel rutsjebane:</u> Kvinderne oplevede forskellige emotionelle reaktioner, og fandt Mellow Bumps givende, fordi oplevelser kunne deles.</p> <p><u>Relationer er vigtige:</u> Kvinderne gav udtryk for at Mellow Bumps hjalp dem til at skabe relationer og gav støtte.</p> <p><u>Adskille identiteter:</u> Kvinderne gav udtryk for at deres identitet udviklede eller ændrede sig under graviditeten. Mellow Bumps fik kvinderne til tænke over, håndtering af moderskabet, og vidensdeling kvinderne imellem var særligt givende.</p>	<p><u>Reliabilitet</u> Grundig beskrivelse af metode og analyseprocessen. Resultaterne underbygges med citater.</p> <p><u>Validitet</u> Metode er fundet velegnet til at undersøge formålet, da individuelle semistrukturerede interviews findes velegnede til sårbare grupper.</p> <p><u>Analytisk generaliserbarhed</u> Det vurderes, at der kan generaliseres til sårbare gravide, dog vides det ikke om "ikke-deltagere" adskiller sig fra gruppen.</p> <p><u>Refleksiv objektivitet</u> Der er redegjort for den videnskabsteoretiske position og dermed forståelsesrammen. Derudover er forskeren bevidst om sin egen rolle og forforståelse, og dennes eventuelle påvirkning.</p>

Lack of Preparedness. Experiences of First-Time Mothers George, L., 2005, USA				
Formål	Metode	Intervention	Resultater	Vurdering
<p>At undersøge førstegangsmødres oplevelser og erfaringer efter udskrivelse fra hospitalet efter fødsel, og om de føler sig klædt på til den nye rolle.</p>	<p>Semistrukturerede interviews fire uger efter fødslen i kvindernes eget hjem.</p> <p>Der anvendes Grounded Theory som metode, hvor hensigten er at udvikle teori ud fra empirien.</p> <p>21 kvinder inviteres til at deltage i undersøgelsen inden barselsgangen forlades, hvoraf 10 indvilliger.</p> <p>Inklusionskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Førstegangsfødende - 18-44 år - Engelsktalende - Ukompliceret fødsel - Ingen kroniske medicinske lidelser - Udskrevet indenfor 48 timer efter fødslen. <p><u>Deltagere:</u> De 10 deltager er i alderen 18-35 år. 80 % af kvinderne har læst fødselslitteratur eller brugt internettet for at søge information selv. 50 % deltog i undervisning og 3 % brugte andre kilder til at opnå information fx sundhedsprofessionelle.</p>	Ingen.	<p>Artiklen identificerer fire temaer;</p> <p><u>Ændring af prioriteter:</u> Kvinderne giver udtryk for bekymringer omkring tiden efter fødslen, og ændring af prioriteter forbundet hermed.</p> <p><u>Overvældende ansvar:</u> Kvinderne oplever et overvældende ansvar, fordi de føler sig uforberedte.</p> <p><u>Uklare forventninger til rolle:</u> Kvinderne går fra at være gravide til at være mødre, og det sker over tid. Kvinderne er usikre på forventningerne til den nye rolle, og har behov for at rollen defineres.</p> <p><u>Manglende viden:</u> Kvinderne føler, at de mangler viden og har mange ubesvarede spørgsmål til tiden efter fødslen. Dette medfører informationssøgende adfærd.</p> <p><u>Fremadrettet anbefaling:</u> Telefonopkald for at afklare tvivlsspørgsmål, hvorved kvindernes behov imødekommes.</p>	<p><u>Reliabilitet</u> Der forelægger en beskrivelse af metode og analyseproces, men denne er uklar i forhold til indsamling af empiri. Resultaterne underbygges med citater.</p> <p><u>Validitet</u> Metode er fundet velegnet til at undersøge formålet, dog synes teorigenerering på baggrund af 10 informanter ikke at være realistisk. Interviews blev fulgt op med et telefonopkald for at validere fundene, og for at sikre at udlægningen af interviewet er rigtig.</p> <p><u>Analytisk generaliserbarhed</u> Rekrutteringsprocessen begrænser antallet af informanter, og derved er det usikkert, om datamætning er opnået, da stikprøven har en begrænset diversitet, hvorved generaliserbarhed begrænses.</p> <p><u>Refleksiv objektivitet</u> Der er ikke redegjort for den videnskabsteoretiske position.</p>

Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting Kirkpatrick, S., Barlow, J., Stewart-Brown, S. & Davis, H., 2007, Storbritannien				
Formål	Metode	Intervention	Resultater	Vurdering
<p>At undersøge sårbare kvinders oplevelser af hjemmebesøg under graviditet og i de første år efter fødsel, hvor en sundhedsplejerske, som er trænet i at arbejde i partnerskab med familier, foretager besøgene.</p>	<p>20 semistrukturerede interviews med de første kvinder, som har gennemført hjemmebesøgsinterventionen.</p> <p>Der anvendes en tematisk dataanalyse som analysestrategi, og denne præsenteres ikke nærmere.</p> <p>Det søges at kontakte 29 kvinder, hvoraf 20 er kontaktbare og indvilliger i at deltage i interviews. Interviews er foretaget i kvindernes hjem.</p> <p><u>Deltagere:</u> Kvindernes gennemsnitsalder er 29 år og de kategoriseres som sårbare. De er i deres andet trimester af graviditeten, og er tilfældigt udtrukket til at deltage i hjemmebesøgsinterventionen.</p>	<p>Hjemmebesøgsinterventionen blev udført af erfarne sundhedsplejersker oplært i <i>Family Partnership Model</i>.</p> <p>Interventionen fokuserer på, at sundhedsplejerskerne arbejder i partnerskab med forældrene, og udvikler forhold baseret på tillid, empati og respekt. Videre er der fokus på at styrke relationen mellem mor og barn gennem massage, babydans, sang og musik.</p> <p>Interventionen blev tilbudt kvinder, som blev identificeret som "sårbar", f.eks. ved at være under 17 år, have vanskeligheder med husholdning eller økonomi, ved at være socialt isoleret, have mentale problemer osv. Figur 1 indeholder en karakteristik af de deltagende kvinder.</p> <p>Kvinderne fik et ugentligt besøg af en times varighed i perioden fra andet trimester og 18 måneder frem.</p>	<p>Artiklen identificerer otte temaer;</p> <p><u>Indledende bekymringer:</u> Tidligere erfaring med social- og sundhedssektoren bekymrer kvinderne i forhold til nuværende intervention.</p> <p><u>Første indtryk:</u> Trods kvindernes indledende bekymringer, ændrer opfattelserne af sundhedsplejerskerne sig til at blive positive ved det første møde.</p> <p><u>Opfattelse af sundhedsplejersker:</u> Kvinderne fremhæver sundhedsplejerskernes kvaliteter og kvalifikationer, og er overraskede og positivt stemte over for dem.</p> <p><u>Det udviklende forhold:</u> Kvinderne udtrykker, at forholdet til sundhedsplejersken opbygges gradvist, og bygger på tillid og respekt.</p> <p><u>Henvisninger til sociale myndigheder:</u> Det tillidsfulde forhold til sundhedsplejersken gør henvisningen til sociale myndigheder nemmere.</p>	<p><u>Reliabilitet</u> Der er redegjort kort for metodiske beslutninger, men redegørelse for analysestrategi mangler. Resultaterne underbygges med citater.</p> <p><u>Validitet</u> Metoden er fundet velegnet til at undersøge formålet. Den tematiske kodning er tjekket af en ekstern forsker, hvilket styrker validiteten.</p> <p><u>Analytisk generaliserbarhed</u> Det vurderes, at der kan generaliseres til sårbare gravide med forskellige karakteristika (jf. tabel 1). Dog adskiller interviewdeltagerne sig fra interventionens øvrige deltagere, idet de har flere besøg i interventionen, og kan være mere positivt stemte.</p> <p><u>Refleksiv objektivitet</u> Der er ikke redegjort for den videnskabsteoretiske position.</p>

			<p><u>At have en for dig:</u> Det at have nogen ved ens side og have nogen, som lytter, er af stor betydning for kvinderne.</p> <p><u>Fordelene ved forholdet til sundhedsplejerskerne:</u> Kvinderne angiver, at forholdet til sundhedsplejersken har bidraget til, at de har fået større tro på dem selv, forbedret mental sundhed, bedre forældreevner og et bedre forhold til barn og partner.</p> <p><u>Ændring i holdning til professionelle:</u> Den positivt ændrede holdning har medvirket til, at kvinderne har lettere ved at åbne op for andre professionelle.</p> <p><u>Fremtidig anbefaling:</u> Intensive hjemmebesøgsordninger til sårbare eller "hard-to-reach" familier angives som potentielt effektfulde.</p>	
--	--	--	---	--

'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development				
Lupton, D. A., 2011, Australien				
Formål	Metode	Intervention	Resultater	Vurdering
<p>At belyse aspekter i relation til graviditet og de tidlige stadier efter fødslen.</p>	<p>60 interviews gennemføres med australske mødre. Det specificeres ikke i artiklen, hvilken interviewmetode, der tages udgangspunkt i.</p> <p>Der anvendes en diskursanalytisk tilgang som analysestrategi, hvor bredere betydninger, som understøtter kvindernes forklaringer af deres tro og erfaringer, findes.</p> <p>Kvinder rekrutteres gennem tidligere studier, snowball-metoden, reklameopslag og tilfældig udvælgelse i centre o.l.</p> <p><u>Deltagere:</u> Mødrene er i alderen 19-48 år. De kommer fra forskellige dele af Sydney, og halvdelen af mødrene er socioøkonomisk bedre stillet, mens den anden halvdel er dårligere stillet.</p>	<p>Ingen.</p>	<p>Artiklen identificerer fire temaer;</p> <p><u>At disciplinere den gravide krop:</u> De fleste kvinder fokuserer på at fremme sundhed og fosterets udvikling ved f.eks. at spise sundt og motionere. De med lavere socioøkonomisk status efterlever i mindre grad anbefalinger om f.eks. rygestop.</p> <p><u>At fremme spædbarnets sundhed:</u> Mange er bekymrede for spædbarnets sundhed og trivsel.</p> <p><u>Vaccination:</u> Mange er ambivalente, men vælger at vaccinere.</p> <p><u>At fremme spædbarnets udvikling:</u> Især de bedrestillede kvinder har fokus på spædbarnets intellektuelle og fysiske udvikling, og der sammenlignes med andre børns udvikling.</p>	<p><u>Reliabilitet</u> Der er redegjort kort for metodiske beslutninger og analysestrategi. Resultaterne underbygges med citater.</p> <p><u>Validitet</u> Metoden er fundet velegnet til at undersøge formålet.</p> <p><u>Analytisk generaliserbarhed</u> Det vurderes, at der kan genrealiseres til mødre generelt med forskellige karakteristika.</p> <p><u>Refleksiv objektivitet</u> Der er ikke redegjort for den videnskabsteoretiske position. Der redegøres ikke for studiets begrænsninger og styrker, hvilket ses som en svaghed.</p>

A public health perspective of women's experiences of antenatal care: An exploration of insights from a community consultation				
Thomson, G., Dykes, F., Singh, G., Cawley, L. & Dey, P., 2013, England				
Formål	Metode	Intervention	Resultater	Vurdering
<p>At give et bud på en kritisk diskussion af brugernes oplevelser af sundhedsydelse relateret til graviditet ud fra et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv.</p>	<p>18 fokusgruppeinterviews og seks individuelle semistrukturerede interviews er gennemført i et tidligere studie, og artiklen baserer sig på data herfra.</p> <p>Der anvendes en tematisk analyse som analysestrategi, hvor analysen bevæger sig fra basistemaer til globale temaer.</p> <p><u>Deltagere:</u> 92 deltagere rekrutteres fra organisationer, som beskæftiger sig med sårbare populationer i det nordvestlige England. Sårbarhed vurderes ud fra 13 kriterier, som ses i tabel 1.</p>	<p>Ingen.</p>	<p>Artiklen identificerer fire temaer;</p> <p><u>Fremmøde til svangreomsorg:</u> Svangreomsorgen findes meningsfuld i forhold til at blive forberedt til fødsel, møde ligestillede og give tryghed.</p> <p><u>Frekvens af aftaler i svangreomsorg:</u> Ekstra samtaler ved graviditetsrisici eller ved behov findes positivt.</p> <p><u>Lokalitet af svangreomsorg:</u> Ydelse i nærrområde opleves positivt.</p> <p><u>Informationsrisici:</u> Information om risici findes positivt, dog er formidlingen heraf afgørende. Råd følges ikke, når de ikke passer ind i kvindernes liv. Mundtlig information foretrakkes.</p> <p><u>Fremtidig anbefaling:</u> Hverken en målrettet tilgang baseret på kliniske behov eller en populationsorienteret tilgang passer til målgruppens behov. Derfor skal der udarbejdes en model, som passer til det enkelte individ.</p>	<p><u>Reliabilitet</u> Grundig beskrivelse af metode og analyseprocessen. Resultaterne underbygges med citater.</p> <p><u>Validitet</u> Der argumenteres ikke for, hvorfor både fokusgruppe- og semistrukturerede interviews anvendes, men på trods heraf er metoden fundet delvist velegnet til at undersøge formålet.</p> <p><u>Analytisk generaliserbarhed</u> Det vurderes, at der kan generaliseres til sårbare gravide med forskellige karakteristika (jf. tabel 1 og 2).</p> <p><u>Refleksiv objektivitet</u> Der er ikke redegjort for den videnskabssteoretiske position.</p>

7.3.1 Samlet vurdering

De seks udvalgte studier belyser alle kvinders oplevelser relateret til graviditet og tiden efter fødslen, og det fremkommer i ovenstående skematiske oversigt af artiklerne, at kvindernes oplevelser har forskellig karakter, afhængig af, om kvinden har indgået i en målrettet indsats eller modtaget det generelle tilbud inden for svangreomsorgen.

Som nævnt er det ikke alle artikler, der beskæftiger sig med sårbare gravide, og George og Lupton beskæftiger sig med henholdsvis førstegangsmødre og gravide generelt (2005; 2011), hvor Lupton inddeler de gravide i to grupper bestående af socioøkonomisk bedre og dårligere stillede (2011). Disse artikler er medtaget, da deres fund vurderes at have relevans for specialets problemfelt, da mange af de problemstillinger, som gravide oplever, vurderes at eksistere hos både sårbare og gravide generelt, og da sårbare gravide ofte er socioøkonomisk dårligere stillede. Artiklen af George er begrænset ved, at der ikke foreligger en grundig beskrivelse af, hvorledes den indsamlede empiri er indhentet, hvilket svækker studiets reliabilitet. Desuden er studiets generaliserbarhed begrænset af, at deltagerne har en begrænset diversitet, og derved kan fundene ikke generaliseres bredt ud, men kun bruges i begrænset omfang, såfremt de ikke støttes op af anden empiri. Artiklen af Lupton er baseret på 60 interviews, hvilket, ifølge Kvale & Brinkmann, besværliggør en dybdegående analyse af interviewene (2015). Studiet er begrænset ved ikke at omhandle sårbare gravide, men fundene vurderes på trods heraf at kunne bidrage til at belyse kvindernes oplevelser, såfremt fundene støttes op af anden empiri.

Af de artikler, som omhandler sårbare gravide, tager Kirkpatrick et al. og Birtwell et al. afsæt i en intervention eller indsats målrettet gruppen (2007; 2015), og disse vurderes derfor anvendelige i forhold til inddragelse i en analyse og diskussion af specialets case, *Kom Godt I Gang*, hvor der kan drages paralleller mellem interventionerne, hvilket styrker specialets empiriske fund. Disse to artikler vægtes på den baggrund højt i forhold til analyse og senere diskussion. Dog svækkes begge af, at interviewinformanterne kan være forskellige fra dem, som ikke har deltaget, og i studiet af Kirkpatrick et al., har informanterne haft flere besøg i interventionen end dem, som ikke blev interviewet, og de kan derfor være mere positivt stemte overfor interventionen. Yderligere skal nævnes, at fundene af Kirkpatrick et al. ikke støttes op af et kvantitativt studie af samme intervention, dog vurderes 20 dybdegående interviews at kunne bidrage med andet end et kvantitativt studie, hvilket kan forklare uoverensstemmelsen. Begrænsningerne er dog ikke af en sådan karakter, at det påvirker den samlede vurdering af artiklerne.

De øvrige artikler omhandler ikke målrettede eller specifikke interventioner, men beskæftiger sig i stedet med svangreomsorgen generelt eller gravides oplevelser på et mere overordnet plan. Artiklerne vurderes dog ligeledes anvendelige i forhold til den senere diskussion, eftersom erfaringer og oplevelser i forhold til svangreomsorgen ligeledes kan inddrages i udviklingen af fremtidige indsatser målrettet sårbare gravide.

Alle de inddragede artikler anvender, som nævnt, interviewundersøgelse som metode, og fire ud af seks artikler anvender udelukkende individuelle interviews, mens Thomson et al. og Ebert et al. anvender henholdsvis en kombination af individuelle interviews og fokusgruppinterviews samt udelukkende fokusgruppe interviews (2013; 2014). Begge artikler omhandler sårbare gravide, og der kan stilles spørgsmål ved, hvorvidt fokusgruppinterviews er anvendelig som metode til belysning af sårbare gruppers oplevelser. Dog vurderes artiklernes resultater ikke at være begrænset heraf, da informanterne i begge artikler udtrykker deres bekymringer, utryghed og andre personlige tanker i forhold til graviditet og tiden efter fødslen, men det kan imidlertid ikke udelukkes, at kvinderne har tilbageholdt udsagn under interviewene. Der foreligger ikke en redegørelse for informanterne i artiklen af Ebert et al., hvilket begrænser generaliserbarheden.

7.3.2 Håndtering af moderrollen

Fem ud af de seks fremfundne artikler relaterer sig til temaet; håndtering af moderrollen. Herunder er der fundet undertemaer, som er ansvar og bekymring, refleksion og ændring af identitet samt ressourcer, og disse gennemgås i det følgende.

Ansvar og bekymring

George og Lupton, som begge undersøger gravides oplevelser og ikke specifikt har fokus på sårbare gravide, finder, at moderrollen er forbundet med et stort ansvar, og at de gravide oplever usikkerhed og bekymring i relation hertil (2005; 2011). George finder, at førstegangsfødende giver udtryk for, at de føler sig godt klædt på til graviditeten og fødslen, men føler sig uforberedte og bekymrede i tiden lige efter fødslen. Flere kvinder giver udtryk for at være overvældet af det nye ansvar som barnets primære omsorgsgiver, og finder yderligere, at forventningerne til den nye rolle som mor er forvirrende og uklare, og en kvinde giver udtryk for bekymring i forhold til, om hun vil være i stand til at klare opgaven (George 2005), hvilket understreges i følgende citat:

“There were so many times I didn’t know what to do. I was afraid to do everything”

(George 2005, s. 254).

Det er her værd at bemærke, at artiklens resultater baserer sig på interviews med 10 førstegangsfødende, som kan adskille sig fra de, der ikke indvilligede i at deltage i interviewundersøgelsen, ved at være mindre bekymrede og overvældede, hvorved det generelle billede kan være mere udtalt end angivet i artiklen, hvilket understreger problematikken omkring bekymring forbundet med håndtering af moderrollen. Lupton finder, at kvinderne ser spædbarnet som sårbart og omsorgskrævende, og mange er bekymrede for spædbarnets sundhed og trivsel (2011). Studiet af Lupton baserer sig på interviews med 60 kvinder med forskellig karakteristika, hvilket kan indikere, at fundene har generel relevans for både sårbare og gravide

generelt. Heraf ses, at tiden efter fødslen er forbundet med bekymring for varetagelse af spædbarnets trivsel. Lupton påpeger i den forbindelse, at moderrollen, som en konsekvens heraf, er forbundet med risiko, ansvar og konstant refleksion (2011). Modsat George, som entydigt finder, at kvinder er klædt på til graviditeten og fødslen, så finder Lupton, at nogle kvinder udtrykker bekymring og skyldfølelse, såfremt at anbefalingerne omkring kost, motion med videre under graviditeten ikke efterleves (2011), og her ses, at ansvar og bekymring relateret til håndtering af moderrollen, for nogle, allerede begynder under graviditeten. Det skal nævnes, at George ikke har som sit primære formål at undersøge bekymringer relateret til graviditet, men i stedet fokuserer på tiden efter fødslen, hvilket kan forklare, at artiklen finder, at bekymring relateret til håndtering af moderrollen udelukkende findes i tiden efter fødslen.

