

Evaluering af "Tidlig Indsats overfor gravide familier" 2021

En kvalitativ undersøgelse af indsatsens fortsatte implementering og drift med fokus på lokal forankring og kulturel relevans i Grønland

Ingelise Olesen
Nanna Lund Hansen
Christina Viskum Lytken Larsen



Evaluering af "Tidlig Indsats overfor gravide familier" 2021

En kvalitativ undersøgelse af indsatsens fortsatte implementering og drift med fokus på lokal forankring og kulturel relevans i Grønland

Ingelise Olesen, Nanna Lund Hansen og Christina Viskum Lytken Larsen

Internt review: Ditte Herring Holt

Copyright © 2022

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-579-7

Statens Institut for Folkesundhed

Studivstræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

"Tidlig indsats overfor gravide familier" har siden 2007 været en fast del af den forebyggende indsats målrettet familier i en sårbar position. Tidlig Indsats spiller derfor en afgørende rolle for forebyggelsen af omsorgssvigt af børn i Grønland.

Vi er således stolte af at kunne præsentere "Evaluering af Tidlig indsats overfor gravide familier 2021". Undersøgelsen har afdækket, hvordan Tidlig Indsats over for gravide familier i en sårbar position er blevet implementeret i de fem grønlandske kommuner. Helt specifikt har vi undersøgt, hvordan indsatsen er blevet organiseret og implementeret lokalt, og hvilke faktorer der opleves som fremmende såvel som udfordrende i arbejdet med Tidlig Indsats.

Rapporten fremkommer med en række anbefalinger, der retter sig dels mod organiseringen af indsatsen, og dels mod indsatsens kulturelle relevans. Der lægges op til en diskussion vedrørende omstrukturering af konceptet for Tidlig Indsats, så strukturen fremadrettet i stedet opbygges i henhold til lokal kapacitet i regionsbyer, mindre byer og bygder. Vi anbefaler dermed, at Tidlig Indsats tilrettelægges ud fra de lokale muligheder, så konceptet tager udgangspunkt i de styrker, udfordringer og personaleresourcer, som måtte findes lokalt.

En særlig tak til alle, der har bidraget til undersøgelsen.



Christina Viskum Lytken Larsen
Forskningsleder



Morten Grønbæk
Direktør

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Indholdsfortegnelse	4
Sammenfatning	6
1. Baggrund	8
1.1 Om Tidlig Indsats overfor gravide familier	8
1.2 Sammenfatning af tidligere evalueringer.....	11
1.3 Erfaringer fra international forskning	14
2. Om undersøgelsen	16
2.1 Evalueringsspørgsmål	16
2.2 Design og metode	17
2.3 Analyse og forståelsesramme for undersøgelsen.....	19
2.4 Undersøgelsens resultater.....	22
3. Organisering af Tidlig Indsats – ledelse, tværfaglige møder og samarbejde	24
3.1 Overordnet ledelse	24
3.2 Det tværfaglige samarbejde.....	25
3.3 Dialog og information	26
3.4 Tillid til myndigheder.....	27
3.5 Procedurer og funktionsbeskrivelser i arbejdet med Tidlig Indsats.....	28
3.6 Fortolkning af persondataloven	29
4. Tilbud og indsatser til de gravide familier i regionsbyer, mindre byer og bygder	31
4.1 Tidlig Indsats i regionsbyer.....	31
4.2 Tidlig Indsats i mindre byer	33
4.3 Tidlig Indsats i bygder.....	34
5. Styrker og udfordringer i arbejdet med Tidlig Indsats	37
5.1 Styrker	37
5.2 Udfordringer	38
5.3 Visitationskriterier	39
6. Kulturelle værdier i arbejdet med Tidlig Indsats	42

6.1	<i>Programmets kulturelle relevans</i>	42
6.2	<i>Sproglige, tværfaglige og kulturelle perspektiver</i>	43
7.	De sårbare gravide familier	45
7.1	<i>En stigning i antallet af henviste sårbare familier</i>	45
8.	Diskussion af undersøgelsens resultater	47
8.1	<i>Organisering og personalsituation omkring Tidlig Indsats</i>	47
8.2	<i>Kultur og sprog</i>	49
8.3	<i>Familie og andre relationer</i>	50
8.4	<i>Lokale værdier og styrker</i>	51
8.5	<i>Naturen</i>	52
9	Anbefalinger	54
9.1	<i>Anbefalinger til organiseringen af Tidlig Indsats</i>	54
9.2	<i>Anbefalinger vedrørende procedurer og kompetenceudvikling</i>	55
9.3	<i>Anbefalinger til gentænkning af Tidlig Indsats</i>	56
9.4	<i>Anbefalinger vedrørende den kulturelle relevans af Tidlig Indsats for de gravide familier</i>	58
10.	Referencer	60
Bilag 1	Litteraturgennemgang	63