Refleksion og ændring af identitet

Birtwell et al. finder, at de fleste kvinder er reflekterende omkring deres fortid og dens betydning for deres graviditet. To kvinder giver udtryk for, at deres fortid har gjort dem stærkere, mens tre kvinder er bekymrede for, at deres fortid kan have betydning for deres håndtering af moderskabet. Flere af kvinderne ser graviditeten som en mulighed for at modstå uhensigtsmæssig adfærd og starte på en frisk (Birtwell et al. 2015). Birtwell et al. undersøger sårbare gravides oplevelser af at have deltaget i interventionen *Mellow Bumps*, og dermed kan refleksion omkring fortid være udtryk for, at dette er i fokus i interventionen, hvorved det ikke vides, om alle sårbare gravide vil være reflekterede herom. Det ses, at kvinderne gennem refleksion forbereder sig på moderrollen gennem tidligere oplevelser og erfaringer, og der sker en ændring af identiteten under graviditeten. Der er blandt kvinderne enighed om, at deres identitet har udviklet eller ændret sig under graviditeten, hvilket for nogle kvinder blev anset som noget positivt, mens andre så det som et tab af nuværende identitet, og dermed som en uønsket udvikling, hvilket ses af følgende:

“I will do a lot more than what my mum did for me, you know? And I won't have... cause my mum and my dad got divorced...And I wasn't a family, like a proper family...Yeah, like not a strong family...Eh, I want to be a better person than my mum” (Birtwell et al. 2015, s. 224).

“I wanted to get back into my normal routine and doing the things I was doing before, but I couldn't because I was pregnant” (Birtwell et al. 2015, s. 225).

Alle kvinder er dog enige om, at *Mellow Bumps* bidrager til refleksion i forhold til moderskabet, og det at høre, hvordan andre kvinder klarer rollen, findes særligt givende (Birtwell et al. 2015). Heraf udledes, at interaktion og samtale med andre i samme situation bidrager til, at kvinderne bliver mere reflekterende, hvorved deres identitet kan udvikle og ændre sig. Artiklen af Birtwell et al. er baseret på interviews med otte sårbare kvinder med forskellig karakteristika i forhold til alder, antal børn og terminsdato for nuværende graviditet, hvilket bidrager til, at der opnås et nuanceret billede af kvindernes oplevelser. Det skal fremhæves, at der primært er tale om unge kvinder, hvor det vurderes, at interaktion og samtale med andre i

samme situation er af stor betydning, da kvinderne formentlig ikke har samme mulighed herfor i deres nære netværk grundet deres unge alder.

Ressourcer

George finder, at førstegangsmødre føler, at de mangler viden om moderrollen, og dette medfører, at kvinderne har et øget behov for at opsøge information relateret til håndtering heraf (2005).

Heraf vurderes det, at førstegangsmødre kan have forskellige ressourcer, hvilket kommer til udtryk i deres vidensniveau og handlekompetence i relation til moderrollen, og som forsøg på at indfri forventningerne til håndtering af moderrollen opstår der behov for en informationssøgende adfærd. Artiklen beskæftiger sig udelukkende med førstegangsmødre, hvorved der kun kan generaliseres hertil, og det vides ikke på baggrund af artiklen, om mødre generelt har samme informationssøgende adfærd.

I artiklen af Kirkpatrick et al. findes det, at forholdet til sundhedsplejerskerne i hjemmebesøgsinterventionen bidrager til, at sårbare kvinder får bedre forældreevner og derigennem et bedre forhold til barnet (2007). Dog skal nævnes, at artiklens fund kan være begrænsede af, at de, der har deltaget i interviewundersøgelsen, generelt har haft flere besøg i interventionen, end de, der ikke indvilligede i at deltage. Dette kan indikere, at disse kvinder kan have været mere positivt stemte overfor interventionen, og de kan have fået et større udbytte. Det kan udledes heraf, at sårbare gravides ressourcer kan styrkes gennem en tillidsfuld relation til den sundhedsprofessionelle, hvorved håndtering af moderrollen kan forbedres til gavn for kvinden og barnet. I relation hertil finder Thomson et al., at information skal formidles mundtligt, hvorved der gives mulighed for, at der kan stilles spørgsmål undervejs (2013). Dialog mellem den sundhedsprofessionelle og kvinden vurderes på den baggrund at kunne bidrage til udvikling af ressourcer ved, at den givne information bliver relateret til den enkelte kvinde. Dog begrænser artiklen af Thomson et al. sig ved, at der ikke alene tages udgangspunkt i kvindens oplevelser, men også i hendes families oplevelser af graviditetsforløb og svangreomsorg, hvorved behovet for information og dialog ikke kun er et udtryk for kvindens behov. Thomson et al. og Kirkpatrick et al. er baseret på henholdsvis 92 og 20 informanter, hvilket styrker artiklernes fund, da det formodes, at datamætning er opnået, hvorved artiklernes fund antages at være gældende for sårbare gravide. Dog kan det ikke udelukkes, at analyse af den omfattende empiri i artiklen af Thomson et al. kan have medført en overfladisk analyse, hvor det ikke formås at nå i dybden, hvilket kan svække artiklens fund.

7.3.3 Relationer

Fem ud af de seks fremfundne artikler relaterer sig til temaet; relationer. Herunder er der fundet undertemaer, som er relationer til sundhedspersonale, relationer til lige stillede samt relationer til det nære netværk, og disse gennemgås i det følgende.

Relationer til sundhedspersonale

Fire artikler fremhæver vigtigheden af relationen mellem kvinderne og sundhedspersonalet i forbindelse med graviditet og tiden efter fødslen. Kirkpatrick et al. finder, at sårbare kvinder har negative forudfattede opfattelser af medarbejdere fra social- og sundhedssektoren, grundet tidligere erfaringer, hvor kvinderne udtrykker, at de sundhedsprofessionelle har for lidt tid til dem, at de er der for at ”tjekke op på dem”, at der er stor udskiftning i personalet, og at personalet ikke er fleksibelt (2007). I den forbindelse finder George, at førstegangsfødende føler sig svigtet af sundhedssystemet og overladt til sig selv i tiden efter fødslen, og foreslår, at kvindernes behov for information kan imødekommes ved, at der foretages telefonopkald som et supplement til en indsats, hvor der gives mulighed for, at førstegangsmødre får den viden, de har behov for (2005). Artiklen af Kirkpatrick et al. beskæftiger sig med sårbare gravide, hvor flere har haft kontakt til social- og sundhedssektoren (2007), hvilket præger deres oplevelser, mens artiklen af George beskæftiger sig med førstegangsmødre, som udelukkende forholder sig til de erfaringer, de opnår omkring sundhedssystemet i forbindelse med svangreomsorgen. På baggrund af dette kan de to artikler ikke direkte sammenlignes. På trods af, at artiklerne har forskellige målgrupper og adskiller sig i relation til, hvorvidt der indgår en intervention eller ej, så finder begge artikler lignende fund, og på baggrund heraf vurderes fundenes at have for både sårbare og gravide generelt.

Ovenstående kan indikere, at sundhedspersonalet har en opgave i at styrke relationen til kvinderne, således at kvinderne ikke føler sig svigtet af sundhedssystemet, og eventuelt får ændret deres negative forudfattede opfattelser af sundhedssystemet.

Kirkpatrick et al. finder, at kvindernes opfattelser ændrer sig under deltagelse i interventionen, og værdsætter det forhold, de får til deres sundhedsplejerske. Forholdet til sundhedsplejerskerne bygger på tillid, empati, ærlighed, respekt, venlighed, partnerskab, og at sundhedsplejerskerne lytter og ikke påtvinger kvinderne bestemte synspunkter, hvilket fremgår af følgende citat:

“She always said - it’s your pregnancy, it is your body, it is your baby...whereas everybody else ...being pregnant you tend to belong to everybody, you belong to the midwives, you belong to the doctors, you belong to family members, everybody knows better than you do. It doesn’t matter how much experience you have got, everybody always knows better than you. And so it was nice ...” (Kirkpatrick et al. 2007, s. 37).

Kirkpatrick et al. påpeger, at relationen til sundhedsplejerskerne skabes over tid, og det er en forudsætning, at sundhedsplejerskerne har de nødvendige kvalifikationer og kvaliteter, for at kunne skabe den stærke relation. Det findes derfor positivt, at relationen etableres allerede under graviditeten (Kirkpatrick et al. 2007). Det er værd at bemærke, at kvinderne i artiklen har hyppige hjemmebesøg af sundhedsplejersker, både under og efter graviditeten, hvilket kan være medvirkende til, at den tillidsfulde relation skabes over en

længere periode. Thomson et al. og Ebert et al. finder i tråd hermed vigtigheden af, at sundhedspersonalet har tid til at engagere sig i kvinderne (2013; 2014), og engagement anses derfor som en vigtig faktor i relationen mellem kvinden og sundhedspersonalet. Både artiklen af Thomson et al. og Ebert et al. omhandler sårbare kvinder, hvorved fundene vurderes at kunne generaliseres til sårbare gravide. Yderligere fremhæves det af Thomson et al., at sundhedspersonalet må have forståelse for kvindens situation og hverdagsliv, for at informationer og anbefalinger for adfærd kan tilpasses hertil og dermed efterleves. I forbindelse hermed påpeges, at hverken højrisiko- eller populationsstrategier i svangreomsorgen imødekommer sårbare gruppers behov og forventninger, og at en individuel strategi, baseret på den enkeltes situation og behov, er nødvendig (Thomson et al. 2013).

På baggrund af ovenstående kan det udledes, at mange faktorer spiller ind på relationen mellem sundhedspersonalet og kvinden, som er vigtige at tage højde for, og såfremt disse ikke imødekommes, kan relationen svækkes og kvindernes udbytte af svangreomsorgen kan være begrænset. Tre af de inddragede artikler beskæftiger sig med sårbare kvinder, hvorved fundene har særlig relevans for denne gruppe.

Relationer til ligestillede

To artikler finder, at relationen til ligestillede enten kan anses som gavnlige eller ugunstige. Birtwell et al. finder, at sårbare kvinder giver udtryk for, at ~~det at~~ snakke med andre ligestillede hos *Mellow Bumps* om deres bekymringer og situation, har en positiv indvirkning ved, at der kan deles erfaringer og oplevelser med andre sårbare gravide (2015). Artiklen af Birtwell et al. baserer sig på udsagn fra kvinder, som generelt har haft flere konsultationer end andre deltagere i interventionen, hvorved der kan være tale om, at de deltagende kvinder generelt er mere positivt stemte overfor interventionen end den samlede population, hvilket kan svække ovenstående fund. Fundet styrkes dog ved, at Thomson et al. finder, at mulighed for socialisering med andre gravide i venteværelset inden graviditetsundersøgelser er givende, og det udtrykkes i den forbindelse, at det er rart at erfare, at der er andre i samme situation, hvorved følelse af isolation minimeres (2013). Dette vidner om, at relationer til andre gravide er af stor betydning for sårbare kvinder, da kvinderne således undgår at føle sig isolerede, og har mulighed for at udveksle erfaringer. Dog findes det i de to artikler, at jævnaldrende har bedre forudsætninger for at danne og styrke relationer til hinanden, da forståelse for hinandens situation øges (Thomson et al. 2013; Birtwell et al. 2015). Thomson et al. finder, at en ung kvinde føler, at de mere modne gravide ser ned på hende, mens Birtwell et al. finder, at en moden kvinde ikke ønsker at dele personlige tanker og følelser med unge gravide, hvilket fremgår af følgende:

“I did not go to the GP [General Practitioner] until I was 24–5 weeks. I was 16 and trying to hide the fact. I still wanted to be 16 as well. I didn’t want to go out drinking, but I wanted to go to my friend’s house and be normal and go to town. I often found that when I went to a health clinic they were always a lot older than me” (Thomson et al. 2013, s. 214).

“I just didn’t feel very comfortable in telling my private stuff to them. Like if...somebody might like kind of understand a little bit on my level, but they were not on my level” (Birtwell et al. 2015, s. 228).

Relationer til det nære netværk

Birtwell et al. og George fremhæver relationen til det nære netværk som værende vigtigt for kvinderne under graviditet og i tiden efter fødslen (2015; 2005). I forlængelse heraf påpeger Birtwell et al. vigtigheden af at have relationer under graviditeten, både i forhold til barn, partner, familie og venner, hvilket illustreres i følgende citat:

“Well, that was the good thing about Mellow Bumps. I felt that I had already built a relationship with her [barnet], you know? I already had time to bond with her and stuff like that, so I had built up that bond and built up that relationship” (Birtwell et al. 2015, s. 227).

Yderligere fremhæver Birtwell et al. mulige konsekvenser af relationer til kvindens nære netværk. I forbindelse hermed findes, at relationen til partneren styrkes, men at graviditeten for tre kvinder samtidig medfører, at de separeres fra deres partner og venner (2015). Det fremgår dog ikke tydeligt, om separationen anses for værende positiv eller negativ, dog ses det, at kvindens relationer til det nære netværk i denne sammenhæng, uanset årsagen, påvirkes. Yderligere fremhæver George, at nybagte mødre bruger det nære netværk, herunder familie og venner, som den primære informationskilde til at opsøge viden (2005), hvilket stiller store krav til kompetencerne i kvindens netværk, da det har betydning for, om kvinden får de rette informationer. Dette kan både anses som en styrke og en begrænsning, da det afhænger af, om kvindens netværk har den fornødne viden, der efterspørges. Artiklerne baserer sig henholdsvis på otte og 10 informanter, og det vides ikke, hvorvidt datamætning er opnået, hvilket begrænser den analytiske generaliserbarhed. Det kan overvejes, om informanterne i artiklen af George adskiller sig fra de, der ikke indvilligede i at deltage, grundet manglende overskud hertil, ved at have et mindre ressourcestærkt netværk. Desuden kan det overvejes, om kvinderne i Birtwell et al. er mere positive stemte overfor interventionen, sammenlignet med de kvinder, der ikke indvilligede i at deltage, og har fået et større udbytte heraf, blandt andet i form af styrkede relationer til det nære netværk.

7.3.4 Udbytte for kvinden

To artikler relaterer sig til temaet; udbytte for kvinden, hvorved fokus ikke kun er på forbedring af barnets sundhed og trivsel gennem indsatser. Kirkpatrick et al. påpeger i denne forbindelse, at sårbare gravide opnår øget selvværd, kontrol over parforhold, og føler sig mere stærke og selvstændige som følge af deres deltagelse i interventionen (2007). Udbyttet af sundhedsplejerskens besøg fremgår af følgende citat:

“I think I feel a bit more confident in myself as a parent... I looked forward to her coming round, because sometimes I would just sit and tell her a load of stuff, just stuff that I needed to get off my chest that may not have been even relevant to [infant], but it helped in how I was feeling about myself [...] I suppose the way I feel about myself helps around the children...” (Kirkpatrick et al. 2007, s. 40).

I relation hertil finder Birtwell et al., at forholdet til partneren styrkes, og at kvinden tager bedre vare på sig selv (2015). Af begge artikler fremgår det, at kvinderne ligeledes kan få et udbytte af at indgå i indsatser med fokus på forbedring og sikring af barnets sundhed og trivsel. For begge artikler kan det ikke udelukkes, at de, der har deltaget i interviewundersøgelserne, generelt har været mere positivt stemte overfor interventionerne end de, der ikke har deltaget i interviews, hvorved nuancer i udbytte kan være gået tabt.

7.3.5 Samfundsdiskurs

Tre artikler relaterer sig til temaet; samfundsdiskurs. Ifølge Lupton er samfundsdiskurser, i relation til graviditet og den gravide kvindes ansvar for det kommende barns sundhed, vokset gennem de sidste år. Der ligger en forventning om, at kvinder tager en række forholdsregler før, under og efter graviditeten, for at optimere barnets sundhed og udvikling (Lupton 2011). Her skal nævnes, at Lupton beskæftiger sig med kvinder generelt, hvorved det indikerer, at der er tale om en generel tendens uafhængig af karakteristika. Lupton finder i den forbindelse, at disciplinering af kroppen under graviditeten, for nogle af kvinderne, forbindes med bekymring, skam og skyld, hvis der ikke leves op til samfundets forventninger, hvilket ses af følgende eksempel:

“I knew I should give up smoking when I was pregnant, or at least cut down, and I really tried. It was hard – I was just so used to [smoking] – I started when I was 15. My Mum and my friends kept telling me to stop. But it’s a habit, you know, that’s hard to break. I didn’t completely stop, but I didn’t smoke as much – that’s something. But I did feel bad about not stopping altogether, for the baby’s sake” (Lupton 2011, s. 643).

Birtwell et al. fremhæver ligeledes, at tre kvinder stiller spørgsmålstegn ved deres evne til at leve op til idealet om ”den gode mor” (2015). Dette vurderes at kunne hænge sammen med kvindernes bekymring om at skulle leve op til samfundets forventninger og normer. Der er desuden bevidsthed om den fordømmende attitude fra andre i forhold til kvinders levevis og forsøg på at leve op til idealet om ”den gode mor” (Lupton 2011).

Ebert et al. finder, at sårbare kvinder udtrykker, at de ikke har noget at skulle have sagt eller har et valg, når det drejer sig om deres barselspleje. Dette begrundes med, at kvinderne føler, at jordemødrene ved bedst, og derfor tør kvinderne ikke træffe andre beslutninger i relation til deres barns fysiske sundhed og velvære uden jordemødrenes viden og accept. Videre begrundes, at ethvert forsøg på at tage kontrol over beslutningsprocesser relateret til kvindernes barselspleje på det kraftigste ignoreres, afvises eller fordømmes

af jordemødrene (Ebert et al. 2014). Artiklen omhandler sårbare kvinder, dog medfører den manglende belysning af selektionskriterier i forhold til studiets deltagere, at det er usikkert, hvorvidt fundene kan generaliseres ud til sårbare kvinder generelt. Det ses, at kvinderne har stor ydmyghed overfor jordemødrenes viden, og dermed lader dem træffe beslutninger på deres vegne, hvilket kan være et udtryk for, at jordemødre ses som autoriteter på området. Videre udledes, at kvindernes manglende inddragelse i beslutningsprocesser relateret til deres graviditet kan være et udtryk for, at jordemødrene har et forudindtaget syn på sårbare kvinders handlekompetencer og adfærd, hvilket vurderes at kunne hænge sammen med samfundsdiskursen, hvor fokus er på at optimere barnets sundhed og udvikling. Artiklen af Ebert et al. baserer sig på interviews med sårbare kvinder, mens artiklen af Lupton baserer sig på interviews med kvinder med forskellige socioøkonomiske baggrunde, og da begge artikler finder, at samfundsdiskursen influerer på kvindernes oplevelser, så vurderes denne problematik at være en vigtig faktor i svangreomsorgen og indsatser relateret hertil.

8. Diskussion af design og metode

I det følgende diskuteres specialets casestudiedesign, interviewundersøgelse og litteraturstudies metodiske beslutninger, for at kunne vurdere styrker og begrænsninger af metodernes fund.

8.1 Diskussion af casestudiedesign

Formålet med casestudiedesign er at opnå en så dækkende og fyldestgørende forståelse af fænomenet som muligt, gennem omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning, ved inddragelse af flere datakilder (Launsø et al. 2011). Da specialets casestudie kun inddrager semistrukturerede interviews og caseanalyse af *Kom Godt I Gang*, kan det diskuteres, om der er opnået en omfattende og tæt beskrivelse af *Kom Godt I Gang* og sårbare gravides oplevelser af at have deltaget heri, hvilket udgør casens fikspunkt. Anvendelse af andre datakilder, såsom observationsstudie, kunne have bidraget til mere dybdegående beskrivelse og analyse af kvindernes oplevelser, hvorved en fyldestgørende forståelse af fænomenet kunne være opnået, hvilket diskuteres yderligere i afsnit 8.2.1 *Intern validitet*.

En fordel ved casestudiedesignet er anvendeligheden til at indfange sociale processer, herunder udviklingsprocesser hos individer (Launsø et al. 2011). Designet vurderes derfor relevant i forhold til ønsket om at undersøge kvindernes oplevelse af og erfaringer med at have deltaget i *Kom Godt I Gang*.

En svaghed ved casestudiedesignet er, at undersøgelsen kun har fokus på en eller få cases, hvilket muliggør, at der kommer i dybden med casen, men tabes i bredden. Specialets case er en single case, hvilket har betydet, at der kun er gået i dybden med *Kom Godt I Gang*, hvorved viden fra andre indsatser målrettet sårbare gravide går tabt.

8.2 Diskussion interviewundersøgelse

I det følgende diskuteres interviewundersøgelsens metodiske beslutninger, da disse beslutninger har betydning for undersøgelsens fremfundne resultater. Interviewundersøgelsen har, som nævnt, til formål, at bidrage til viden og forståelse af kvindernes oplevelser, tanker, følelser og handlinger relateret til deres deltagelse i *Kom Godt I Gang*, og nærværende afsnit vil indeholde en diskussion af, om den tilsigtede viden er opnået. Diskussionen er bygget op omkring de kvalitative kvalitetskriterier; intern validitet, analytisk generaliserbarhed, reliabilitet og reflektiv objektivitet, som fremhæves af Kvale & Brinkmann som værende væsentlige at beskæftige sig med, når kvalitative metoder vurderes (2015). Yderligere vil forskningsetiske aspekter i relation til interviewundersøgelsen blive diskuteret.

8.2.1 Intern validitet

Intern validitet vedrører gyldighed, og omhandler, hvorvidt undersøgelsens metode er anvendelig til at undersøge problemstillingen (Kvale & Brinkmann 2015), og dette kvalitetskriterium relaterer sig derfor til aspekter vedrørende de metodiske beslutninger. I afsnittet diskuteres, hvorvidt den fænomenologiske-

hermeneutiske tilgang, metodevalget, rekruttering af informanter samt interviewguidens udformning har haft betydning for undersøgelsens interne validitet.

Fænomenologisk-hermeneutisk tilgang

Interviewundersøgelsen tager indledningsvist afsæt i en fænomenologisk videnskabsteoretisk position, da hensigten er at belyse kvinders oplevelser af at have deltaget i *Kom Godt I Gang* med udgangspunkt i kvindernes livsverden. Hertil findes den fænomenologiske videnskabsteoretiske tilgang egnet. Dog kan tilgangen være vanskelig at udføre i praksis, blandt andet fordi forskernes forforståelse må sættes i parentes og ikke være styrende i undersøgelsen (Kristensen 2012), og dette kan være en vanskelig kunst at mestre i praksis, især for mindre erfarne forskere, som specialegruppen er inden for det kvalitative felt.

Specialegruppen har arbejdet med at tilbageholde egen forforståelse ved løbende at skabe bevidsthed om denne, hvilket udfoldes nærmere i afsnittet omhandlende reflektiv objektivitet.

Fænomenologien har til hensigt at opnå indsigt i fænomenernes væsen, hvilket Kristensen refererer til som essensen af menneskers oplevelser og erfaringer (2012), og denne essens er udfoldet i interviewundersøgelsens resultat afsnit, som ses af afsnit 7.2 *Interviewundersøgelse*. For at være i tråd med den fænomenologiske tilgang, så må resultaterne være beskrivende og ikke fortolkende, dog muliggør specialets inddragelse af den hermeneutiske videnskabsteoretiske position i analysen, at fortolkning kan medtages, og der ses en vekselvirkning mellem empiri og teori, hvor den abduktive tilgang kommer i spil. Inddragelse af den hermeneutiske tilgang muliggør dermed, at interviewundersøgelsens resultater kan analyseres med inddragelse af teori samt i henhold til specialets forforståelse, hvorved der skabes mulighed for, at en horisontsammensmeltning kan finde sted. Det kan i den forbindelse diskuteres, om kvindernes oplevelser glemmes til fordel for fortolkning. Dette er søgt imødekommet i interviewundersøgelsen ved, at de første trin i analysestrategien har været rent fænomenologiske, hvorved kvindernes oplevelser får plads og først senere udsættes for fortolkning. Herved skabes der indledningsvist et helhedsbillede af kvinderne, hvorved helheden ikke går tabt i analysen af delene.

Den fænomenologiske tilgang til interviewene, ligger op til brug af åbne spørgsmål og undgåelse af lukkede og ledende spørgsmål (Kvale & Brinkmann 2015). Det er i specialegruppen erfaret, at dette har været lettest at mestre i de situationer, hvor kvinderne har været åbne og ivrige efter at fortælle, mens det har været vanskeligere at undgå lukkede og ledende spørgsmål til de kvinder, som har været mere kortfattede i deres udtalelser. Kristensen skriver, med relevans herfor, at "*ifølge fænomenologien bør man aldrig tage for givet, at man ved, hvad en anden person føler, tænker og ønsker*" (2012, s. 104). Ledende spørgsmål er ikke foreneligt hermed, hvorfor disse bør undgås. I situationer, hvor kvinderne har været kortfattede i deres udtalelser er det prioriteret at understøtte og fastholde dialogen med kvinden, på trods af, at det indimellem indbefattede brug af flere lukkede og undertiden ledende spørgsmål. Det havde den konsekvens, at hensynet

til den fænomenologiske tilgang i nogle tilfælde blev nedprioriteret, da fokus i stedet har været på at skabe en god og tillidsfuld relation, hvor mere lukkede og ledende spørgsmål blev fundet anvendelige, da disse ikke stillede så store krav til kvinderne i forhold til, at skulle være reflekterede, og åbent fortælle om egen livssituation. Det blev erfaret, at en god og tillidsfuld relation mellem interviewer og kvinden var en forudsætning for, at den fænomenologiske tilgang overhovedet kunne anvendes, og de mere lukkede og ledende spørgsmål har således været hjælpsomme til at få kvinderne til at åbne mere op.

Metodevalg

Andre metoder havde muligvis været velegnet til generering af viden om kvindernes oplevelser af at have deltaget i *Kom Godt I Gang*, og her kan for eksempel nævnes telefoninterview eller fokusgrupeinterview. Telefoninterview kunne formentlig have imødekommet de barrierer, der er oplevet i forhold til rekruttering af informanter, hvor fem er sprunget fra efter indledningsvist at have indvilliget i at deltage. Det vides ikke, hvilke barrierer, der ligger til grund for frafaldet, men det vurderes, at telefoninterview ville gøre det muligt bedre at kunne tilpasse interviewene til kvindernes hverdag. Når telefoninterview alligevel er fravalgt, så skyldes det, at det ville være vanskeligt at opnå en tillidsfuld og åben relation over telefonen, da elementer som øjenkontakt, ansigtsmimik og kropssprog med betydning for en god relation går tabt, og da etablering af relationen har været af afgørende betydning for, at kvinderne skulle åbne op for følsomme og personlige fortællinger.

Fokusgrupeinterview bidrager, ifølge Christensen et al., til, at informanterne kan blive inspireret af hinandens udsagn, hvorved mange forskellige synspunkter kan fremkomme (2007). Fokusgrupeinterview er alligevel fravalgt grundet, at der er tale om en sårbar gruppe, hvor der er usikkert, om kvinderne ville fortælle åbent og ærligt om deres oplevelser af at have deltaget i *Kom Godt I Gang*. Dette fordi fokusgrupeinterview, ifølge Launsø et al., ikke er egnet til interviewemner af personlig og privat karakter (2011), som kan gøre sig gældende for kvinderne. Efter endt interviews er specialegruppen blevet bekræftet i, at fravalget har været hensigtsmæssigt, dette blandt andet fordi et enkelt interview var udformet som et dobbeltinterview med både kvinden og hendes partner. Kvindens partner indtog hurtigt en passiv rolle i interviewet, da han ikke erindrede at have deltaget i *Kom Godt I Gang*, og derfor ikke kunne bidrage med tanker og oplevelser relateret hertil. Dog kan partnerens tilstedeværelse have påvirket og begrænset kvindens lyst til at fortælle åbent, da samtalerne i *Kom Godt I Gang* havde fokus på deres parforhold, hvor partnerens manglende deltagelse kan have betydet, at kvinden har talt herom uden hans tilstedeværelse. Det kan derfor have været utrygt for hende at uddybe tanker og følelser relateret hertil under interviewet.

Alle interviewundersøgelsens informanter havde deltaget i *Kom Godt I Gang*, og var dermed i besiddelse af den nødvendige viden for at kunne deltage i undersøgelsen, dog havde flere afsluttet forløbet for op til halvandet til to år siden, og det blev erfaret, at det stillede store krav til kvindernes hukommelse. Enkelte af

kvinderne gav udtryk for, at de havde svært ved at huske tilbage på deres forløb i *Kom Godt I Gang*. Det blev dog flere gange erfaret, at der gennem samtale om *Kom Godt I Gang*, kom flere og flere erindringer frem, som samtalen skred frem, hvorfor den interne validitet ikke vurderes at være påvirket i ugunstig retning i betydelig grad. De begrænsede erindringer var i de fleste interviews relateret til forhold som tidspunkt for opstart i forløbet hos *Kom Godt I Gang*, hvilket ikke har været af afgørende betydning for undersøgelsen. En måde at imødekomme problematikken kunne være ved at have haft et inklusionskriterium for, hvornår kvindernes senest skulle have afsluttet forløbet. Det vides ikke, hvorfor specialets informanter alle har deltaget i *Kom Godt I Gang* for halvandet til to år siden, men det kan hænge sammen med, at disse kvinder har haft mere overskud til at indvillige i at deltage, da de har vænnet sig til moderrollen, og derfor følte større overskud til at deltage i interviewet.

Yderligere kunne interviewundersøgelsen være kombineret med et observationsstudie af *Kom Godt I Gang*, hvorved der, ifølge Launsø et al., kan opnås direkte indblik i, hvad der foregår og hvilke sociale processer, der udfolder sig (2011). Observationsstudie kunne have givet mulighed for at observere samtalerne mellem kvinderne og jordemoder-sundhedsplejerske-teams, og et observationsstudie kunne potentielt have bidraget til at opnå yderligere viden om forløbet, og til at give indsigt i forhold, som kvinderne ikke selv var bevidste om. Kombinationen af interviewundersøgelsen og observationsstudie kunne have bidraget med et mere fyldestgørende billede. Dette er desuden i overensstemmelse med casestudiedesignet, hvor inddragelse af flere datakilder bidrager til et mere nuancerede billede af det undersøgte fænomen (Antoft & Salomonsen 2007). Metoden havde været hensigtsmæssig, såfremt specialet strakte sig over en længere periode, hvorved det ville have givet mulighed for at foretage observationsstudie af kvindernes forløb hos *Kom Godt I Gang*, og dernæst interviewe de samme kvinder efter endt forløb.

Rekruttering af informanter

I forbindelse med rekruttering af informanter har medarbejdere hos *Kom Godt I Gang* fungeret som gatekeepere, og dette er, som tidligere nævnt, forbundet med flere fordele og ulemper. Brugen af gatekeepere, som i forvejen havde en relation til de mulige informanter, vurderes at have øget antallet af kvinder, som har indvilliget i at deltage i interviewundersøgelsen. En kvinde udtrykker i den forbindelse, at gatekeeperens henvendelse fik hende til at føle, at der var et bånd mellem hende og den fagperson, som hun har været tilknyttet i *Kom Godt I Gang*, og det vurderes, at denne relation har bidraget til, at hun har sagt ja til at deltage i specialets undersøgelse. Det kan ikke vides, om det samtidig har bidraget til, at forme kvindens tanker om projektet i en mere positiv retning, da gatekeeperens henvendelse gjorde, at kvinden følte sig betydningsfuld.

En ulempe ved anvendelse af gatekeepere i rekrutteringsprocessen kan have været, at kvindernes fravalg af deltagelse i interviewundersøgelsen kan forklares med en dårlig oplevelse af projektet. I så fald kan dette

have bidraget til, at rekrutteringen af deltagerne har resulteret i, at størstedelen af kvinderne, som har deltaget i interviewundersøgelsen, er positivt stemte overfor projektet. En anden ulempe ved at anvende gatekeepere i rekrutteringsprocessen er, at specialegruppen har haft vanskeligt ved at kontrollere, hvorledes rekrutteringen er foregået i praksis. Denne ulempe er søgt imødekommet ved, at der, forinden rekruttering, er udarbejdet en skriftlig briefing til fagpersonerne omhandlende, hvordan rekrutteringen ønskedes gennemført (bilag 2). Dog er der ingen garanti for, at fagpersonerne har fulgt denne, og en mundtlig briefing ville måske have været mere hensigtsmæssig, da der derved blev givet mulighed for dialog mellem specialegruppen og fagpersonerne i forhold til, hvordan den indledende kontakt til de mulige informanter bedst muligt kunne forløbe. En sådan tilgang er dog fravalgt grundet fagpersonernes manglende tidsmæssige ressourcer hertil.

I forbindelse med udvælgelse af mulige informanter er lodtrækningsprincippet anvendt, fordi tilgangen blev anbefalet af *Kom Godt I Gangs* projektleder. Specialegruppen fandt tilgangen hensigtsmæssig, da der er tale om en sårbar gruppe, hvor tilgangen forventedes at øge sandsynligheden for, at kvinderne ville indvillige i at deltage. Det havde dog den konsekvens, at rekrutteringsprincipper som strategisk udvælgelse, og herunder maksimal variation, ikke kunne vægtes i processen. Der er udelukkende rekrutteret førstegangsmødre, til trods for, at dette ikke har været et inklusionskriterium. Det er dog alligevel lykkedes at rekruttere kvinder med en vis variation i baggrund og oplevelser i forhold til deltagelse i *Kom Godt I Gang*.

Interviewguide

Interviewguidens udformning kan påvirke den interne validitet, ved at der stilles krav til, at spørgsmålene i guiden åbner op for en belysning af kvindernes oplevelser af at have deltaget i *Kom Godt I Gang*, for at forskningsspørgsmålene, og dermed problemformuleringen, kan besvares.

Interviewguiden er udformet med udgangspunkt i en åben fænomenologisk tilgang, hvorfor fokus har været på at udforme overordnede temaer for samtalen, og i relation til disse er der kun udformet enkelte åbne interviewspørgsmål. Interviewguidens detaljeringsgrad er dermed lav, og ved, at interviewguiden kun indeholdte få spørgsmål, har intervieweren i højere grad kunne være til stede i samtalen, ved at der var mulighed for at forfølge kvindernes udsagn, frem for at have fokus på at nå igennem en lang række planlagte spørgsmål. Interviewguiden vurderes dermed forenelig med den fænomenologiske og abduktive tilgang, hvor interviewguiden ikke har været teoristyret.

Indledningsvist var der en forventning om, at interviewguiden skulle justeres og tilpasses efter de første interviews, da der ikke blev udført pilottestning af interviewguiden, men dette blev ikke fundet aktuelt, da alle temaer og spørgsmål fandtes meningsfulde i praksis.

8.2.2 Analytisk generaliserbarhed

Analytisk generaliserbarhed omhandler, hvorvidt undersøgelsens resultater kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden kontekst (Kvale & Brinkmann 2015), og dermed, hvorvidt undersøgelsens resultater har relevans, der strækker sig ud over den specifikke kontekst, som undersøgelsen tager afsæt i. Specialets resultater har relevans for beslutningstagere og fagpersoner, som arbejder med sårbare gravide i forskellige kontekster. Da der kan forekomme variation fra kontekst til kontekst, så skal følgende gennemgang bidrage til, at fagpersoner selv kan vurdere, hvorvidt fundene er relevante for netop deres kontekst. I henhold til den analytiske generaliserbarhed diskuteres interviewundersøgelsens kontekst og informanter samt fortolkningen af den indsamlede empiri.

Interviewundersøgelsens kontekst

Kom Godt I Gang er specialets case og den kontekst som undersøges i interviewundersøgelsen. Projektet er detaljeret beskrevet i henholdsvis afsnit 2.4 *Projekt Kom Godt I Gang* og afsnit 7.1 *Caseanalyse af Kom Godt I Gang*, og som det fremgår heraf, er der tale om en indsats målrettet sårbare gravide, hvorved der vurderes at kunne generaliseres til lignende indsatser. Projektet har dog en række særlige karakteristika, som ikke nødvendigvis er identisk med de, der ses i lignende indsatser, både i forhold til selve rekrutteringsprocessen, hvor der anvendes en spørgeguide, og i forhold til indhold og afgrænsning af målgruppen, hvor forløbet er udformet som fem til seks ekstrasamtaler med et jordemoder-sundhedsplejersketeam. De særlige karakteristika er derfor nødvendige at have for øje, når der generaliseres ud til andre indsatser målrettet sårbare gravide.

Undersøgelsens informanter

Interviewundersøgelsens inklusionskriterier var, at kvinderne skulle have deltaget i *Kom Godt I Gang* og have afsluttet forløbet for minimum tre måneder siden. Derudover skulle kvinderne være i stand til at tale, læse og forstå dansk, og yderligere skulle de være fysisk og mentalt i stand til at gennemføre interviewene. Projektets jordemoder-sundhedsplejerske-teams har varetaget udvælgelsen af mulige informanter på baggrund af inklusionskriterierne, og udvælgelsen afspejler en subjektiv vurdering. Det kan derfor ikke udelukkes, at kvinder, som, af andre blev vurderet som egnede informanter, er frasorteret i udvælgelsesprocessen. Der blev udtrukket 15 kvinder gennem lodtrækning, og af disse udviste 12 interesse for at deltage i specialets interviewundersøgelse og indvilligede i, at specialegruppen måtte kontakte dem. Heraf har tre kvinder ikke været mulige at opnå kontakt til, dette til trods for ihærdige forsøg herpå, og videre er to kvinder sprunget fra efter at have indvilliget i at deltage i interviewundersøgelsen, og det kan ikke udelukkes, at disse fem kvinder adskiller sig fra de, der har deltaget. Det vides ikke, om de kvinder, der ikke har deltaget i specialets interviewundersøgelse har haft mere vanskelige problematikker, og derved har været mere sårbare, end dem der har deltaget, hvilket kan have påvirket undersøgelsens resultater i den

forstand, at ikke alle nuancer er fremkommet. Da interviewundersøgelsens syv informanter er førstegangsfødende, så kan disse have haft andre bekymringer og udfordringer forbundet med graviditet, fødsel og barsel end flergangsfødende, som har erfaringer med at have været igennem flere graviditeter, hvorved der udelukkende kan generaliseres til førstegangsfødende sårbare gravide.

I og med, at der er opnået forskellige svar, så ses der en vis variation mellem kvindernes oplevelser, dog vurderes datamætning ikke at være opnået. Datamætning er opnået, når yderligere interviews ikke bidrager til, at der fremkommer nye synspunkter (Tanggard & Brinkmann 2015), og specialegruppen havde håbet at kunne rekruttere mellem 10 og 15 kvinder til interviewundersøgelse, hvorved opnåelse af datamætning formodes at ville være nærmere.

Fortolkning af indsamlet empiri

Fortolkning af den indsamlede empiri foretages med udgangspunkt i den valgte analysestrategi, og denne har ifølge Tanggaard & Brinkmann indflydelse på, hvilken viden der produceres (2015), og dermed vil generaliserbarheden være påvirket heraf. I analysestrategiens fjerde trin, rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning, inddrages teori i analyse og fortolkning af specialets empiri, og denne bidrager, ifølge Høyer, til at indkredse og åbne analysen (2007), men samtidig vil fortolkningen også blive begrænset af teorien, fordi al teori har sin begrænsning. Valg af én teori betyder samtidig fravalg af en anden, hvorved anden fortolkning kan gå tabt. Denne problematik er søgt imødekommet ved, at anden relevant teori er inddraget, der hvor det er fundet relevant, hvilket er i overensstemmelse med den abduktive tilgang, hvor der veksles mellem teori og empiri. Således er fortolkningen foretaget med afsæt i en række teorier, hvor Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng* dog er den dominerende. Denne ”ad hoc” inddragelse af supplerende teorier er afhængig af de, der foretager analysen og fortolkningen, og dermed vil fortolkningen være præget af specialegruppens synspunkter og teoretiske kompetencer.

Inddragelse af teori bidrager til at specialets empiriske fund bevæger sig udover den specifikke case, hvilket yderligere styrkes af inddragelse af anden relevant litteratur i diskussionen.

8.2.3 Reliabilitet

Reliabilitet vedrører troværdigheden af forskningsresultaterne, og omhandler, hvorvidt resultaterne kan reproducere af andre forskere (Kvale & Brinkmann 2015). For at vurdere dette må processen fra dataindsamling til bearbejdning være transparent og tydelig for læseren. Der foreligger en detaljeret beskrivelse og begrundelse for interviewundersøgelsens udformning i afsnit 5.2 *Interviewundersøgelse*, og afsnittet er suppleret med bilag i form af redegørelse for rekruttering af informanter, interviewguide, samtykkeerklæring, retningslinjer for transskribering samt analyseprocessen (bilag 2, 3, 4, 5 og 9). Dette bidrager til at gøre processen tydelig og transparent for læseren, og det er med til at øge undersøgelsens reliabilitet. Transskriberinger af interviews er udført af interviewereren, og er efterfølgende gennemgået af de

øvrige specialegruppemedlemmer, dette for at sikre, at der er overensstemmelse mellem optagelse og transskribering. I selve databearbejdningen er computerprogrammet NVivo Pro 11 anvendt, dette for at skabe transparens i kodningsprocessen. I tolkningen af de empiriske fund er citater inddraget, for at sikre transparens mellem udsagn og tolkning.

8.2.4 Refleksiv objektivitet

Refleksiv objektivitet omhandler forskerens refleksion over eget bidrag til den viden som er produceret, hvor det er nødvendigt at forholde sig til egen forforståelse (Kvale & Brinkmann 2015). Dette kvalitetskriterium omhandler blandt andet specialegruppens forforståelse og evne til at indtage metapositioner undervejs i processen, hvorved der kritisk kan tages stilling til de valg, der træffes i forbindelse med interviewundersøgelsen.