Sammenfatning

Center for Folkesundhed i Grønland har i nærværende undersøgelse afdækket fagprofessionelles perspektiv på, hvordan indsatsen *Tidlig indsats overfor gravide familier* (herefter Tidlig Indsats) er implementeret i de fem grønlandske kommuner. Undersøgelsen har fokus på forskelle i, hvordan indsatsen er blevet implementeret lokalt, og hvilke faktorer der opleves som fremmede og udfordrende i arbejdet med Tidlig Indsats. Derudover har undersøgelsen haft fokus på de fagprofessionelles perspektiv på, hvordan de lokale forhold spiller ind i de enkelte byer og bygder i arbejdet med de sårbare gravide familier i Tidlig Indsats, herunder også indsatsens kulturelle relevans. Undersøgelsen bidrager til det videre arbejde med implementering af Tidlig Indsats lokalt i både byer og bygder i hele landet. Undersøgelsen er udarbejdet på opdrag fra den centrale forebyggelsesenhed Paarisa under Socialstyrelsen, Pitsaaliuinermut Isumaginninnermullu Aqutsisoqarfik, i forbindelse med at Naalakkersuisut i løbet af 2020 har lanceret både National handlingsplan mod forældres omsorgssvigt af børn, Inuuneritta III og Naalakkersuisuts familiepolitik.

I kapitel 1 introduceres undersøgelsens baggrund og formål. Herunder beskrives også indsatsens forankring gennem tid og kriterierne for deltagelse i Tidlig Indsats. Derudover beskrives et udvalg af tidligere evalueringer og rapporter, der vedrører Tidlig Indsats. De udvalgte rapporters overordnede konklusioner har fokus på det tværfaglige samarbejde, personalemæssige udfordringer, behov for kompetenceløft og endelig manglende behandlingstilbud for gravide sårbare familier i bygder. Kapitlet slutes af med en kort beskrivelse af erfaringer fra den internationale forskning om emnet.

I kapitel 2 redegøres der for metoden bag den kvalitative undersøgelse, og der gives et overblik over undersøgelsens opbygning og design. Herunder beskrives også rekruttering af informanter. Det empiriske datamateriale består af 15 semistrukturerede kvalitative interviews med informanter fra både sundhedsvæsenet og kommunerne. Der er informanter, som repræsenterer alle fem deltagende kommuner og sundhedsregioner. I kapitel 2 redegøres der også for den kulturelle og sociale kontekst i relation til undersøgelsens forståelsesramme for opfattelse af sundhed.

I kapitel 3 præsenteres informanternes perspektiv på, hvordan Tidlig Indsats er organiseret inden for deres respektive instanser. Kapitlet beskriver blandt andet informanternes efterspørgsel efter en ledelse, der kan påtage sig det overordnede ansvar for indsatsen. Kapitlet gennemgår også emner, der beskriver informanternes perspektiv på samarbejde, personalsituationen, persondataloven, vejledninger og procedurer i deres arbejde med Tidlig Indsats. Derudover beskrives informanternes perspektiv på dialog og information i forhold til deres arbejde omkring Tidlig Indsats og de sårbare familier.

I Kapitel 4 beskrives de fagprofessionelles oplevelse af implementeringen af Tidlig Indsats i både regionsbyer, mindre byer og bygder. Kapitlet er opdelt i underafsnit, der hver især beskriver de muligheder og udfordringer, der ligger i implementeringen af Tidlig Indsats i henholdsvis regionsbyer, mindre byer og bygder. Undersøgelsen viser, at tilbud om deltagelse i Tidlig Indsats og udbud af

behandlingstilbud stort set ikke eksisterer for de sårbare gravide familier bosat i bygderne, og at implementeringen af Tidlig Indsats kan være tilbøjelig til at være personafhængig i de mindre byer og dermed kan være velfungerende med den rette fagperson. Udbuddet af behandlingstilbud til de sårbare gravide familier i regionsbyerne (og i de mindre byer) kan være varierende. Dette afhænger af, om de relevante faglige kompetencer findes lokalt.