Det har været afgørende at holde specialegruppens forforståelse tilbage i udarbejdelsen af interviewguiden, således at det var muligt at gå åbent til interviewene, som den fænomenologiske tilgang fordrer. Interviewguiden er gennemarbejdet af flere omgange, hvilket har bidraget til, at forforståelsen er holdt tilbage. Et eksempel herpå er, at der i en tidligere udgave af interviewguiden indgik et spørgsmål, som lød: *"Ville det have været rart for dig at kunne snakke med andre gravide i samme situation?"* Dette spørgsmål udsprang af, at en af litteraturstudiets artikler fremhævede vigtigheden af aspektet. Dog blev spørgsmålet fjernet igen ved gennemlæsning af interviewguiden, hvor der blev indtaget metapositioner, og dermed reflekteret over egen praksis i forhold til hvert enkelt spørgsmåls grundlag, da det ikke var foreneligt med den fænomenologiske tilgang, hvor forforståelsen og herunder viden fra anden litteratur må sættes i parentes. Under selve udførelsen af interviewene har interviewerens bestræbt at møde kvinderne som individer, og deres udsagn er blevet forfulgt. Herved har der været fokus på kvindernes oplevelser. Dog skal nævnes, at det kan være vanskeligt at gå helt åbent til samtalen. Et eksempel som indikerer, at dette ikke er lykkedes fuldstændig er, ved at emnet omkring gruppeforløb er forfulgt i flere samtaler, hvilket vurderes at skyldes, at dette tema blev fundet gennem litteraturen, og derfor har præget interviewerens forforståelse. Dog er der ikke spurgt ind til dette, hvis ikke det har været relevant for samtalen.

I selve analysen af indsamlet empiri er specialegruppens forforståelse sat i spil, hvilket er i overensstemmelse med den hermeneutiske analysestrategi, og det har her været afgørende undervejs at indtage metapositioner, for at kvindernes udsagn og specialegruppens forforståelse begge kunne få plads i analysen, hvorved en horisontsammensmeltning kunne opnås. Specialegruppens medlemmer har skiftevist fremhævet vigtigheden af at indtage metapositioner undervejs, hvor der reflekteres over egen praksis, og hvorvidt denne er forenelig med specialets videnskabsteoretiske grundlag. Yderligere har alle

gruppemedlemmer deltaget i analyse og fortolkning af de empiriske fund, hvorved forskellige antagelser kunne udfordres, og det vurderes at have bidraget til, at den refleksive objektivitet ikke er glemt i processen.

8.2.5 Etik

Etiske forhold i kvalitativ forskning, som mikro- og makroetik, relaterer sig til hensynstagen til det enkelte individ, som er en del af undersøgelsen, samt samfundsmæssige overvejelser, herunder hvordan den opnåede viden skal bruges i sin helhed (Brinkmann 2015).

Eftersom at alle informanterne har indgået i *Kom Godt I Gang* kan det betyde, at kvindernes identitet og udsagn kan genkendes af fagpersonerne i projektet, hvilket fordrer, at der er særligt fokus på mikroetiske forhold. Mikroetikken er imødekommet ved, at kvinderne har fået pseudonavne, således, at deres sande identitet ikke afdækkes i specialet, hvorved anonymiteten er opretholdt. Desuden er der taget højde for de mikroetiske forhold ved, at to af kvinderne har ytret ønske om, at få deres udsagn sendt til dem til forhåndsgodkendelse inden anvendelse i specialet, hvilket specialemedlemmerne har overholdt. Dette har ikke medført ændringer i inddragelse af citater.

Specialemedlemmerne har, før og efter interviewene forsøgt at bidrage til at skabe en god atmosfære og oplevelse for kvinderne ved brug af smalltalk, for at gøre interviewsituationen behagelig og relationen mellem informant og specialemedlemmerne tryk. Det var hensigten med smalltalken, at interviewet blev afsluttet på en god måde, og at kvinderne gik der fra med en god oplevelse.

Den opnåede viden, som er genereret via indsamlet empiri gennem semistrukturerede interviews, systematisk litteraturstudie og ved inddragelse af teori, er med til at bidrage til et evidensbaseret løft af arbejdet med indsats målrettet sårbare gravide, hvorved den opnåede viden kan have gavn for den gravide og barnet. At den opnåede viden ikke blot bidrager til forbedring af casen *Kom Godt I Gang*, men i lige så høj grad bidrager til en forbedring og forandring ud fra et helhedsbillede i et samfundsperspektiv, er det medvirkende til, at de makroetiske forhold er overholdt.

Da specialet beskæftiger sig med sårbare gravide, kan der være risiko for, at eventuel stigmatisering af gruppen kan forekomme i forbindelse med specialets offentliggørelse, da der i samfundet hersker en forståelse af sårbare gravide som en risikogruppe med forskellige karakteristika, og da specialet netop indtager et perspektiv, hvor sårbare gravide ses som en gruppe. På baggrund heraf vides det ikke, om de makroetiske forhold er imødekommet fuldstændigt.

8.3 Diskussion af litteraturstudie

I det følgende diskuteres litteraturstudiets metodiske beslutninger, da disse har betydning for litteraturstudiets resultater. Litteraturstudiets interne og eksterne validitet samt reproducerbarhed diskuteres i det følgende.

8.3.1 Intern validitet

Den interne validitet vedrører, hvorvidt der undersøges det tiltænkte (Juul 2013), og det belyses dermed, hvorvidt litteraturstudiet kan bidrage til at besvare specialets problemformulering. Litteraturstudiets interne validitet vil blive diskuteret i relation til valg af databaser, søgeord og søgestrategi samt udvælgelse af litteratur.

Databaser

Der er i den systematiske søgning søgt i databaserne Cochrane, PubMed, PsycInfo og Sociological Abstracts. De anvendte databaser er valgt på baggrund af deres relevans for belysning af problemfeltet, hvor det forventes, at kvindernes oplevelser kan udfoldes gennem litteratur fra PsycInfo og Sociological Abstracts, og hvor interventioner inden for området forventes at kunne findes i de medicinske databaser, Cochrane og PubMed. Der vurderes på baggrund heraf, at de anvendte databaser er dækkende til at belyse specialets problemfelt. Det kan ikke udelukkes, at anvendelse af andre databaser kunne have resulteret i anden relevant litteratur, hvilket kan have påvirket litteraturstudiets interne validitet. Der er i PubMed fremkommet 775 hits ved kombination af facet 1, 2 og 4 og 240 hits ved kombination af facet 1, 2, 3 og 4, og heraf er kun få fundet relevante, og der kan derfor stilles spørgsmål ved, om PubMed er egnet til at besvare specialets problemformulering, eller om der er anvendt de rette søgeord i databasen, hvilket udfoldes nærmere i nedenstående afsnit. PubMed er alligevel fundet relevant, da databasen har fokus på eksisterende eller afprøvede interventioner inden for sundhedsområdet, dog synes databasens biomedicinske fokus at medføre, at interventionerne i højere grad evalueres ud fra kvantitative parametre, hvorfor kun få artikler er fundet relevante. PsycInfo og Sociological Abstracts har bidraget med flest relevante hits, og disse databaser findes derfor vigtige i besvarelsen af specialets problemformulering. Det kan derfor overvejes, om inddragelse af andre databaser inden for det psykologiske og sociologiske område kunne have bidraget til flere relevante artikler.

Søgeord og søgestrategi

De anvendte søgeord er valgt på baggrund af specialets problemformulering samt ord og begreber, som er identificeret i den indledende søgning. Valg af søgeord har betydning for litteraturstudiets interne validitet og for de resultater, der fremkommer i den systematiske søgning. Der kunne i facet 1, omhandlende gravide, være søgt på unge mødre, da det gennem arbejdet med specialet er erfaret, at unge mødre udgør en stor del af

gruppen af sårbare gravide. I facet 2, omhandlende sårbarhed, kunne søgningen have været udvidet ved at inddrage flere synonymmer, da der kun søges på to søgeord. Anvendelsen af flere søgeord ville udvide de enkelte facetter, hvilket kunne have bidraget til, at anden relevant litteratur potentielt ville være fremkommet.

For at opbygge søgningen gradvist er facetterne kombineret på forskellig vis, og ved søgning på alle fire facetter er der i tre af databaserne kun fremkommet mellem nul og seks hits, hvilket indikerer, at der enten ikke er anvendt de rette søgeord, eller at litteraturen på området er begrænset, hvorved der kan være tale om et videnshul. De forskellige kombinationer med inddragelse af to til tre facetter har medført, at søgningen blev mere upræcis og præget af støj, hvilket ses ved, at der fremkom mange hits i de enkelte databaser, hvoraf kun få artikler er fundet relevante.

Det er erfaret, at de anvendte databaser giver forskellig mulighed for anvendelse af trunkering og citationstegn. Derfor er der i hver enkelt database søgt på søgeordene med og uden trunkering, og der er i hver database valgt den måde, som har sikret, at alle de forskellige endelser på søgeordene er kommet med. Det samme gør sig gældende ved anvendelse af citationstegn, hvor disse er anvendt, hvor det er fundet relevant. Begge dele har bidraget til at øge den interne validitet, ved at det sikres, at mest mulig relevant litteratur er medtaget i søgningerne.

Udvælgelsesstrategi

På trods af en systematisk gennemgang og udvælgelse af litteratur ud fra opstillede inklusionskriterier og relevans for specialet, kan det ikke udelukkes, at relevant litteratur er overset i forbindelse med udvælgelsesprocessen. I den primære og sekundære fase kan relevant litteratur være blevet forbigået, da det på baggrund af artiklens titel og resume kan være vanskeligt at vurdere artiklens relevans for specialet. Det store antal hits i PubMed har gjort det nødvendigt at foretage en massescreening af artiklerne, hvilket har betydet en mere overfladisk vurdering af artiklerne, og det kan ikke udelukkes, at relevante artikler er overset i forbindelse hermed. Da udvælgelsen af artikler sker på baggrund af en subjektiv vurdering, er udvælgelsen i alle tre faser foretaget af mindst to af specialegruppens medlemmer. Dette for at mindske risikoen for at relevant litteratur forbigås. I den tertiære fase, hvor artiklers relevans vurderes ud fra læsning af hele artiklen, er artiklerne vurderet ud fra kvalitative kvalitetskriterier og CASP Qualitative Checklist. Dette har bidraget til at øge litteraturstudiets interne validitet, da vurderingerne af artiklerne har gjort det muligt at identificere eventuelle metodologiske styrker og begrænsninger, hvorved artiklernes anvendelighed til besvarelse af specialets problemformulering sikres ved, at der kun inddrages artikler med få metodiske begrænsninger.

8.3.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet vedrører fundenes generaliserbarhed til anden kontekst (Juul 2013), og handler dermed om, hvorvidt litteraturstudiets resultater kan overføres til anden kontekst. Litteraturstudiets eksterne validitet vil blive diskuteret i relation til inklusionskriterierne for den valgte litteratur.

Inklusionskriterier

Et af inklusionskriterierne omhandler, at målgruppen bestående af sårbare gravide skal indgå, og såfremt, at dette ikke er tilfældet, så skal artiklen have generel relevans for graviditetsområdet. Fire af de seks udvalgte artikler omhandler sårbare gravide, mens to artikler omhandler gravide generelt. Dette kan svække den eksterne validitet, da de udvalgte artikler derved ikke kun omhandler sårbare gravide. Dog er det gennem litteraturen fundet, at sårbare gravide oplever flere af de samme problemstillinger som gravide generelt, hvorved det vurderes, at resultaterne fra de to artikler omhandlende gravide kan støtte op om fundene fra artiklerne omhandlende sårbare gravide.

Der er kun inddraget artikler fra vestlige lande, for at øge generaliserbarheden til dansk kontekst (Juul 2013). De udvalgte artikler stammer fra Storbritannien, Australien og USA, og trods flere ligheder mellem vestlige lande, så kan landenes sundhedsvæsen og kultur adskille sig fra Danmarks, hvilket dermed begrænser generaliserbarheden.

Indledningsvist var der en hensigt om, at artiklerne skulle have omhandlet en intervention målrettet sårbare gravide, men kun to af de udvalgte artikler har et sådan fokus. Dette betyder, at der ud fra den fundne litteratur i mindre grad kan siges noget om, hvordan sårbare gravide oplever at deltage i en målrettet intervention. De resterende fire studier omhandler, hvorledes de sårbare gravide og gravide generelt oplever svangreomsorgen, relateret til graviditet, fødsel og barsel, og disse fund er ligeledes fundet af relevans for fremtidige, målrettede indsatser til sårbare gravide, hvorfor artiklerne er medtaget. Dette vurderes ikke at påvirke litteraturstudiets generaliserbarhed, da flere af de samme problemstillinger er fundet uafhængigt af, om kvinderne har deltaget i en målrettet intervention eller den generelle svangreomsorg.

8.3.3 Reproducerbarhed

Reproducerbarhed vedrører, hvorvidt de samme resultater ville opnås, såfremt metoden gentages af en anden forsker (Juul 2013), og for at dette er muligt, så må processen være gennemsigtig.

Litteraturstudiets reproducerbarhed er sikret ved, at der er udarbejdet et detaljeret søgebilag og metodeafsnit, hvilket er med til at give et gennemsigtigt og metodisk overblik over, hvordan litteraturstudiet er opbygget og udført, samt hvilke overvejelser, der ligger til grund herfor. Dette er med til at styrke litteraturstudiets reproducerbarhed, da det giver mulighed for at gentage litteraturstudiets søgninger. Udvælgelsen af litteratur

er foretaget på baggrund af subjektive vurderinger i forhold til relevans for specialet, hvilket betyder, at de samme artikler måske ikke vil blive identificeret, hvis søgningen foretages af andre.

9. Fremadrettede anbefalinger

I det følgende afsnit diskuteres specialets interviewundersøgelse og litteraturstudie med henblik på at besvare specialets problemformulering og indfri formålet med specialet, og der vil i afsnittet fremkomme anbefalinger for fremtidige målrettede indsatser til sårbare gravide. Anbefalingerne har relevans for politikere, sundhedsorganisationer, kommuner og praktikere, som prioriterer arbejdet med sårbare gravide.

9.1 Grundig indføring i indsatser

Specialets undersøgelse af *Kom Godt I Gang* indikerede, at et væsentligt forhold i projekter for sårbare gravide, er den måde kvinderne rekrutteres og informeres om projektet på. Generelt oplevede kvinderne, at information om projektet var mangelfuld forinden indvilligelse i at deltage. Konsekvensen var, at kvindernes behov for oplysning ikke blev imødekommet, og at det var vanskeligt at sætte tilbuddet i relation til egen situation og se relevansen heraf. Den manglende formidling medførte desuden smerte og tvivl på forældreevne. Kvindernes tvivl på egen forældreevne kan hænge sammen med, at der i samfundet er skabt en diskurs med indlejrede forventninger til, hvordan idealet om ”den gode mor” efterleves. Det forventes, at den gravide ikke ryger, drikker eller på anden måde udsætter sit barn for risici (Benoit et al. 2010). Som fremhævet af Lupton, stilles der store samfundsmæssige forventninger til kvinders håndtering af moderrollen (2011), og sårbare mødre risikerer fordømmelse, såfremt idealet ikke efterleves. Samfundets forventninger til håndtering af moderrollen kan ses ud fra differentiering af svangreomsorgen, som afspejles i svangreomsorgens niveaudeling (Brot & Poulsen 2013), hvor hensigten er at understøtte kvinderne i håndtering af moderrollen, som er forenelig med samfundsdiskursen. Specialets empiriske fund viser, at kvinderne fra *Kom Godt I Gang* føler, at fagpersonerne ser dem som faldende udenfor normen, og de er ambivalente i forhold til deltagelse af frygt for at blive kategoriseret som sårbare. Fundet styrkes af Kirkpatrick et al., som understreger, at sårbare kvinder frygter at blive kategoriseret som uegnede mødre, og kan have negative forudfattede opfattelser af sundhedsprofessionelle, blandt andet fordi, det opleves, at der ”tjekkes op” på kvinderne (2007). Dette fund baserer sig på udtalelser fra sårbare gravide, som har deltaget i en målrettet intervention, hvorved fundet i specialets empiriske undersøgelse styrkes heraf. Det vurderes, at det, at blive udset til at have behov for et særligt tilbud, kan ses som et udtryk for negativ social kategorisering og oplevelse af stigmatisering, hvilket må ses som en utilsigtet konsekvens af indsatser målrettet sårbare gravide. Følelsen af stigmatisering kan ses som en barriere for at deltage i indsatser, hvilket også ses i *Kom Godt I Gang*, hvor det er fagpersonernes opfattelse, at angst for systemet hindrer deltagelse (fortroligt dokument). Ud fra specialets fund kan det ligeledes tyde på, at en negativ oplevelse af at blive inkluderet i indsatser kan have betydning for, om de sårbare gravide får det ønskede udbytte af indsatserne.

Til trods herfor, ender størsteparten, af de, der visiteres til *Kom Godt I Gang*, med at takke ja til deltagelse (fortroligt dokument). Indvilligheden i at deltage i et særligt tilbud for sårbare gravide kan relatere sig til det magtforhold, der ifølge Timm eksisterer mellem læg- og fagperson (1997; 2013), hvilket kommer til udtryk ved, at en kvinde ikke modsætter sig jordemoderens anbefaling om deltagelse, selvom kvinden ikke selv ser mening hermed. At kvinden indvilliger i at deltage kan ses som udtryk for, at kvinden ser jordemoderen som ekspert, hvorved jordemoderens faglige mening vægtes højt. Samtidig kan det skyldes, at jordemødre ses som autoriteter på området, hvilket kan betyde, at kvinden ikke tør modsætte sig jordemoderen. I tråd hermed fremhæver Ebert et al., at sårbare gravide ikke træffer beslutninger uden jordemoderens viden og accept (2014), hvilket kan hænge sammen med ovenstående, hvor jordemoderen opfattes som ekspert. Fundet fra specialets undersøgelse baserer sig på en enkelt kvindes udsagn, men da Ebert et al. finder en tilsvarende adfærd blandt sårbare gravide, så øges fundets rækkevidde. Konsekvensen heraf kan være, at udbyttet af en indsats målrettet sårbare gravide udebliver, fordi deltagelse udspringer af fagpersonernes opfordring og ikke af en indre motivation. Dette kan medføre manglende oplevelse af relevans og meningsfuldhed, hvorved *oplevelse af sammenhæng* udebliver (Antonovsky 2000), fordi sårbare gravide ikke kan se meningen med at investere energi i indsatser. Deltagelse, som udspringer af fagpersonernes opfordring, kan yderligere relateres til Wackerhausens begreb om uægte mål, som er mål, der ikke udspringer af individet selv (1995). Herved udspringer ønsket om at deltage ikke af kvinden selv, men af fagpersonerne, og konsekvensen heraf kan blive, at de sårbare gravide føler sig pressede til at deltage, hvorved deres autonomi tilsidesættes. Dette kan ses som en anden utilsigtet konsekvens af indsatser målrettet sårbare gravide, da det betyder, at sårbare gravide ikke delagtiggøres i beslutninger relateret til deres svangreomsorg.

Specialets undersøgelse af *Kom Godt I Gang* indikerede, at kvindernes oplevelse af formidlingen var forskellig, hvor det fremgik af flere kvinders udsagn, at fagpersonernes formidling med fordel kunne være foregået anderledes. En kvinde oplevede, at fagpersonerne forklarede, at deltagelse ikke handlede om at kontrollere og overvåge kvinden, men skulle ses som en hjælp. Herved søges kvindens negative tanker og følelser omkring det, at blive tilbudt deltagelse i *Kom Godt I Gang*, imødekommet, hvorved der blev taget hånd om følelsen af stigmatisering. Spændvidden mellem de kvinder, der ønsker, at formidlingen var foregået anderledes, og de, der var tilfredse hermed, er udtryk for enkelte kvinders udsagn, men på trods herfor er det en væsentlig tematik, for de kvinder, der har haft en negativ oplevelse, og potentielt kan tematikken gøre sig gældende for andre kvinder i en lignende situation.

I forhold til fremtidige indsatser må det på den baggrund anbefales, at der bør være opmærksomhed på, hvordan indsatser introduceres og formidles til sårbare gravide, herunder deres relevans og indhold, forinden

indvilligelse i at deltage, hvorved der er en åben dialog om indsatsen. Dette for at imødekomme de negative følelser, som kan opstå ved at blive tilbudt at deltage i en målrettet indsats.