I Kapitel 5 præsenteres de fagprofessionelles perspektiv på styrker og udfordringer i deres arbejde med implementeringen af Tidlig Indsats. Kapitlet er inddelt i underafsnit, der beskriver de temaer, som informanterne selv beskriver som nogle af deres styrker. Kapitlet afsluttes med en beskrivelse af informanternes generelle opfattelse af kriterierne for henvisning af sårbare gravide familier til Tidlig Indsats, som af nogle opfattes som fyldestgørende og dækkende for de sårbare familiers udfordringer, mens de af andre under visse omstændigheder opfattes som ufleksible og i enkelte tilfælde hæmmende for muligheden for at henvise sårbare gravide familier til Tidlig Indsats.

I kapitel 6 beskrives de fagprofessionelles opfattelse af de kulturelle værdier i deres arbejde med Tidlig Indsats. Herunder beskrives blandt andet informanternes refleksioner over Tidlig Indsats og sundhedssystemet i en kulturel kontekst. Derudover beskrives også de oplevede sproglige barrierer, både i forhold til de sårbare gravide familier og internt i det tværfaglige team. Endelig beskrives de fagprofessionelles forskellige forståelser af de sårbare gravide familiers udfordringer, som ifølge de fagprofessionelle kan relateres til en kulturel kontekst.

I kapitel 7 gives et lille indblik i de sårbare gravide familiers udfordringer, som ifølge de fagprofessionelle spænder over mange forskellige former for sårbarhed. De fagprofessionelle har en oplevelse af, at der er sket en stigning i antallet af sårbare familier med behov for at indgå i Tidlig Indsats. Undersøgelsen viser også, at Tidlig Indsats ofte kommer til at fokusere på de mest sårbare familier på grund af mangel på kvalificeret personale, og at de mindre sårbare således ofte ikke får den rette hjælp og støtte.

I kapitel 8 præsenteres diskussionen af undersøgelsens resultater. Kapitlet er opdelt i underafsnit med udgangspunkt i tematikker, der har betydning for undersøgelsens konklusion og anbefalinger. Det første afsnit beskriver de fagprofessionelles oplevelse af personalsituationen, som specielt er udfordret på grund af mangel på sagsbehandlere i kommunalt regi. I de næste afsnit i kapitlet diskuteres temaer dels med udgangspunkt i interviewguiden, som er opdelt i emner med udgangspunkt i figuren "Vores sundhed". De udvalgte emner, der har fokus på sprog, lokale værdier og styrker samt naturen, diskuteres og reflekteres med udgangspunkt i arktisk litteratur og viden om inuit/kalaallit sundhed og trivsel.

I kapitel 9 præsenteres en række konkrete anbefalinger udviklet på baggrund af informanternes oplevelser og input samt relevante erfaringer. Undersøgelsen viser overordnet, at Tidlig Indsats som forebyggende tiltag har mange styrker og er en absolut nødvendig indsats, hvis omsorgssvigt af børn skal forebygges. De sårbare gravide familier har brug for den sammenhængende hjælp, støtte og vejledning, som det tværfaglige team omkring familierne potentielt set kan give dem. Rapporten peger på, at der er behov for et overordnet lokalt ledelsesmæssigt ansvar for, at indsatsen forankres, samt for at indsatsen styrkes og nytænkes gennem en omstrukturering og tilpasning til de lokale forhold i både regionsbyer, mindre byer og bygder. Endelig viser undersøgelsen, at der er behov for et øget fokus på lokal kapacitet, sprog, relationer og natur.

1. Baggrund

1.1 Om Tidlig Indsats overfor gravide familier

Tidlig indsats overfor gravide familier i Grønland blev opstartet i 2007 gennem et samarbejde mellem Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender og det daværende Paarisa (Montgomery-Andersen, 2006).

Det overordnede formål med Tidlig indsats overfor gravide familier (*herefter kaldt Tidlig Indsats*) er at forebygge omsorgssvigt blandt børn fra graviditeten til barnets andet leveår. Målgruppen er sårbare familier, som defineres nærmere ud fra en række kriterier, der gengives nedenfor. Indsatsen er baseret på et tværfagligt samarbejde mellem sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder, der i fællesskab skal udarbejde handlingsplaner og tilbud for familierne. Dette skal ske i lokalt oprettede indsatsgrupper bestående af relevante nøglepersoner inden for sundhedsvæsenet og kommunerne (PAARISA, 2010). I den oprindelige beskrivelse af indsatsen er der også lagt vægt på, at der skal tilbydes en kulturel relevant indsats til familier med behov for hjælp til at drage omsorg for deres ufødte/nyfødte barn (Montgomery-Andersen, 2006).