9.2 Fokus på individ

Thomson et al., fremhæver, at der er behov for en individuel strategi inden for svangreomsorgen, hvor der tages udgangspunkt i den sårbare gravides behov, situation og hverdagsliv (2013). Det er i caseanalysen fundet, at *Kom Godt I Gang* har fokus på et helhedsorienteret og individuelt forløb (Buhelt 2014), hvoraf det ses, at projektets fokus er foreneligt med Thomson et al.'s anbefaling om en individuel strategi. Specialets empiriske fund viser en spændvidde mellem kvindernes oplevelser, hvor det på den ene side opleves, at fagpersonerne ser og forstår den enkelte kvinde, mens det på den anden side opleves, at der sker en undertrykkelse af den enkelte. Konsekvensen bliver, at udbyttet af kvindernes deltagelse er varierende. Thomson et al. fremhæver med relevans herfor, at de sårbare gravide, der ikke oplever fagpersonernes råd og vejledning som værende forenelig med egen situation, ikke får udbytte heraf (2013). Kirkpatrick et al. påpeger, at sårbare kvinder opnår øget selvværd, kontrol over parforhold og føler sig stærkere og mere selvstændige, som følge af deltagelse i en indsats med fokus på individet (2007), netop fordi der tages afsæt i den enkelte kvindes situation. Fundene af Kirkpatrick et al. og Thomson et al. er forenelige med specialets empiriske fund, at et individuelt fokus har betydning for udbyttet, hvorved fundene styrkes. Udbyttet i artiklen af Kirkpatrick et al. opnås som følge af en intensiv intervention, og det vides dermed ikke, om det at have fokus på individet er tilstrækkeligt til at opnå det omtalte udbytte, eller om varighed ligeledes har en indvirkning. Fokus på individet giver plads til inddragelse af læggerspektivet med fokus på kvindernes hverdagslivsorienterede oplevelser og tanker. Dette understøttes af undersøgelsen af *Kom Godt I Gang*, som viste, at udbyttet af deltagelse udeblev for den kvinde, der oplevede, at projektet ikke tog afsæt i hendes perspektiv.

Til trods for, at størstedelen af kvinderne i *Kom Godt I Gang* angiver, at samtalerne i projektet har haft et individuelt fokus, så er det fundet, at en række temaer går igen, hvilket kan indikere, at temaerne enten er udsprunget af kvindernes eller fagpersonernes ønske. Barndom som samtaleemne er fundet i artiklen af Birtwell et al. og i specialets undersøgelse af *Kom Godt I Gang*, hvor Birtwell et al. finder, at samtale om barndom bidrager til refleksion hos sårbare gravide i forhold til håndtering af moderrollen (2015). I modsætning hertil er det i specialets undersøgelse fundet, at ikke alle kvinder anser det for relevant og meningsfuldt at tale om barndom, og det er erfaret, at emnet bringes op af fagpersonerne, og dermed ikke udspringer af kvindernes ønsker. I forlængelse heraf påpegede en kvinde i specialets undersøgelse, at samtale om barndom medførte smerte, og gjorde hende ked af det, hvilket kan ses som en utilsigtet konsekvens ved indsatsen.

Samtale om problematikker i barndommen stiller store krav til fagpersonernes kompetencer, og der kan stilles spørgsmål ved, om fagpersonerne bør varetage en terapeutisk funktion ved svære problematikker relateret til barndom, eller om dette ligger uden for deres felt.

I specialets undersøgelse og litteraturstudie er det yderligere fundet, at bekymring for moderrollen og fødslen er gennemgående temaer, som opleves af såvel sårbare som gravide generelt (Lupton 2011; George 2005), hvilket er et udtryk for, at der er tale om almen bekymring, og at disse temaer fylder i kvindernes liv, og derfor må favnes i indsatser målrettet sårbare gravide.

I forhold til fremtidige indsatser må det på den baggrund anbefales, at der tages hånd om de temaer, som sårbare gravide finder meningsfulde og relevante, hvor det ligeledes er vigtigt, at fagpersonernes råd og vejledning tager afsæt i individet. Yderligere anbefales, at fagpersonerne i indsatser er bevidste om egne faglige begrænsninger, og har mulighed for at henvise til andre relevante tilbud, såfremt behovet for dette ses.

9.3 Partnerinddragelse

Det er fundet, at kvindernes parforhold har været et dominerende fokus i samtalerne i *Kom Godt I Gang*. Flere kvinder giver yderligere udtryk for at have fundet det givende og relevant, at partneren har deltaget i projektet. Udbyttet heraf har været et styrket parforhold, fælles forældreskab samt større involvering af partner i graviditeten. Flere af disse forhold opleves både af de, der har fundet partnerinddragelse meningsfuld, og de, hvor partneren ikke har været engageret i projektet, og ifølge Antonovsky så vil manglende meningsfuldhed medføre, at de to andre komponenter, begribelighed og håndterbarhed, trækkes nedad (2000), hvilket er udtryk for, at udbyttet ikke nødvendigvis vil være langvarigt, når meningsfuldheden mangler.

Birtwell et al. og George fremhæver i relation hertil, at relationen til det nære netværk, herunder partner, anses som værende vigtigt for kvinderne under graviditeten og i tiden efter fødslen (Birtwell et al. 2015; George 2005). Artiklerne omhandler henholdsvis sårbare gravide og gravide generelt, hvorved fundets rækkevidde øges, og kan have relevans for alle gravide. I en rapport fra Socialt Udviklingscenter (SUS) anbefales det, at partneren inddrages i indsatser målrettet sårbare gravide, hvori der ses et udviklingspotentiale (Andersson et al. 2014).

Dette indikerer, at inddragelse af sårbare gravidens partnere i fremtidige indsatser kan være gavnligt i forhold til at styrke parforholdet samt skabe en fælles rolle om forældreskabet. Ligeledes giver inddragelse af sårbare gravidens partnere mulighed for en større og mere aktiv involvering af partneren i graviditeten.

9.4 Gruppeforløb

Oprindeligt var det planlagt, at forløbet i *Kom Godt I Gang* enten kunne udformes som individuelle forløb eller gruppeforløb (Region Nordjylland et al. 2014), men gruppeforløbene er udgået af projektet grundet stor spredning i terminsdatoer (Buhelt 2014), og ifølge projektleder fra *Kom Godt I Gang* havde kvinderne desuden ikke interesse herfor. I modsætning hertil er det i specialets empiriske undersøgelse fundet, at størstedelen af kvinderne gav udtryk for, at det kunne have været rart at dele oplevelser, bekymringer og tanker med andre ligestillede, og i den forbindelse indgå i mindre gruppeforløb, bestående af to til tre andre kvinder. En enkelt kvinde udtrykte, at hun ikke havde behov for gruppeforløb. Størstedelen af kvindernes ønske om gruppeforløb kan måske forklares ved, at de efter endt forløb i *Kom Godt I Gang* er kommet til en erkendelse af, at gruppeforløb kunne have været gavnlige for dem. Dette kan vidne om, at en refleksionsproces blandt kvinderne har fundet sted, hvorved de er blevet mere bevidste om egen deltagelse i *Kom Godt I Gang* og tanker herom. Ønsket om at tale med andre ligestillede fremhæves også af Birtwell et al. og Thomson et al., hvor det påpeges, at sårbare gravide finder det givende at snakke med ligestillede omkring håndtering af graviditet og moderrolle, hvilket styrker specialets fund. I artiklerne findes yderligere, at jævnaldrende har bedre forudsætninger for at danne og styrke relationer til hinanden, da forståelse for hinandens situation er øget (Birtwell et al. 2015; Thomson et al. 2013). Ønsket om at tale med andre sårbare gravide kan findes i Timms definition af borgerperspektivet (1997; 2013), hvor ligestillede kan bidrage med hverdagslivsorienterede erfaringer, hvilket giver sårbare gravide mulighed for at spejle sig i andre, mens fagpersoner kan bidrage med anden og faglig viden, hvorved begge perspektiver er relevante. På baggrund af ovenstående ses, at interesse for og relation til andre gravide er af betydning for sårbare gravide, men også, at betydningen af relationen til ligestillede kan afhænge af, om sårbare gravide er jævnaldrende, da dette kan være afgørende for, hvorvidt sårbare gravide ønsker at dele deres oplevelser og tanker. Fundene af Birtwell et al. og Thomson et al. bidrager til at styrke specialets empiriske fund, hvorved behovet for at tale med ligestillede må antages at være et generelt udtryk for sårbare gravides ønsker.

I forhold til fremtidige indsatser må det på den baggrund anbefales, at det må afdækkes, hvorvidt sårbare gravide har behov for at tale med ligestillede, og på baggrund heraf tilbyde supplerende tilbud i form af gruppesamtaler eller uformelle møder. I udformningen af gruppeforløb er det vigtigt at være opmærksom på gruppesammensætning og herunder kvindernes alder.

9.5 Indsatsers varighed

Kom Godt I Gang er udformet som fire samtaler af halvdelen times varighed inden fødsel og en til to samtaler efter fødsel (Buhelt 2014). I modsætning hertil, fandtes i artiklen af Kirkpatrick et al. en langt mere intensiv indsats, hvor de sårbare gravide fik et ugentligt hjemmebesøg af en times varighed i perioden fra

andet trimester og 18 måneder frem (2007), hvor der således kunne være tale om i alt 72 hjemmebesøg. Ifølge Kirkpatrick et al. skabes en tillidsfuld og tryk relation mellem sundhedsprofessionelle og sårbare gravide over tid (2007), hvilket kan forklare interventionens fokus på den intensive indsats. I forlængelse heraf påpeger Ebert et al. og Thomson et al., at det ses som en forudsætning, at sundhedsprofessionelle har tid til at engagere sig i kvinderne (2014; 2013). Begge artikler omhandler sårbare gravide, hvorved fundet vurderes at være af væsentlig betydning for specialets målgruppe. Antallet af samtaler får dermed betydning for opbygningen af relationer. Hansen et al., som undersøger 148 projekter og indsatser med fokus på en tidlig indsats i perioden 1998-2003, finder, at indsatser varierede fra tre måneder til tre år (2003), og der ses således stor variation i varighed i danske indsatser. Det er i den forbindelse relevant at diskutere, hvorvidt fem til seks samtaler af halvanden times varighed er tilstrækkeligt til, at den tillidsfulde relation skabes, og til at der kan skabes forandring i forhold til mestringsevne og forældrekompetence hos sårbare gravide, hvilket er et af *Kom Godt I Gangs* succeskriterier (Buhelt 2014). Ud fra Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng* kan det videre diskuteres, hvorvidt det er realistisk, at mestringsevne og forældrekompetence kan opnås på baggrund af få samtaler i projektet. Antonovsky angiver, at *oplevelse af sammenhæng* skabes over tid, og at kortere forløb i sundhedssektoren er medvirkende til, at denne ikke bliver vedholdende, dog kan et kortere forløb skabe grundlag for en senere udvikling af *oplevelse af sammenhæng* (2000), men dette vurderes at afhænge af kvindernes problemstillinger og sværhedsgraden heraf. Kvinder med sværere problematikker kan have behov for længerevarende forløb end kvinder med lettere problematikker for at styrke *oplevelsen af sammenhæng*. Dette støttes op af den graduering, der ses i svangreomsorgen, hvor intensitet skal øges med øgede problematikker hos den gravide, hvilket illustreres med svangreomsorgens niveaudeling (Brot & Poulsen 2013).

På baggrund af ovenstående anbefales det, at varighed og antallet af samtaler må afhænge af den enkeltes situation, hvor varigheden må være tilstrækkelig for at kunne opbygge trygge og tillidsfulde relationer, for at sårbare gravides mestringsevne og forældrekompetence øges, hvilket yderligere understreger behovet for en individuel strategi.

9.6 Tillid til fagpersoner

Specialets undersøgelse af *Kom Godt I Gang* og specialets litteraturstudie indikerede, at et væsentligt forhold i indsatser for sårbare gravide, er relationen til fagpersoner. Kirkpatrick et al. fandt, at sårbare kvinder havde negative forudfattede opfattelser af sundhedsprofessionelle, men at denne opfattelse ændrede sig gennem deltagelse i den målrettede indsats, dette som følge af, at der blev udviklet en tillidsfuld og ligeværdig relation (2007). Lignende blev fundet i specialets undersøgelse af *Kom Godt I Gang*, hvor der ses en udvikling i opbygningen af relationen, som munder ud i en tryk og tillidsfuld relation til projektets fagpersoner, hvilket medførte en holdningsændring undervejs. Fundene styrkes således af litteraturstudiet og

indsamlet empiri, og rækkevidden heraf går udover specialets case, hvorved betydningen af trygge og tillidsbaserede relationer til fagpersoner kan generaliseres til sårbare gravide generelt.

Konsekvensen af en manglende tillidsfuld relation bliver, ifølge specialets empiriske undersøgelse og Thomson et al., at udbyttet af indsatser og svangreomsorg udebliver (2013). Ifølge Antonovskys teori om *oplevelse af sammenhæng*, afhænger evnen til at håndtere stressorer af, i hvilken grad, der er ressourcer til rådighed til håndteringen. Disse ressourcer kan stamme fra andre, som individet har tillid til eller stoler på (Antonovsky 2000), hvorved den trygge og tillidsfulde relation til fagpersonerne bliver af betydning for kvindernes håndtering af stressorer relateret til graviditet og barsel og dermed kvindens udbytte af selve tilbuddet.

I specialets empiriske undersøgelse blev der udtrykt ønske om, at kontinuitet i fagpersonernes tilstedeværelse skulle bevæge sig udover det afgrænsede tilbud, hvor det ønskedes, at fagpersonerne fra *Kom Godt I Gang* fulgte kvinderne i alle svangreomsorgens tilbud. Det er i overensstemmelse med projektets formål (Buhelt 2014), dog viser kvindernes oplevelser, at dette ikke skete i praksis. Fundet afspejler kun enkelte kvinders oplevelser, dog styrkes fundet ved, at lignende findes i Kirkpatrick et al., hvor det findes positivt, at relationen etableres tidligt og opretholdes gennem graviditeten, fødsel og barslen (2007).

I forhold til fremtidige indsatser må det på den baggrund anbefales, at der bør lægges stor vægt på at organisere tilbuddet og give det et omfang, som betyder, at der i endnu flere tilfælde skabes en tillidsfuld og tryk relation mellem sårbare gravide og sundhedsprofessionelle. Udgangspunktet herfor skabes allerede i forbindelse med den første formidling om den målrettede indsats til sårbare gravide, hvor der må foreligge en grundig indføring i indsatsens relevans, indhold og udbytte. Der skal videre gives tid til, at den tillidsfulde og trykke relation skabes, og slutteligt må relationen være vedvarende gennem graviditet, fødsel og barsel.

9.7 Målgruppe

Det er fundet i litteraturstudiet, at det at være sårbar gravid, kan relateres til en række karakteristika. Heriblandt unge mødre, enlige mødre, kvinder med sociale og psykologiske problemstillinger, kvinder med lav socioøkonomisk status, kvinder som er ofre for vold, har misbrugsproblemer, anden etnisk baggrund eller som har været i kontakt med sociale instanser i relation til varetagelse af barnets tarv (Kirkpatrick et al. 2007; Birtwell et al. 2015; Thomson et al. 2013). *Kom Godt I Gangs* definition af sårbare gravide står i kontrast hertil, da der ikke foretages en skrap afgrænsning af målgruppen, men i stedet tages der udgangspunkt i, at sårbarhed kan opstå af forskellige årsager og dermed potentielt kan ramme alle (Buhelt 2014). Til trods for, at *Kom Godt I Gang* arbejder ud fra en definition, hvor sårbarhed ikke kan tilskrives en på forhånd afgrænset gruppe, så er det gennem specialets undersøgelse erfaret, at flere af de deltagende

kvinder har en klar opfattelse af, hvem der tilbydes et forløb som *Kom Godt I Gang*, og her henvises til flere af de karakteristika, som omtales i litteraturen. Kvindernes opfattelse af, hvem målgruppen for projektet er, kan ses som et udtryk for oplevelse af stigmatisering, hvilket kan være en utilsigtet konsekvens af indsatser målrettet sårbare gravide, da det kan påvirke kvindernes selvopfattelse negativt.

Dog ses det også, at der i praksis i *Kom Godt I Gang* arbejdes med tre hovedgrupper af sårbare gravide, og disse er unge gravide, gravide med anden etnisk baggrund og modne gravide med psykiske udfordringer, og således har projekt *Kom Godt I Gang* ikke helt så åben en tilgang til målgruppen, som først antaget, og dette kan indikere, at der er behov for at definere målgruppen mere præcist. Den nuværende brede definition af sårbare gravide medfører, at flere af svangreomsorgens niveauer inddrages, og der kan stilles spørgsmålstejn ved, om alle har behov for samme tilbud, da der i niveaudelingen ses en graduering, hvor problematikkerne gradvist øges.

En målsætning i *Kom Godt I Gang* er at opspore omkring 60 gravide årligt, hvilket svarer til 10 procent af kommunens gravide (Buhelt 2014). I perioden september 2013 til juni 2015 burde projektet have opsporet 110 sårbare gravide, men kun 94 sårbare gravide er blevet visiteret hertil (fortroligt dokument), hvorved ønsket om at opspore 10 procent af kommunens sårbare gravide ikke er fuldt opnået. Det kan skyldes, at spørgeguiden til opsporingen af sårbare gravide ikke er effektevalueret, hvorved det ikke vides, om den formår at opspore alle sårbare gravide i kommunen. Desuden kan oplevelsen af stigmatisering, som nogen kvinder oplever i undersøgelsen af *Kom Godt I Gang*, udgøre en barriere for deltagelse i projektet, hvorved ikke alle sårbare gravide opspores eller indvilliger i at deltage.

I forhold til fremtidige indsatser må det på den baggrund overvejes, om der er behov for en afgrænsning af målgruppen, da det fortsat står uklart, hvem sårbare gravide er. Derudover anbefales, at indsatser til sårbare gravide bør differentieres afhængig af den enkeltes situation. Anvendelse af et screeningsværktøj til opsporing af sårbare gravide kan med fordel anvendes, såfremt der foreligger en effektevaluering heraf.

10. Konklusion

Følgende afsnit har til formål at besvare specialets problemformulering, som lyder:

Hvordan kan de sårbare gravides oplevelser af at deltage i projekt Kom Godt I Gang bidrage til at påpege forandringspotentialer i indsatser målrettet sårbare gravide?

Gennem specialets diskussion af sårbare gravides oplevelser af at deltage i indsatser er følgende fokuspunkter fundet; *grundig indføring, fokus på individ, partnerinddragelse, gruppeforløb, indsatsens varighed, tillid til fagpersoner samt målgruppe.*

Disse fokuspunkter bidrager til udarbejdelsen af anbefalinger til politikere, sundhedsorganisationer, kommuner og praktikere, der arbejder med sårbare gravide, hvilket skal bidrage til et evidensbaseret løft af arbejdet med indsatser målrettet sårbare gravide, hvorved den gravide og barnets sundhed og trivsel sikres.

Inden sårbare gravide indvilliger i at deltage i målrettede indsatser, bør der være opmærksomhed på, hvordan disse introduceres og formidles, og der bør gives en grundig indføring i indsatsernes indhold og relevans for den enkelte. Dette for at imødekomme sårbare gravides negative følelser relateret til tvivl på forældreevne, oplevelse af stigmatisering og undertrykkelse af autonomi, som kan opleves i forbindelse med henvisning til målrettede indsatser.

Der bør tages hånd om de samtaletemaer, som findes meningsfulde og relevante for sårbare gravide, og fagpersonernes råd og vejledning bør tage afsæt i individets situation. Yderligere anbefales, at fagpersoner i indsatser er bevidste om egne kompetencers rækkevidde, og har mulighed for at henvise til andre relevante tilbud, såsom terapeutisk rådgivning, såfremt behovet for dette identificeres.

Inddragelse af sårbare gravides partnere anbefales, da det kan styrke parforholdet og forældreskabet samt bidrage til en aktiv involvering af partneren i graviditeten.

Det anbefales at afdække, hvorvidt den sårbare gravide har behov for og ønske om at tale medigestillede, og på baggrund heraf bør tilbydes supplerende tilbud i form af gruppeforløb, hvor der tages højde for gruppesammensætning. Dette giver mulighed for, at de sårbare gravide kan dele oplevelser, bekymringer og tanker med andreigestillede.

Varighed og antallet af samtaler i indsatser målrettet sårbare gravide, bør afhænge af den enkeltes situation, og være tilstrækkelig for, at der kan opbygges trygge og tillidsfulde relationer til fagpersoner, hvorved sårbare gravides mestringsevne og forældrekompetence øges. Udgangspunktet for den trygge og tillidsfulde relation bør skabes allerede i den første formidling, og relationen bør være vedvarende gennem graviditet, fødsel og barsel.

Der er behov for en klar definition af målgruppen for indsatser målrettet sårbare gravide. Indsatser til sårbare gravide bør differentieres, afhængig af den enkeltes situation. Et screeningsværktøj til opsporing af sårbare gravide kan anvendes, såfremt der foreligger en effektevaluering heraf.

Litteraturliste

- Andersson, S.G. et al., 2014. *Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i Danmark - kortlægning af eksisterende tilbud og fremtidsperspektiver på området*, København: Socialt Uviklingscenter SUS og Det Obelske Familiefond.
- Antoft, R. & Salomonsen, H.H., 2007. Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft et al., eds. *Håndværk & Horisonter. Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, pp. 29–57.
- Antonovsky, A., 2000. *Helbredets Mysterium* Hans Reitzels Forlag, ed., København.
- Barker, D.J.P., 1995. The fetal and infant origins of adult disease. *British Medicine Journal*, 311, pp.171–174. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1664286/>.
- Bech-Jørgensen, B., 1994. *Når hver dag bliver hverdag*, Køb: Akademisk Forlag.
- Benoit, C., Shumka, L. & Barlee, D., 2010. Stigma and the Health of Vulnerable Women. *Women's Health Research Network*.
- Birkler, J., 2009. *Etik i sundhedsvæsenet*, København: Munksgaard Danmark.
- Birtwell, B., Hammond, L. & Puckering, C., 2015. "Me and my bump": An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), pp.218–238. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24154683> [Accessed April 17, 2016].
- Brinkmann, S., 2015. Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard, eds. *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 463–479.
- Brot, C. & Poulsen, A., 2013. *Anbefalinger for svangreomsorgen* 2nd ed., København: Sundhedsstyrelsen.
- Buhelt, P., 2014. *Midtvejsevaluering "Kom godt i gang!" En model til opsporing af de udsatte gravide og en målrettet indsats gennem et tværfagligt og tværsektorielt team*, Hjørring. Available at: <http://www.hjoerring.dk/lib/file.aspx?fileID=21672&target=blank>.
- Buus, N. et al., 2008. Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*.
- CASP UK, 2013. CASP Checklists. *Qualitative Research Checklist*. Available at: <http://www.casp-uk.net/#!checklists/cb36> [Accessed May 2, 2016].
- Christensen, U., Schmidt, L. & Dyhr, L., 2007. Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 61–86.
- Christoffersen, M. N. & Soothill, K., 2003. The long-term consequences of parental alcohol abuse: A cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), pp.107–116.
- Dahlgren, L. & Fredslund, H., 2012. Hermeneutisk analyse. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 157–181.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M., 2007. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm.

- Deding, M. & Gerstoft, F., 2009. *Børnefattigdom i Danmark 2002-2006*. København.
- Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C., 2011. *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Ebert, L. et al., 2014. Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 27, pp.132–137.
- Elstad, J. I., 2000. *Social inequalities in health and their explanations*. Oslo.
- Evans, G. W. & Kim, P., 2007. Childhood poverty and health: Cumulative Risk Exposure and Stress Dysregulation. *Psychological Science*, 18(11), pp.953–957.
- George, L., 2005. Lack of preparedness: Experiences of First-Time Mothers. *MCN. The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30(4), pp.251–255.
- Hansen, J., Hammershøi, A. & Bossi-Andresen, G., 2003. *Tidlig indsats overfor særligt sårbare gravide og spædbørnsfamilier*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Helweg-Larsen, K., 1999. *Social arv - betydningen for graviditets forløb, fødselsvægt og spædbarnsdødelighed*. København.
- Højberg, H., 2009. Hermeneutik. Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne. In L. Fuglsang & P. B. Olsen, eds. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag, pp. 309–347.
- Høyer, K., 2007. Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard Danmark, pp. 17–41.
- Jensen, T. K. & Johnsen, T. J., 2001. *Sundhedsfremme i teori og praksis. En lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser* 2nd ed. Århus: Forlaget Philosophia.
- Juul, S., 2013. *Epidemiologi og evidens* 2nd ed. København: Munksgaard.
- Juul, S., 2012a. Fænomenologi. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Sundhedsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 65–107.
- Juul, S., 2012b. Hermeneutik. In S. Juul & K. B. Pedersen, eds. *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 107–148.
- Kamper-Jørgensen, F. & Jensen, B. B., 2009. Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. In F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. B. Jensen, eds. *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard, pp. 21–42.
- Kirkpatrick, S. et al., 2007. Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting. *Child Abuse Review*, 16, pp.32–46.
- Kramer, M.S. et al., 2000. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor fare so poorly? *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14(3), pp.194–210.
- Kristensen, D. B., 2012. Fænomenologi. Filosofi, metode og analytisk værktøj. In S. Vallgård & L. Koch, eds. *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard, pp. 182–204.

- Kristensen, F. B. & Sigmund, H., 2007. *Metodehåndbog for Medicinsk Teknologisk Vurdering*. København.
- Kristiansen, S. & Jacobsen, M. H., 2010. Erving Goffman. In P. T. Andersen & H. Timm, eds. *Sundhedssociologi: En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 137–159.
- Kvale, S. & Brinkmann, S., 2015. *Interview* 3rd ed. København: Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, L., Rieper, O. & Olsen, L., 2011. *Forskning om og med mennesker. Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning* 6. ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Link, B. G. & Phelan, J., 1995. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), pp.80–94.
- Lupton, D. A., 1993. Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. , pp.394–401.
- Lupton, D.A., 2011. “The best thing for the baby”: Mothers’ concepts and experiences related to promoting their infants’ health and development. *Health, Risk & Society*, 13(7-8), pp.637–651.
- Maggi, S. et al., 2005. *Knowledge Network for Child Development - Analytic and Strategic Network Paper: International Perspectives on Early Child Development*. Human Early Learning Partnership.
- Malterud, K., 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* 3rd ed. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiasen, R. et al., 2009. Socio-economic achievements of individuals born very preterm at the age of 27 to 29 years: A nationwide cohort study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(11), pp.901–908.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014. Bekendtgørelse af sundhedsloven. Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=152710> [Accessed May 28, 2016].
- Morgen, C. S. et al., 2008. Socioeconomic position and the risk of preterm birth - a study within the Danish National Birth Cohort. *International journal of epidemiology*, 37(5), pp.1109–1120.
- Mortensen, L. H. et al., 2009. The social gradient in birthweight at term: quantification of the mediating role of maternal smoking and body mass index. *Human reproduction*, 24(10), pp.2629–2635.
- NCH software, Express Scribe Transcription Software. Available at: <http://www.nch.com.au/scribe/> [Accessed May 16, 2016].
- Otto, L., 2009. Sundhed i praksis. In S. Glasdam, ed. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd & Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 31–53.
- Ottosen, M. H. et al., 2010. *Børn og unge i Danmark. Velfærd og trivsel 2010*. København.
- Plum Hein, M., 2015. De udsatte mødre dropper hjælp: Risikerer dårlig fødsel. *AVISEN DK*. Available at: http://www.avisen.dk/de-unge-moedre-dropper-hjaelp-risikerer-daarlig-foed_338363.aspx [Accessed March 3, 2016].
- Regeringen, 2009. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2009-2013.
- Regeringen, 2011. Aftale om satspuljen på sundhedsområdet for 2012-2015.

- Regeringen, 2013. *Mere borger mindre patient - et stærkt fælles sundhedsvæsen*. København.
- Region Nordjylland, Sygehus Vendsyssel Hjørring & Hjørring Kommune, 2014. *Projektplan "Kom godt i gang!"*. Hjørring.
- Rigsrevisionen, 2015. *Beretning til Statsrevisorerne om satspuljen*. København.
- Simovska, V. & Jensen, J. M., 2012. Sundhedspædagogik og sundhedsfremme: Principper og sammenhænge. In *SundhedsPÆDAGOGIK i sundhedsfremme*. Gads Forlag, pp. 19–26.
- Sundhedsstyrelsen, 2014. *Udmøntning af midler fra sundhedspolitisk udspil til sårbare gravide - Revideret opslag*,
- Sundhedsstyrelsen, 2010. *Udmøntning af satspuljen "Børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici"*. København.
- Sundhedsstyrelsen, 2012. *Udmøntning af satspuljen "Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide"*. København.
- Tanggard, L. & Brinkmann, S., 2015. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggard, eds. *Kvalitative metoder*. København: Hans Reitzels Forlag, pp. 29–53.
- Thomson, G. et al., 2013. A public health perspective of women's experiences of antenatal care: An exploration of insights from a community consultation. *Midwifery*, 29(3), pp.211–216.
- Timm, H., 1997. At have en krop og at være en krop: om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. *Grus*, 18(52), pp.24–36.
- Timm, H., 2013. Patientperspektivet. In N. Grit, ed. *Sundhed, menneske og samfund*. København: Samfundslitteratur, pp. 145–162.
- Vallgård, S., 2009. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In S. Glasdam, ed. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk Sygeplejeråd, pp. 166–187.
- Wackerhausen, S., 1995. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In U. J. Jensen & P. F. Andersen, eds. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus: Philosophia, pp. 43–73.
- Yin, R.K., 1994. *Case Study Research. Design and Methods* 2nd ed. SAGE Publications.
- Aalborg Universitet, NVIVO. Available at: <http://www.aub.aau.dk/software-web/nvivo/> [Accessed May 6, 2016].
- AalborgUniversitetsbibliotek, Databaser og udbydere. Available at: <http://www.aub.aau.dk/find-materiale/databaser> [Accessed April 11, 2016].

Bilagsoversigt

Bilag 1: Samarbejdsaftale med projekt <i>Kom Godt I Gang</i>	112
Bilag 2: Rekruttering af informanter til interviewundersøgelse	114
Bilag 3: Interviewguide	117
Bilag 4: Samtykkeerklæring	119
Bilag 5: Retningslinjer for transskribering	120
Bilag 6: Søgebilag	121
Bilag 7: Screenshots til dokumentation af litteratursøgning	129
Bilag 8: Materiale fra temadag ”Tidlig indsats overfor sårbare familier”	132
Bilag 9: Analyse af interviews ud fra analysestrategi	137

Bilag 1: Samarbejdsaftale med projekt *Kom Godt I Gang*

Samarbejdsaftale

Mellem	Aalborg Universitet Institut for Medicin og Sundhedsteknologi Faggruppen for Folkesundhed og Epidemiologi Niels Jernes Vej 14 9220 Aalborg
Og	Projekt <i>Kom Godt I Gang</i> Regionshospitalet Nordjylland, Region Nordjylland og Sundhedsplejen, Hjørring Kommune Bistrupvej 3 9800 Hjørring

Ovennævnte parter har indgået følgende aftale i forbindelse med et specialeprojekt på Folkesundhedsvidenskab, Aalborg Universitet. Specialet udføres af Sara Pihl Jakobsen, Ajla Dzubur og Pernille Frøstrup.

- 1. Specialets titel:** Tidlig indsats til sikring af barnets sundhed og trivsel - en indsats målrettet sårbare gravide.
- 2. Specialets formål:** Specialets formål er at bidrage til et evidensbaseret løft af arbejdet med indsatser målrettet sårbare gravide. Dette gennem inddragelse af borgerperspektivet, hvor de sårbare gravides oplevelser danner udgangspunkt for indfrielse af formålet, hvilket skal bidrage til at sikre den gravide og barnets sundhed og trivsel med relevans for det folkesundhedsvidenskabelige felt.
- 3. Aftalegrundlaget**
 - 3.1 De bearbejdede data er anonymiseret, så ingen konkrete personer kan identificeres. Anonymiseringen er foretaget således, at data kan anvendes som udgangspunkt for forskellige analyser. Nærværende aftale forpligter undertegnede studerende at sikre, at uvedkommende ikke får adgang til data. Person-identificerbare data må opbevares på undertegnede studerendes egne pc'er i forbindelse med det konkrete specialeforløb. Efter afslutningen af projektet er alle undertegnede studerende forpligtet til at slette samtlige person-identificerbare data. Undertegnede studerende er selv ansvarlige for forsvarlig sletning af data. Projekt *Kom Godt I Gang* kan ikke gøres ansvarlig for materiale og konklusioner udarbejdet på baggrund af udleverede data.
 - 3.2 De udleverede dokumenter fra *Kom Godt I Gang* består af projektplan, midtvejsevaluering og statusrapporter og behandles fortroligt. De studerende har ikke adgang til journaler og registreringer.
 - 3.3 De studerende indsamler empiri gennem en semistrukturerede interviewundersøgelse og godkendelse af interviewguide foretages af projektleder fra *Kom Godt I Gang* forinden udførelse af interviews.
 - 3.4 De indsamlede data vil danne grundlag for en specialerapport til Skolen for Medicin og Sundhedsteknologi til brug for bedømmelse til eksamen. Denne rapport vil indgå i universitetets

arkiv. Herudover kan data danne grundlag for konferencebidrag, artikler i relevante tidsskrifter med videre. Projekt *Kom Godt I Gang* er berettiget til at modtage en kopi af såvel artikler og specialerapport, hvis det ønskes.

3.5 *Kom Godt I Gang* må anvende hele eller dele af specialerapporten i relevante sammenhænge, såfremt specialegruppens navne fremgår tydeligt i de anvendte sammenhænge og at der gives besked herom til de studerende.

3.6 Der modtages ikke honorar fra projekt *Kom Godt I Gang* i anledning af samarbejdet.

Aalborg Universitet
Institut for Medicin og Sundhedsteknologi

Dato Navn

16/5-16 *Jens Erik Frim*

Dato Navn

16/5-16 *Søren Pihl Jakobsen*

Dato Navn

16/5-16 *Ajla D.*

Projekt *Kom Godt I Gang*
Regionshospital Nordjylland, Region Nordjylland og Sundhedsplejen, Hjørring Kommune

Dato Navn

11/5-16 *Merete Børn Kristensen*

Bilag 2: Rekruttering af informanter til interviewundersøgelse

Rekruttering varetages indledningsvist af sundhedsplejersker og jordemødre fra *Kom Godt I Gang*, og efter den indledende kontakt overtager specialegruppen kontakten.

2.1 Briefing af sundhedsplejersker/jordemødre om deres rolle som gatekeepere

Følgende er sendt til projektleder for *Kom Godt I Gang*, men henblik på at sikre ensartethed i den første kontakt til de mulige informanter, og projektleder har efterfølgende videresendt briefing til sundhedsplejersker og jordemødre fra *Kom Godt I Gang*.

2.1.1 Mail til projektleder

Briefing af sundhedsplejersker og jordemødre i forhold til rekruttering af kvinder til interviews.

Sundhedsplejerskerne og jordemødrene behøver ikke nødvendigvis at læse nedenstående ordret op for kvinderne, men essensen skal gerne frem i samtalen.

Informanter til interviews skal være tidligere deltagere fra *Kom Godt I Gang*, som har født for minimum tre måneder siden. Derudover skal informanterne kunne læse, tale og forstå dansk (læsning for, at de skal vide, hvad de skriver under på i en samtykkeerklæring) og derudover skal de være i stand til at gennemføre et interview (fysisk/mentalt).

Interviewet skal så vidt muligt placeres i uge 15, 16 eller 17.

2.1.2 Telefoninvitation til deltagelse i interviews

Jeg ringer på vegne af tre kvindelige studerende fra kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab, som har en stor interesse for arbejdet med gravide, og som er i gang med et afsluttende projekt som handler om *Kom Godt I Gang*. De studerende er meget optagede af at undersøge gravides oplevelse af at deltage i et tilbud som *Kom Godt I Gang*. De studerende vil derfor gerne have en samtale med dig, for at få indblik i dine oplevelser, erfaring og meninger omkring det at have deltaget i *Kom Godt I Gang*.

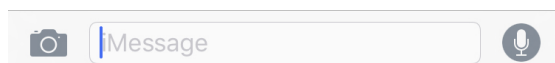
Dine svar vil blive behandlet fortroligt og du vil være anonym, ligesom at du til hver en tid kan sige stop, og trække dig fra samtalen. Derudover skal jeg nævne, at jeg (sundhedsplejerske/jordemoder) ikke får udleveret dine svar. Der er mulighed for, at samtalen foregår hjemme hos dig, i et lokale hos *Kom Godt I Gang* eller et helt tredje sted. Samtalen vil foregå i april måned og vil vare ½ - 1 time.

Såfremt, at der udvises interesse for deltagelse: Må de studerende kontakte dig for at aftale et tidspunkt og et sted eller foretrækker du, at jeg (sundhedsplejerske/jordemoder) formidler kontakten?

Såfremt, at der aftales et tidspunkt allerede ved igangværende samtale: Der vil måske være to studerende til stede under samtalen, hvor den ene vil stå for samtalen, mens den anden vil lytte og være der for at hjælpe den anden studerende.

2.2 Specialegruppens indledende kontakt til informanter

Specialegruppen overtager den videre kontakt til mulige informanter, efter udlevering af kontaktinformation fra projektleder hos *Kom Godt I Gang*. Der indledes med at sende en SMS til den mulige informant, hvor det angives, at vedkommende vil blive kontaktet med henblik på at informere om interviewundersøgelsen, og at aftale et tidspunkt for interview. Sms'en udformes som det fremgår af følgende eksempel:



Efterfølgende kontaktes informanten per telefon, og samtalen vil omhandle følgende punkter:

- Jeg har fået dit telefonnummer af *Kom Godt I Gang*.
- Jeg er sammen med to andre i gang med et afsluttende projekt, som handler om *Kom Godt I Gang*. Vi vil meget gerne høre dine oplevelser af at have deltaget i *Kom Godt I Gang*. Vores projekt skal bruges til, at gravides oplevelser kan inddrages i fremtidige lignende tilbud, og dine oplevelser kan derfor komme andre kvinder til gavn.
- Jeg vil derfor gerne lave et interview med dig. Interviewet vil være udformet som en samtale. Kunne du være interesseret i det?
- Samtalen vil vare ½ - 1 time, og kan foregå hvor du ønsker det, for eksempel hjemme ved dig (adresse)? Skal vi finde en tid, for eksempel [...] ?
- Er det okay, at jeg tager en af de andre fra projektgruppen med til samtalen. Hun vil blot lytte og være der for at hjælpe mig.

2.3 Opfølgende SMS til informanter

Dagen forinden interviewet med den pågældende informant sender interviewer en SMS til vedkommende som påmindelse om, at interviewet finder sted på det aftalte tidspunkt, hvor informanten endnu engang informeres om, at intervieweren tager en observatør med til interviewet. Dette gøres for at skabe en god og tryk relation mellem interviewer og informant og for, at informanten er velinformeret om det forestående interview.



Bilag 3: Interviewguide

Briefing

Først og fremmest vil jeg gerne takke dig for, at du vil deltage i interviewet, som vil være udformet som en samtale.

Vi er tre studerende ved Aalborg Universitet, som læser folkesundhedsvidenskab. Vi har en stor interesse for gravide, og vi er i gang med et afsluttende projekt, som handler om *Kom Godt I Gang*. Vi er meget optagede af dine oplevelser af at have deltaget i et tilbud som *Kom Godt I Gang*, og vi håber, at du vil dele dine oplevelser, erfaringer og meninger omkring det at have deltaget i *Kom Godt I Gang*. Vores projekt skal bruges til, at gravides oplevelser kan inddrages i fremtidige lignende tilbud. Dine oplevelser kan derfor komme andre kvinder til gavn i fremtidige tilbud.

Alle svar er velkomne, og det er helt i orden, hvis du har brug for at få spørgsmålet gentaget eller har brug for at tænke lidt, før du svarer. Sig endelig til, hvis jeg skal spørge på en anden måde. Det helt okay, hvis der er et spørgsmål, som du ikke har lyst til at svare på. Det er mig, der kommer til at stille spørgsmål, og ”...” vil supplere, hvis der er behov for det. Derudover vil ”...” kun være til stede, for at vejlede og hjælpe mig.

Jeg vil bede dig om at underskrive en samtykkeerklæring, hvor du siger ja til, at vi anvender dine udsagn i vores projekt, og her skal jeg understrege, at du vil være anonym. Vi vil derfor ikke nævne dit navn i projektet, men bruge et andet navn i stedet for. Har du ønsker til, hvad navnet skal være, eller skal jeg finde et navn for dig? Dine udsagn vil ikke kunne føres tilbage til dig, men vil stå som eksempler på, hvad kvinder, der har deltaget i *Kom Godt I Gang*, oplever. Hvis du ønsker det, så kan jeg sende dine udsagn til dig, inden vi bruger dem i vores projekt. Vores projekt vil blive læst af vores vejleder på studiet, og vil være tilgængeligt på internettet, men dit navn vil ikke fremgå deri. Interviewet optages på vores mobiltelefon og slettes, når projektet er færdigt. Du vil til enhver tid have mulighed for at sige, at du ikke vil deltage længere. Til sidst vil jeg gøre dig opmærksom på, at jeg har tavshedspligt.

Har du nogen spørgsmål, inden vi går i gang?

Interviewet påbegyndes, og optagelse startes.