Tidlig Indsats blev implementeret i perioden 2007-2010 i stort set alle landets kommuner. Herefter overgik Tidlig Indsats fra at være et landsdækkende pilotprojekt til at være en fast forankret indsats målrettet sårbare gravide familier, centreret om en samarbejdsmodel, der involverer både sundhedsvæsenet og kommunerne (PAARISA, 2010).

Tidlig Indsats har siden opstarten i 2007 og frem til 2016 været forankret under Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender og Paarisa. I 2016 blev Tidlig Indsats forankret under Allorfik (Videncenter om Afhængighed), som er en enhed under Departementet for Sundhed. Denne ændring af indsatsens primære forankring blev begrundet i, at langt de fleste sårbare familier, der indgår i Tidlig Indsats, også har rusmiddelproblemer eller selv har været stærkt påvirket af rusmiddelproblemer i familien under deres opvækst (Allorfik, 2019). Tidlig Indsats overgik i 2019 således til Departement for Sociale Anliggender og Justitsområdet som led i Naalakkersuisuts beslutning om en ressortændring. Dette blev begrundet i Naalakkersuisuts ønske om at styrke den forbyggende indsats ved at samle de indsatser, som tidligere lå i Departementet for Sundhed, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse, Socialstyrelsen samt Allorfik. Den samlede enhed arbejder under navnet Paarisa og er en del af Socialstyrelsen.

Naalakkersuisut og den danske regering blev i oktober 2019 enige om at styrke samarbejdet om indsatsen for udsatte børn og unge i Grønland (Social og Indenrigsministeriet et al., 2020). Der blev nedsat en arbejdsgruppe, som sidenhen har rejst rundt i landet og indhentet erfaringer og input fra alle fem kommuner gennem møder med relevante fagpersoner, institutioner og organisationer samt en række aktører i civilsamfundet. Arbejdsgruppen fremkom med 16 anbefalinger til målrettede løsninger, som tilsammen skal bidrage til større trivsel og en sundere udvikling for udsatte børn og

unge, herunder opprioritering af den tidlige indsats og forebyggelse, så tegn på mistrivsel, omsorgssvigt og overgreb forebygges og opdages så tidligt som muligt. De anbefalede løsninger, som direkte har betydning for Tidlig Indsats, er følgende:

1. Udsatte familier skal have hjælp til at styrke deres forældrekompetencer gennem skræddersyede kurser og intensiv støtte i form af småbørnskonsulenter.
2. Det tværfaglige samarbejde mellem sagsbehandlerne og sundhedsplejerskerne/jordemødrene skal styrkes, så tegn på mistrivsel og omsorgssvigt opdages og handles på endnu tidligere.
1. Dagtilbudspersonale skal opkvalificeres og kompetenceudvikles til bedre at kunne opdage tidlige tegn på mistrivsel og omsorgssvigt.
2. Rammerne for den frivillige sociale indsats på børneområdet styrkes, så civilsamfundet får bedre muligheder for at byde ind på løsningen af de sociale udfordringer så tidligt som muligt.

Visitation af sårbare familier til Tidlig Indsats

Det er primært jordemødrene eller de jordemoderfaglige sundhedsprofessionelle, der visiterer familier til Tidlig Indsats. I henhold til en vejledning fra Dronning Ingrid's Hospital om henvisning af sårbare familier til Tidlig Indsats fra marts 2019 skal jordemødrene således sikre, at alle gravide, der bør indgå i Tidlig Indsats, modtager enslydende informationer om deltagelse i Tidlig Indsats. Nedenfor fremgår kriterierne for visitation af gravide familier til Tidlig Indsats.

Gravide kvinder/familier:

- som er meget unge (mellem 13 og 19 år)
- som selv har oplevet omsorgssvigt i barndommen
- som har andre børn, der er anbragt uden for hjemmet
- som er vokset op i en familie med misbrug og/eller vold
- som selv er blevet misbrugt seksuelt
- som er misbrugere af euforiserende stoffer og/eller alkohol og/eller lider af ludomani (den gravide selv, hendes partner eller andre i husstanden)
- som under en tidligere graviditet har deltaget i Tidlig Indsats.