Tema	Spørgsmål
Baggrund	1. Til at starte med vil jeg gerne spørge dig om... <ul style="list-style-type: none"> • Beskæftigelse og uddannelse • Alder • Parforhold/enlig • Børn. Er det dit første barn?
Visitation til <i>Kom Godt I Gang</i>	2. Hvordan oplevede du at blive tilbudt at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i> ? <ul style="list-style-type: none"> • Synes du, at det gav mening for dig at blive tilbudt at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i>? • Hvilke tanker gjorde du dig om at sige ja til at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i>?
Indholdet i <i>Kom Godt I Gang</i>	3. Vil du fortælle lidt om, hvad <i>Kom Godt I Gang</i> indeholdte? <ul style="list-style-type: none"> • Hvad var der fokus på i <i>Kom Godt I Gang</i>? • Hvor langt var du i graviditeten, da du startede i <i>Kom Godt I Gang</i>?
Udbytte af deltagelse i <i>Kom Godt I Gang</i>	4. Havde du nogen forventninger til <i>Kom Godt I Gang</i> , inden du startede i <i>Kom Godt I Gang</i> ? I så fald, hvilke? 5. Hvad føler du, at du har fået ud af at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i> ? <ul style="list-style-type: none"> • Har <i>Kom Godt I Gang</i> hjulpet dig, og hvordan? • Har det at deltage i <i>Kom Godt I Gang</i> gjort dig mere klar til hverdagen som mor? • Er der noget i <i>Kom Godt I Gang</i>, som du ville ønske havde været anderledes?
Hjælperedskab	<ul style="list-style-type: none"> • Pause, hm eller nik, giver anledning til at informanten beskriver videre, og giver anledning til refleksion. • Kan du uddybe det lidt mere? Især ved korte svar. • Begræns <i>hvorfor</i>-spørgsmål.

Debriefing

Jeg har ikke flere spørgsmål. Har du noget du vil tilføje eller synes, at vi mangler at snakke om? Kommer du i tanke om andet, er du velkommen til at kontakte os. Til sidst vil jeg høre, om du vil have tilsendt de udsagn, som vi bruger i projektet? Og i så fald, har du en mailadresse, vi kan dem sende til?

Endnu engang tusind tak for, at du ville deltage, og dele dine oplevelser.

Bilag 4: Samtykkeerklæring



Jeg erklærer hermed, at jeg giver mit samtykke til deltagelse i et interview i forbindelse med et afsluttende projekt på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet omkring kvinders oplevelser af at deltage i et tilbud som *Kom Godt I Gang*, hvor mine oplevelser skal bidrage til at kunne skabe forandring og eventuelt forbedring af fremtidige lignende indsatser, hvilket vil være til gavn for andre kvinder.

Jeg giver mit samtykke til at deltage i interviewet og projektet under følgende betingelser:

- At deltagelsen er frivillig, og jeg til enhver tid kan trække min deltagelse tilbage.
- At oplysninger vil blive behandlet fortroligt, og at jeg vil være anonym i projektet, hvilket betyder at mit navn og andre personlige oplysninger ikke indgår i projektet.
- At jeg har mulighed for at få tilsendt de af mine udtalelser, som vil blive citeret i projektet.
- At de anonymiserede udsagn vil blive anvendt til videre analyse i projektet.
- At interviewet vil blive optaget og efterfølgende nedskrevet. Optagelse og nedskrivning vil blive opbevaret forsvarligt, og vil blive slettet, når projektet er afsluttet.
- At projektet vil være offentligt tilgængeligt på internettet gennem Aalborg Universitets projektbibliotek.

Jeg har modtaget både skriftlig og mundtlig information om projektet.

Navn _____

Underskrift _____

Dato _____

Såfremt der efterfølgende skulle være spørgsmål og/eller problemer i forbindelse med din deltagelse, kan du kontakte:

Pernille Frøstrup på telefon xx xx xx xx eller e-mail pfrost13@student.aau.dk

Ajla Dzibur på telefon xx xx xx xx eller e-mail adzubu14@student.aau.dk

Sara Jacobsen på telefon xx xx xx xx eller e-mail spja14@student.aau.dk

Bilag 5: Retningslinjer for transskribering

Informant 1, 2, 3...x	Anonymiseres med andet navn
Interviewer	Angives som I
Suppleant	Angives som S
Utydelig tale	Angives med [?]
Tegnsætning følger grammatiske regler, hvorved læsevenlighed øges	
Stemninger som latter, gråd og råb	Angives ikke
Interviewer og suppleantens anerkendende ord som ja, nej, okay osv.	Angives ikke
Personfølsomme oplysninger	Angives med X eller [...]
Unødvendige fyldord som øh, altså osv.	Angives ikke

Ovenstående retningslinjer er udarbejdet med inspiration i Launsø et al., hvor transskriberingen foretages med fokus på mening frem for sprog (Launsø et al. 2011).

Bilag 6: Søgebilag

Søgebilaget indeholder en redegørelse for dels den indledende, usystematiske søgning, som primært anvendes i specialets initierende problem og problemanalyse, og dels den systematiske bloksøgning, som er foretaget med henblik på at besvare specialets problemformulering.

I relation til den systematiske søgning præsenteres bloksøgningens facetter, de valgte databaser, inklusions- og eksklusionskriterier og søgningens resultater med henblik på at sikre transparens i litteratursøgningen.

Den systematiske litteratursøgning er foretaget i perioden 11.04.16 – 18.04.16.

6.1 Indledende, usystematisk søgning

Der er indledningsvist søgt efter danske publikationer i søgedatabasen Google, for at opnå baggrundsviden og få en dybere indsigt i og forståelse for specialets problemfelt. Der er søgt på ”sårbare gravide”, ”sårbare gravide + indsatser”, ”ulighed i sundhed hos gravide og børn” og ”ulighed i sundhed hos spædbørn”. De danske publikationer har dannet udgangspunkt for en usystematisk litteratursøgning i databasen PubMed, hvor der blandt andet er søgt efter artikler omhandlende risikofaktorer hos sårbare gravide og konsekvenser for det kommende barn. Yderligere er der foretaget kædesøgning med henblik på at finde relevant, uddybende litteratur med relevans for specialets problemanalyse.

6.2 Systematisk bloksøgning

Den systematiske bloksøgning skal bidrage til at besvare specialets problemformulering som lyder:

Hvordan kan de sårbare gravides oplevelser af at deltage i projekt Kom Godt I Gang bidrage til at påpege forandringspotentialer i indsatser målrettet sårbare gravide?

Til besvarelse af problemformuleringen er der formuleret fire søgefacetter, som skal bidrage til at afdække problemfeltet.

- Facet 1: Gravide
- Facet 2: Sårbar
- Facet 3: Intervention
- Facet 4: Borgerperspektiv

Facet 1 og 2 anvendes til at indkredse målgruppen, som er sårbare gravide, og facet 3 angiver, at der skal være tale om en intervention, som de sårbare gravide har taget del i. Facet 4 angiver, at artikler skal omhandle borgerperspektivet, da dette skal danne udgangspunkt for specialets forandringsspektiv, hvor

der netop ønskes at skabe forandring med udgangspunkt i de sårbare gravides oplevelser af at have deltaget i målrettet interventioner.

Facetterne kombineres med den boolske operator *AND*, for at indsnævre søgningen, mens de enkelte søgeord i en facet kombineres med den boolske operator *OR*, for at udvide søgningen (Buus et al. 2008). Der er indledningsvist søgt efter relevante kontrollerede termer, såkaldte Thesaurus-termer, som i de medicinske databaser, PubMed og Cochrane, angives med [MeSH], mens de i Sociological Abstracts og PsycInfo angives med henholdsvis [Thesaurus] og [Term Finder]. Trunkering angives med asterisk, og angiver, at der skal søges på ordstammen, hvorved alle relevante endelser medtages (Buus et al. 2008), mens citationstegn angiver, at der ønskes søgt på den samlede betegnelse og ikke enkeltord. Tegnsætning er anvendt i de databaser, hvor det er egnet, og derfor anvendes trunkering ikke i Sociological Abstracts.

Søgningen opbygges løbende for at kunne dokumentere og skabe overblik over den eksisterende litteratur på området. Indledningsvist søges der på facet 1 og 2, for at kortlægge, hvad der findes af litteratur omhandlende specialets målgruppe. Efterfølgende tilføjes facet 3 og 4 hver for sig, og slutteligt søges på alle fire facetter.

Litteratursøgningen foretages i databaserne Cochrane, PubMed, PsycInfo og Sociological Abstracts, og deres relevans vil blive gennemgået senere i søgebilaget. I det følgende vil der foreligge en præsentation af de anvendte søgetermer i de enkelte databaser, og der vil ligeledes være en argumentation for deres relevans.

AND					
O R	Database	Facet 1: Gravide	Facet 2: Sårbar	Facet 3: Indsats	Facet 4: Borgerperspektiv
	Cochrane	Pregnant women [MeSH] Pregnancy [MeSH]	Vulnerable populations [MeSH] Exposed (fritekst)	Early Intervention (Education) [MeSH] Intervention* (fritekst) Project* (fritekst)	Attitude [MeSH] Personal narratives as Topic [MeSH] Experience* (fritekst) Opinion* (fritekst)
	PubMed	Pregnant women [MeSH] Pregnancy [MeSH]	Vulnerable population [MeSH] Exposed (fritekst)	Early Intervention (Education) [MeSH] Intervention* (fritekst) Project* (fritekst) Program* (fritekst)	Attitude [MeSH] Personal narratives as Topic [MeSH] Experience* (fritekst) Opinion* (fritekst) "Patient* perspective" (fritekst)
	PsycInfo	Pregnancy [Term Finder] Birth [Term Finder] Pregnant (fritekst)	Vulnerab* (fritekst) Exposed (fritekst)	Intervention [Term Finder] Project* (fritekst) Program* (fritekst)	Experiences (Event) [Term Finder] Attitudes [Term Finder] Client satisfaction [Term Finder] "Patients perspective" (fritekst)
	Sociological Abstracts	Pregnancy [Thesaurus] Birth [Thesaurus] Pregnant (fritekst)	Vulnerability [Thesaurus] Exposed (fritekst)	Intervention [Thesaurus] Programs [Thesaurus] Project (fritekst) "Early Intervention" (fritekst)	Experience [Thesaurus] Attitudes [Thesaurus] Client satisfaction [Thesaurus]

6.2.1 Anvendte søgeord

Facet 1 og 2 anvendes, som nævnt, til at indkredse og definere specialets målgruppe bestående af sårbare gravide. Termen *Pregnant* er anvendt i de databaser, hvor den kontrollerede term *Pregnant women* ikke findes, og den kontrollerede term *Pregnancy*, som er fundet i alle databaser, anvendes som supplement hertil. Den kontrollerede term *Birth*, som er fundet i PsycInfo og Sociological Abstracts dækker over termen *Childbirth*, og rummer aspekter vedrørende fødslen. En tilsvarende kontrolleret term er fundet i PubMed og Cochrane, denne er *Parturition*, men denne er ikke inkluderet, da den i højere grad har fokus på medicinske og biologiske aspekter, mens *Birth* i de andre databaser også indeholder sociokulturelle aspekter i forbindelse med fødslen.

Der er i facet 2 søgt på henholdsvis *sårbare* og *udsatte*, som er de hyppigst anvendte termer. Der er søgt på *Exposed* som fritekstsøgning i alle databaser, og der foretages ikke trunkering, da der udelukkende ønskes artikler, som beskæftiger sig med udsatte, og ikke for eksempel udsagnsordet *expose*, som dækker over en anden betydning end den ønskede. Det er gennem en hurtig gennemgang af søgningen fundet, at termen *Exposed* bidrager med flere relevante hits, og termen findes derfor relevant. Der er fundet en kontrolleret term for *sårbare* i tre af databaserne, mens der i PsycInfo søges på termen som fritekstsøgning, hvor der anvendes trunkering ved ordstammen.

I det følgende vil der foreligge en argumentation for søgeordene fra facet 3 og 4 enkeltvist for de enkelte databaser, da der her forekommer større variation databaserne imellem.

Argumentation for valgte søgeord i Cochrane

Der findes en kontrolleret term for *Program* i Cochrane, men denne er ikke medtaget, da den refererer til underholdningsprogrammer, ceremonier og lignende, og er på den baggrund ikke fundet relevant. Af samme årsag er der ikke søgt på *Program* som fritekstsøgning, selvom dette er gjort i PubMed, som på mange punkter ligner Cochrane. *Project** og *Intervention** trunkeres, da søgningerne dermed både favner *Project* og *Projects*, og tilsvarende gældende for *Intervention* og *Interventions*.

Termerne *Experience* og *Opinion* er søgt med trunkering af samme årsag som ved ovenstående. Termen "*Patient* perspective*", som er anvendt i PubMed, er ikke medtaget i søgningen i Cochrane, da termen kun fremkom med et hit, som ikke fandtes relevant.

Argumentation for valgte søgeord i PubMed

Da der ikke findes en kontrolleret term for *Intervention* i PubMed er det valgt dels at søge på *Intervention** som fritekstsøgning og dels at søge på den kontrollerede term *Early Intervention*. *Project** trunkeres, da denne dermed både favner *Project* og *Projects*, og tilsvarende er gældende for *Program**.

Den kontrollerede term *Personal Narratives as Topic* er medtaget i søgningen ved facet 4, da denne blandt andet omhandler borgerperspektivet i forhold til deltagelse i aktiviteter. I PsycInfo og Sociological Abstracts er det angivet, at den kontrollerede term *Attitude* eller *Attitudes* dækker over termen *Opinion*, men da dette ikke er angivet i PubMed, er der både søgt på *Attitude* som kontrolleret term og på *Opinion* som fritekstsøgning. Yderligere er der søgt på *Experience** og "*Patient* perspective*", begge med brug af trunkering.

Argumentation for valgte søgeord i PsycInfo

I facet 3 anvendes den kontrollerede term *Intervention*, og da denne dækker over "*Early Intervention*", så medtages "*Early Intervention*" ikke som en selvstændig term i facetten. *Project** trunkeres, da denne dermed både favner *Project* og *Projects*. Tilsvarende er gældende for *Program**.

Den kontrollerede term *Attitudes* dækker blandt andet termen *Opinion*, og denne er derfor ikke medtaget i søgningen ved facet 4 i PsycInfo. Den kontrollerede term *Client satisfaction* dækker blandt andet over *Patient satisfaction*, og findes derfor relevant. Der er søgt på "*Patient* perspective*", da trunkeringen gør, at termen både favner "*Patients perspective*" og "*Patient perspective*".

Argumentation for valgte søgeord i Sociological Abstracts

Der trunkeres ikke i Sociological Abstracts ved søgning på *Project* og "*Early intervention*", men det er erfaret, at termen *Project* både finder hits, som inkluderer denne, men samtidig også *Projects*, og tilsvarende for "*Early intervention*".

Den kontrollerede term *Attitudes* dækker blandt andet termen *Opinion*, og denne er derfor ikke medtaget i søgningen ved facet 4. Der er søgt på termene "*Patients perspective*" og "*Patient perspective*", men disse gav kun få hits, og ved en hurtig gennemgang fandtes disse hits irrelevante for søgningen, og termene er derfor ikke medtaget i den videre søgning.

6.2.2 Afgrænsninger

Der er anvendt afgrænsninger, såkaldte "limits", i søgningerne i PubMed og PsycInfo, da der her fremkom mange hits, og det derfor ønskes at mindske mest muligt "støj" fra søgningerne. Der er valgt følgende afgrænsninger i databaserne:

- Tilgængelige publicerede artikler: *Full text / Journal*
- Mennesker: *Humans*

Disse afgrænsninger er valgt, da der ikke ønskes artikler omhandlende dyr, og da ikke-publicerede eller utilgængelige artikler ønskes frasortet.

6.2.3 Valg af databaser

Cochrane er anvendt, da databasen er en samling af flere databaser, som indeholder forskellige emner med relevans for beslutningstagere inden for sundhedsområdet, og forskningen som findes her, er kendetegnende ved at være af høj kvalitet. Databasen indeholder systematiske reviews og metaanalyser omhandlende medicinsk forskning (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Det håbes, at databasen kan afdække eksisterende viden på området, dette for eksempel gennem et review.

PubMed er anvendt, fordi databasen dækker den biomedicinske litteratur, og databasen inkluderer blandt andet emner som biomedicin og sundhed, adfærds- og naturvidenskab (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Databasen forventes at kunne afdække de lægevidenskabelige aspekter vedrørende sårbare gravide og eksisterende eller afprøvende interventioner målrettet gruppen.

PsycInfo er anvendt, fordi databasen dækker felter indenfor psykologi, sociologi, adfærds- og sundhedsvidenskab (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Databasen forventes at kunne bidrage til afdækning af borgerperspektivet, som har en central plads i specialet.

Sociological Abstracts er valgt, da databasen indekserer den internationale, sociologiske litteratur og ligeledes dækker relaterede felter inden for social- og adfærdsvidenskaben (AalborgUniversitetsbibliotek n.d.). Databasen er valgt af samme årsag som *PsycInfo*, og det forventes, at borgerperspektivet kan afdækkes herigennem.

6.2.4 Inklusions- og eksklusionskriterier ved udvælgelse

Udvælgelse af artikler fra den systematiske litteratursøgning er foretaget med udgangspunkt i følgende inklusionskriterier:

- Målgruppen bestående af sårbare gravide skal indgå, og såfremt dette ikke er tilfældet, så skal artiklen have generel relevans for graviditetsområdet
- Borgerperspektivet skal indgå i et eller andet omfang
- Vestlige lande skal være setting, og ifølge Danmarks Statistiks definition dækker det over Norden, EU-lande, USA, Australien, Canada og New Zealand

Artiklerne skal, i kombination med specialets empiriske fund og den anvendte teori, bidrage til at besvare specialets problemformulering, og det er derfor væsentligt, at de sårbare gravides perspektiv indgår i de udvalgte artikler, eller at artiklernes fund har relevans for målgruppen.

6.2.5 Resultater af søgning

I det følgende præsenteres den systematiske litteratursøgnings resultater.

Gennemgang af de enkelte søgninger afhænger af antal fremfundne hits, og der foretages en individuel vurdering af den enkelte søgning med henblik på at afgøre, hvorvidt alle søgninger gennemgås eller ej. Ved mange hits på første søgning med facet 1 og 2, vil denne ikke gennemgås, da den vurderes at være for uspecifik og influeret af ”støj”, og specialegruppens ressourcer vil derfor blive rettet mod de øvrige og mere specificerende søgninger, hvor facet 3 og 4 bygges på. Det fremgår af nedenstående tabel, hvilke søgninger, der er gennemgået, ved at vurderingsprocessen er angivet ved disse, hvilket ses af tallene i parenteserne. For hver søgning er det først angivet, hvor mange hits, der fremkom ved søgningen. Dernæst angives det, hvor mange artikler, der, ud fra læsning af titler, blev fundet relevante, og videre angives det i den anden parentes, hvor mange artikler, der blev fundet relevante ud fra gennemlæsning af resumeer. Den sidste parentes angiver antal artikler, som er fundet relevante ud fra den fulde gennemlæsning, og på den baggrund vil blive inddraget i specialet.

Informationskilde	Cochrane	PubMed	PsycInfo	Sociological Abstracts
Kombination af facetter				
1 og 2	91 (0) (0) (0)	9297	1500	115 (7) (3) (2)
1, 2 og 3	23 (0) (0) (0)	1700	436 (15) (5) (2)	15 (0) (0) (0)
1, 2 og 4	17 (0) (0) (0)	775 (11) (2) (2)	19 (0) (0) (0)	5 (0) (0) (0)
1, 2, 3 og 4	4 (0) (0) (0)	240 (0) (0) (0)	6 (0) (0) (0)	0

Da der er fundet mange hits i PubMed på alle søgekombinationer, er det valgt kun at gennemgå søgningerne, hvori borgerperspektivet indgår, da dette er et af inklusionskriterierne for udvælgelsen af artiklerne, og da PubMed i højere grad forventes at beskæftige sig med biomedicinske forhold er specifik søgning på borgerperspektivet særligt væsentligt i denne database. Da der kun er fremfundet få hits i Sociological Abstracts, er alle søgekombinationer gennemgået for relevante artikler. I PsycInfo, hvor der er væsentligt flere hits, er første søgekombination, som kun afgrænser sig til specialets målgruppe, ikke gennemgået systematisk, da det er prioriteret, at gennemgå de øvrige søgekombinationer, som i højere grad forventes at kunne bidrage til besvarelse af specialets problemformulering.

De seks følgende artikler er udvalgt:

- Lupton, D. A., 2011: *'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development*
- Kirkpatrick, S. et al., 2007: *Working in partnership: user perceptions of intensive home visiting*
- Birtwell, B. et al., 2015: *'Me and my Bump': An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women*
- George, L., 2005: *Lack of Preparedness Experiences of First-Time Mothers*
- Ebert, L. et al., 2011: *Socially disadvantaged women's views of barriers to feeling safe to engage in decision-making in maternity care*
- Thomson, G. et al., 2013: *A public health perspective of women's experiences of antenatal care: An exploration of insights from a community consultation*

6.2.6 Dubletter

Flere artikler er fremkommet som dubletter ved de forskellige kombinationer af facetterne i den enkelte database, og det er valgt, at disse kun indgår første gang de optræder. Det vil sige, at hvis en artikel er fundet og udvalgt ved søgning på facet 1 og 2 i for eksempel Sociological Abstracts, og denne ligeledes findes ved

søgning på henholdsvis facet 1, 2 og 3 eller 1, 2 og 4, så medtages denne ikke i dokumentationen af de sidste to søgninger. Dette er for eksempel gældende for artiklen *'The best thing for the baby': Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development* af Lupton, som er fremfundet i første søgning på facet 1 og 2 i Sociological Abstracts, og ligeledes er fundet i søgningen på facet 1, 2 og 4.