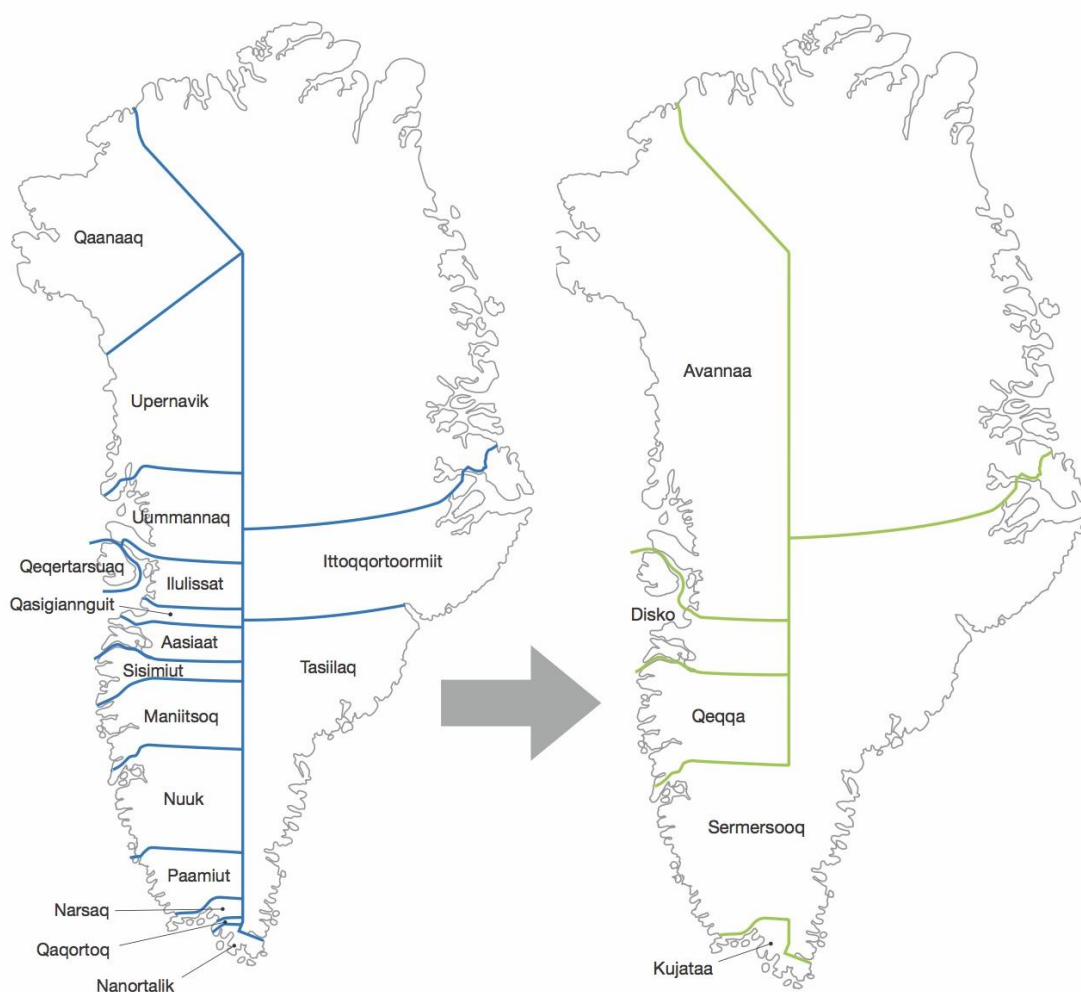
Gravide, der har en psykiatrisk diagnose, kan i henhold til ovenstående vejledning ikke indgå i Tidlig Indsats, men skal henvises til anden instans.

I 2020 blev der født i alt 835 levendefødte børn i Grønland (Statistikbanken, 2020). Der findes ingen central registrering af, hvor mange af de 835 graviditeter der er blevet henvist til Tidlig Indsats. En forespørgsel blandt relevante instanser har ikke kunnet give noget overblik over henviste familier, hverken regionalt eller på landsplan. Der blev efterfølgende sendt en forespørgende e-mail rundt til alle fødesteder i de respektive regioner. Et enkelt regionssygehus havde overblik over antallet af henviste familier i deres region/kommune. De resterende regionssygehuse henviste os til de respektive sundhedscentre i deres sundhedsregion. Dette bekræfter, at de sårbare gravide familier

formentlig ikke bliver registret centralt på landsplan og i nogle tilfælde heller ikke internt regionalt. Registreringen sker overvejende kun inden for egen by.