Yderligere er der fremfundet dubletter databaserne imellem, hvor følgende artikler optræder i flere databaser:

- Kirkpatrick et al., 2007: *Working in Partnership: User Perceptions of Intensive Home Visiting*
- Birtwell et al., 2015: *'Me and my Bump': An interpretative phenomenological analysis of the experiences of pregnancy for vulnerable women*

Artiklen af Kirkpatrick et al. er både fundet i søgning i Sociological Abstracts, hvor den er dokumenteret i tabellen og ligeledes i søgning i PsycInfo, hvor der er søgt på facet 1, 2 og 3. Artiklen af Birtwell et al. er fundet i søgning i PsycInfo, hvor den er dokumenteret i tabellen, og videre er den fundet i søgning på facet 1, 2 og 4 i PubMed.

6.2.7 Kædesøgning

Der er efter den systematiske litteratursøgning lavet kædesøgning på baggrund af de udvalgte artiklers referencelister, og der er herigennem ikke fundet yderligere studier, som beskæftiger sig med sårbare gravides oplevelser af at deltage i en intervention.

Bilag 7: Screenshots til dokumentation af litteratursøgning

Cochrane

Søgning på facet 1 og 2, facet 1, 2 og 3, facet 1, 2 og 4 samt facet 1, 2, 3 og 4

Søgningen er foretaget den 11.04.16

The screenshot displays the Cochrane Library Search Manager interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'Search', 'Search Manager', 'Medical Terms (MeSH)', and 'Browse'. The 'Search Manager' tab is active. Below the navigation bar, there is a search instruction: 'To search an exact word(s) use quotation marks, e.g. "hospital" finds hospital; hospital (no quotation marks) finds hospital and hospitals; pay finds paid, pays, paying, payed)'. The main content area shows a list of 19 search facets, each with a minus sign, a plus sign, a facet number, a description, a MeSH icon, and a result count. The facets are as follows:

Facet	Description	MeSH Icon	Result Count
#1	MeSH descriptor: [Pregnant Women] explode all trees	(m)	121
#2	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	(m)	6315
#3	#1 or #2	(m)	6408
#4	MeSH descriptor: [Vulnerable Populations] explode all trees	(m)	187
#5	Exposed*:i,ab,kw (Word variations have been searched)	(s)	8429
#6	#4 or #5	(m)	8614
#7	MeSH descriptor: [Early Intervention (Education)] explode all trees	(m)	334
#8	Project*:i,ab,kw (Word variations have been searched)	(s)	24395
#9	Intervention*:i,ab,kw (Word variations have been searched)	(s)	121265
#10	#7 or #8 or #9	(m)	138282
#11	MeSH descriptor: [Attitude] explode all trees	(m)	9437
#12	MeSH descriptor: [Personal Narratives as Topic] explode all trees	(m)	3
#13	Experience*:i,ab,kw (Word variations have been searched)	(s)	48750
#14	Opinion*:i,ab,kw (Word variations have been searched)	(s)	2540
#15	#11 or #12 or #13 or #14	(m)	59149
#16	#3 and #8	(m)	91
#17	#3 and #8 and #10	(m)	23
#18	#3 and #8 and #15	(m)	17
#19	#3 and #8 and #10 and #15	(m)	4

Pubmed

Søgning på facet 1 og 2, facet 1, 2 og 3, facet 1, 2 og 4 samt facet 1, 2, 3 og 4

Søgningen er foretaget den 18.04.16

History

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

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#29	Add	Search (((("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh])) AND (("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR Exposed)) AND (((("Early Intervention (Education)"[Mesh]) OR Intervention*) OR Project*) OR Program*)) AND (((("Attitude"[Mesh]) OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh]) OR Experience*) OR Opinion*) OR "Patient* perspective") Filters: Full text; Humans	240	08:27:43
#28	Add	Search (((("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh])) AND (("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR Exposed)) AND (((("Attitude"[Mesh]) OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh]) OR Experience*) OR Opinion*) OR "Patient* perspective") Filters: Full text; Humans	775	08:27:11
#27	Add	Search (((("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh])) AND (("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR Exposed)) AND (((("Early Intervention (Education)"[Mesh]) OR Intervention*) OR Project*) OR Program*) Filters: Full text; Humans	1700	08:28:28
#26	Add	Search (((("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh])) AND (("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR Exposed) Filters: Full text; Humans	9297	08:24:12
#24	Add	Search (((("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh])) AND (("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR Exposed)	22823	08:22:48
#23	Add	Search (((("Attitude"[Mesh]) OR "Personal Narratives as Topic"[Mesh]) OR Experience*) OR Opinion*) OR "Patient* perspective"	1113910	08:22:05
#22	Add	Search "Patient* perspective"	1342	08:21:35
#21	Add	Search Opinion*	89884	08:21:20
#20	Add	Search Experience*	801853	08:21:09
#19	Add	Search "Personal Narratives as Topic"[Mesh]	119	08:20:52
#17	Add	Search "Attitude"[Mesh]	287345	08:20:22
#15	Add	Search (((("Early Intervention (Education)"[Mesh]) OR Intervention*) OR Project*) OR Program*	1889098	08:19:18
#14	Add	Search Program*	989755	08:18:42
#13	Add	Search Project*	368074	08:18:31
#12	Add	Search Intervention*	722777	08:18:22
#11	Add	Search "Early Intervention (Education)"[Mesh]	2077	08:18:03
#9	Add	Search ("Vulnerable Populations"[Mesh]) OR Exposed	374720	08:17:15
#8	Add	Search Exposed	387911	08:16:59
#7	Add	Search "Vulnerable Populations"[Mesh]	6885	08:16:20
#5	Add	Search ("Pregnancy"[Mesh]) OR "Pregnant Women"[Mesh]	783245	08:15:42
#4	Add	Search "Pregnancy"[Mesh]	782819	08:15:24
#2	Add	Search "Pregnant Women"[Mesh]	5800	08:13:49

Sociological Abstracts

Søgning på facet 1 og 2, facet 1, 2 og 3, facet 1, 2 og 4 samt facet 1, 2, 3 og 4

Søgningen er foretaget den 12.04.16

Items selected: 0 [Delete](#) [Save](#) | [Show all details](#) | [Export all searches](#)

<input type="checkbox"/>	Set ▼	Search	Databases	Results	Actions
<input type="checkbox"/>	S20	(SU.EXACT("Pregnancy") OR SU.EXACT("Birth") OR Pregnant) AND (SU.EXACT("Vulnerability") OR Exposed) AND (SU.EXACT("Intervention") OR SU.EXACT("Programs") OR Project OR ("Early Intervention")) AND (SU.EXACT("Experience") OR SU.EXACT("Attitudes") OR SU.EXACT("Client Satisfaction"))	Sociological Abstracts	0*	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S19	(SU.EXACT("Pregnancy") OR SU.EXACT("Birth") OR Pregnant) AND (SU.EXACT("Vulnerability") OR Exposed) AND (SU.EXACT("Experience") OR SU.EXACT("Attitudes") OR SU.EXACT("Client Satisfaction"))	Sociological Abstracts	5*	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S18	(SU.EXACT("Pregnancy") OR SU.EXACT("Birth") OR Pregnant) AND (SU.EXACT("Vulnerability") OR Exposed) AND (SU.EXACT("Intervention") OR SU.EXACT("Programs") OR Project OR ("Early Intervention"))	Sociological Abstracts	15*	Actions ▼
<input type="checkbox"/>	S17	(SU.EXACT("Pregnancy") OR SU.EXACT("Birth") OR Pregnant) AND (SU.EXACT("Vulnerability") OR Exposed)	Sociological Abstracts	115*	Actions ▼

PsycInfo

Søgning på facet 1 og 2, facet 1, 2 og 3, facet 1, 2 og 4 samt facet 1, 2, 3 og 4

Søgningen er foretaget den 11.04.16

#	Query	Databases	Results	Actions
1. <input type="checkbox"/>	((Any Field:(“Patients perspective”)) OR ((Index Terms:(“Client Satisfaction”)) OR ((Index Terms:(“Attitudes”)) OR ((Index Terms:(“Experiences (Events)”)))) AND (((Index Terms:(“Intervention”)) OR (Any Field:(Program*)) OR (Any Field:(Project*)) AND ((Any Field:(Exposed)) OR (Any Field:(Vulnerab*))) AND ((Any Field:(Pregnant)) OR ((Index Terms:(“Birth”)) OR ((Index Terms:(“Pregnancy”)))) AND Publication Type: Journal AND Population Group: Human	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	6	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
2. <input type="checkbox"/>	((Any Field:(“Patients perspective”)) OR ((Index Terms:(“Client Satisfaction”)) OR ((Index Terms:(“Attitudes”)) OR ((Index Terms:(“Experiences (Events)”)))) AND ((Any Field:(Exposed)) OR (Any Field:(Vulnerab*))) AND ((Any Field:(Pregnant)) OR ((Index Terms:(“Birth”)) OR ((Index Terms:(“Pregnancy”)))) AND Publication Type: Journal AND Population Group: Human	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	19	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
3. <input type="checkbox"/>	(((Index Terms:(“Intervention”)) OR (Any Field:(Program*)) OR (Any Field:(Project*))) AND ((Any Field:(Exposed)) OR (Any Field:(Vulnerab*))) AND ((Any Field:(Pregnant)) OR ((Index Terms:(“Birth”)) OR ((Index Terms:(“Pregnancy”)))) AND Population Group: Human AND Publication Type: Journal	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	436	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink
4. <input type="checkbox"/>	((Any Field:(Exposed)) OR (Any Field:(Vulnerab*))) AND ((Any Field:(Pregnant)) OR ((Index Terms:(“Birth”)) OR ((Index Terms:(“Pregnancy”)))) AND Population Group: Human AND Publication Type: Journal	PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES	1,500	Edit Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink

Bilag 8: Materiale fra temadag ”Tidlig indsats overfor sårbare familier”

Tidlig indsats over for sårbare familier

Tidlig opsporing og tidlig indsats

I forbindelse med den snarlige afslutning af to satspuljeprojekter afholder Region Nordjylland samt satspuljeprojekterne afslutningssymposium:

- 9.00 – 9.05
Velkomst og præsentation af dagen og Robert Hansen, som vil være moderator på dagen.
- 9.05 – 10.00
Oplæg fra de to satspuljeprojekter
- 10.00 – 11.00
Oplæg af Henrik Bøggild ”Et folkesundhedsperspektiv på uligheden i sundhed, som perspektiveres til den tidlige indsats i sårbare familier.”
- 11.00 – 11.20
Pause
- 11.20 – 12.20
”Giver det mening med tidlig opsporing og tidlig indsats” v. Lena Dyhrberg
Lena tager udgangspunkt i projektet ”Tidlig indsats til sårbare familier” i Nyborg kommune samt i eksempler fra hendes dagligdag med 30 års erfaring som sundhedsplejerske.
- 12.20 – 13.20
Frokost
- 13.20 – 14.20
Leif Christiansen fra ”Center for socialt ansvar”, oplæg om tidlig indsats og udfordringerne og fordelene ved det tværfaglige samarbejde i forhold til dette.
- 14.20 – 14.35
Kaffe pause
- 14.33 – 15.20
Robert Hansen, om egen opvækst i en sårbar familie.

Praktisk information:

- Tidspunkt:** Kl 9.00 - 15.30 (Morgenmad fra kl 8.30)
Dato: 13. april
Sted: Hotel Scandic
Hadsundvej 200
9220 Aalborg Øst
Pris: Det er gratis at deltage.
(No show gebyr på 500 kr.)
Tilmelding: <http://kortlink.dk/ka42>
Tilmeldingsfrist: 30. marts





Projekt 'Kom Godt I Gang' (KGI) er et 4-årigt tværfagligt og tværsektorielt satspuljeprosjekt, som startede op i 2013 og ophører med udgangen af 2016. Hovedaktørerne i projektet er Sygehus Vendsyssel (Jordemodercentret), Hjørring Kommune (Sundhedsplejen) samt Region Nordjylland. Projektet skal opspore sårbare gravide tidligt i graviditeten, så der kan sættes tidligt og forebyggende ind med relevant støtte. Opsporingen foregår ved hjælp af et screeningsværktøj (interviewguide), som jordemødrene anvender ved alle gravide i Hjørring Kommune i graviditetens uge 17. De sårbare gravide, som på denne baggrund opspores, visiteres herefter til et forløb med 6 konsultationer á 1,5 time med deltagelse af både jordemoder og sundhedsplejerske. Dette tilbud gives som supplement til såvel normalt jordemoderforløb som normalt sundhedsplejerskeforløb



"Klar til hverdagen som familie" er et tværsektorielt projekt, hvor Aalborg Universitetshospital i samarbejde med Aalborg, Vesthimmerland, Mariagerfjord, Rebild og Jammerbugt kommuner, styrker indsatsen overfor sårbare og unge gravide/mødre på barsel. Projektet er finansieret af SATS-puljemidler og løber i 4 år, fra 2013 til udgangen af 2016.

Indsatsen foregår i Cafe Baby Start, som er et tilbud i både Aalborg og Hobro. Caféen bemandes af jordemødre og sundhedsplejersker og tilbyder et alternativt forældreuddannelses tilbud. Fokus for caféen er netværk, at deltagerne opbygger redskaber til hverdagslivet som familie og at deltageres barsel efterfølges af uddannelse eller job. Undervisningen i Caféen foretages af både private og offentlige aktører.

Læs mere på vores Facebook side
www.facebook.com/cafebabystart

Spørgsmål til tilmelding:

Anna Margrete Broe Pedersen
Administrativ medarbejder
E-mail: ambp@rn.dk
Tlf. 97 64 83 12

Nærmere oplysninger:

Marianne Vendelbo Johansen
Sundhedsfremmekonsulent
E-mail: mavej@rn.dk
Tlf. 40 57 88 28



REGION NORDJYLLAND

Kom Godt I Gang

Tidlig opsporing af udsatte gravide



SYGEHUS VENDSYSSEL

Præsentation af projekt 'Kom Godt I Gang'

- Et tværsektorielt udviklingsprojekt med fokus på udvikling af screeningsmodel til tidlig og forebyggende opsporing af udsatte gravide.
- Projektet er støttet af Satspuljemidler fra Sundhedsstyrelsen.

I gode hænder hos
SYGEHUS VENDSYSSEL

Projektets hovedaktører

- Region Nordjylland
- Regionshospitalet Nordjylland (Jordemodercentret)
- Hjørring Kommune (Sundhedsplejen)

I gode hænder hos
SYGEHUS VENDSYSSEL

Baggrund for projektet

SST Rapport fra 2011 "Ulighed i sundhed – årsager og indsatser", som dokumenterer social ulighed i forekomsten af graviditets- og fødselskomplikationer.

Når mor er socialt udsat er der fundet:

- Øget dødelighed for mor og barn
- Hyppigere tidlig fødsel
- Hyppigere dødsfødsel
- Hyppigere lav fødselsvægt
- Hyppigere spædbarnsdød
- Højere forekomst af akutte obstetriske indgreb
- Lavere forekomst af planlagte indgreb

I gode hænder hos
SYGEHUS VENDSYSSEL

Formål

- At udvikle og afprøve et systematisk og metodisk "screeningsværktøj" til opsporing af de sårbare gravide
- Styrke implementeringen af niveaudelingen ifht. differentieringen af Svangreomsorgens indsatser
- At styrke det tværsektorielle samarbejde og øge det sammenhængende forløb

I gode hænder hos
SYGEHUS VENDSYSSEL

Formål - fortsat

- At de udsatte gravide, der indgår i projektet profiterer af den særlige støtte og fastholdelse i svangreforløbet, samt at deres mestringsevne og forældrekompetence øges
- At projektets metoder tværsektorielt og tværfagligt monitoreres, dokumenteres og evalueres, således at det kan danne grundlag for at optimere det fremtidige samarbejde i forhold til de udsatte gravide

I gode hænder hos
SYGEHUS VENDSYSSEL

Screeningsværktøjet

- **Udvikling af interviewguide**
 - Jordemødrene afholder uge 17-samtale med alle gravide i Hjørring
 - Ny forløbsplan for jordemoderkonsultationer i Hjørring
 - Stort set alle får screeningsamtalen
 - Opfordrer til at både mor og far deltager til uge 17-samtalen
 - Far kommer meget mere på banen end tidligere
 - Vi kan observere deres samspil og dialog
 - Åbner op for et rum til dialog/samtale, og vi stiller uddybende spørgsmål. Ber dem om at uddybe deres svar
 - Vi tør godt gå ind i samtalen, også selvom det kan være svært

Interviewguidens fokus

- **Graviditeten** – reaktion på graviditeten
- **Nutiden** – hvilke ressourcer og relationer har mor og far. Sygdom, depression, alkohol og stoffer
- **Fremtiden** – indre arbejdsmodel og refleksionsevne, drømme og bekymringer
- **Fortid** – ressourcer, erfaringer, opvækstvilkår og netværk samt håndtering af tidligere kriser/traumer

Projektet tilbyder

- Visitering til fast jordemoder og sundhedsplejerske par (4 par tilknyttet KGI)
 - 4 konsultationer før fødslen og 1 eller 2 konsultationer efter fødslen
 - Hvert par har sine typiske gravide par: (2 x unge, 1 x udenlandske, 1 x modne med psyk.diagnoser/udfordringer)
 - Hjemmebesøg
- Helhedsorienteret og individuelt forløb med udgangspunkt i den enkelte gravides/parrets situation
- Ligelig inddragelse af mor og far
- Fokus på øvrigt netværk
- Integring af øvrige kommunale og regionale indsatser som led i svangreomsorgen

Opsporingen

- **Estimat**
 - Der er ca. 600 fødsler i Hjørring Kommune pr. år.
 - 10% estimeres at være sårbare = Ca. 60 sårbare gravide pr. år
- **Visiterede gravide til projektet**
 - Til og med marts 2016:
130 sårbare gravide
- **Uge 17 samtals styrke: undgår præ-stigmatisering**

Frafald

- I alt 8 gravide pr. ultimo 2015 (ca. 2 gravide pr. jm.-shp. par)
 - Ofte før første konsultation
 - Beskrives som "den bedste del af målgruppen og på grænsen til KGI"
- **Udeblivelser fra konsultation**
 - Blandet, fra stort set ingen til 18 gange i projektperioden

Barrierer for rekruttering

- **Langt størsteparten af de visiterede takker ja, men...**
 - Angst for systemet
 - Den gravide/parret ikke selv føler behov for ekstra hjælp eller støtte
 - Skift af jordemoder efter screeningsamtalen

Profiterer de gravide af projektet



- Bygger på fornemmelser, men...
 - Sundhedsplejerskerne og jordemødrene får mange positive tilkendegivelser fra deres gravide/familier
 - Fornemmer stor udvikling hos parrene – individuelt, som par og som mor/far
 - Høj grad af fastholdelse

I godt samarbejde hos
SYGEGEHUS VENDSYSSEL

REGION NORDJYLLAND

Dokumentation og evaluering



- Stort fokus på dokumentation og evaluering af projektet mhp. afprøvning, vidensdeling og forhåbentligt implementering
- En udfordring for projektet
 - Meget ressourcetungt: Dokumentation, generel mere administration end forventet og knappe ressourcer

I godt samarbejde hos
SYGEGEHUS VENDSYSSEL

REGION NORDJYLLAND

Midtvejskonklusion



- Projektet opsporer og tydeliggør de specielle problemstillinger, de gravide/familierne har haft, langt tidligere
- Skaber grundlag for udvikling/kvalificering af indsatsområderne fremadrettet
- Resultaterne underbygger vigtigheden af at arbejde mere systematisk og metodisk i tilgangen til opsporing af udsatte gravide/familier
- Midtvejsevalueringen bevidner, at "screeningsværktøjet/interviewguiden" må betegnes som vellykket i forhold til at opspore de udsatte gravide

I godt samarbejde hos
SYGEGEHUS VENDSYSSEL

REGION NORDJYLLAND

Fremtidsperspektiver



- Afvikling af projektet
 - Projektperioden udløber december 2016
 - Screeningssamtaler ophører december 2016. Igangværende forløb færdiggøres i 2017.
- Forhåbentlig implementering af indsats pr. 1. januar 2017
- Slutevaluering udarbejdet ultimo 2016.
 - Evaluering af brugersperspektiv udarbejdes af specialestuderende medio 2016

I godt samarbejde hos
SYGEGEHUS VENDSYSSEL

REGION NORDJYLLAND

Bilag 9: Analyse af interviews ud fra analysestrategi