I 2009 blev Grønland reformeret fra 18 mindre kommuner til fire store kommuner. De fire kommuner bestod af henholdsvis en syd-, midt-, nord- og øst/vest kommune, og i 2018 blev den store nordlige kommune delt i to, så landet nu er opdelt i fem store kommuner.

I 2011 blev sundhedsvæsenet regionaliseret fra 16 sundhedsdistrikter med egen distriktslæge og eget sygehus til i alt fem sundhedsregioner med et enkelt regionssygehus i hver region (se figur 1). De fem regioner består af flere større og mindre, geografisk spredte lokationer, hvor indbyggertallet er afgørende for, om der ud over regionshospitalet også er et sundhedscenter, en sundhedsstation eller en bygdekonsultation i regionsbyen.



Figur 1. Fra 16 sundhedsdistrikter til 5 sundhedsregioner (Ingemann og Larsen, 2018).

Alle sundhedsregioner skal årligt udfylde et statusskema med information om, hvor mange familier der indgår i Tidlig Indsats, hvor mange der ikke ønsker at deltage, og hvilke tilbud familierne har modtaget. Heri indgår også gravide sårbare familier fra de mindre byer og bygder. Statusskemaet

er udviklet af Allorfik i den periode, hvor Tidlig Indsats var forankret der (2016-2019). I denne periode blev skemaerne sendt til Allorfik, men skal i dag sendes til Paarisa. Det har ikke været muligt at kortlægge, hvordan skemaerne bliver anvendt til monitorering af indsatsens implementering.

Det har heller ikke været muligt at indhente samtlige data for hele landet, da ikke alle landets sundhedscentre har besvaret vores forespørgsel om, hvor mange sårbare gravide familier der er henvist til Tidlig Indsats blandt deres gravide familier lokalt i 2020.

1.2 Sammenfatning af tidligere evalueringer

Tidlig Indsats har eksisteret i mere end et årti, og tidligere evalueringer og statusrapporter udgør et væsentligt udgangspunkt for denne evaluering.

Status på implementeringen i 2010

Den første evaluering af Tidlig Indsats blev udført internt af Paarisa i 2010, hvor Tidlig Indsats var fuldt implementeret. Evalueringen havde til formål at dokumentere projektets aktiviteter og gøre status over projektets forløb, udvikling og resultater (PAARISA, 2010). Projektjournaler, handlingsplaner og opfølgningsskemaer fra alle indsatsgrupper samt beskrivelser af aktiviteter og tilbud dannede grundlag for en status over de visiterede familiers udvikling. Derudover blev der udført et antal kvalitative interviews og spørgeskemainterviews med de berørte familier.

Projektbeskrivelsen for evalueringen inkluderede blandt andet en vurdering af, i hvilken grad alle projektets komponenter var gennemført som planlagt, herunder en beskrivelse af kvaliteten af projektets konkrete tiltag: afholdelse af kurser for fagprofessionelle samt implementering af relevante tiltag/tilbud for alle visiterede gravide (Hansen og Skaftø, 2009).

I ovenstående evaluering var der ligeledes et ønske om at undersøge målgruppens vurdering af projektets overordnede målsætninger gennem kvalitative interviews og for fagprofessionelles vedkommende gennem et kvantitativt spørgeskema. Endelig var der et ønske om vurdering af barnets trivsel.

Evalueringen viste, at størstedelen af indsatsens komponenter var blevet implementeret som planlagt, men at der i kortere og længere perioder havde været mangelfuld deltagelse fra socialvæsenet og vanskeligheder med oprettelse af indsatsgrupper (tværfaglige grupper med deltagelse fra både sundhedsvæsenet og kommunen, jf. beskrivelse af TI ovenfor). Der var også eksempler på byer, hvor der havde været udtalte samarbejdsvanskeligheder mellem faggrupper i sundhedsvæsenet og socialvæsenet på grund af manglende gensidig forståelse af ansvar og ressourcer i forhold til arbejdet med Tidlig Indsats.

De tværsektorielle indsatsgrupper havde dog generelt positive erfaringer med at skabe forebyggende resultater for familierne, og overordnet set blev samarbejdet i indsats- og

auditgrupperne¹ vurderet som godt. Det blev dog angivet, at nedsættelse af auditgrupper flere steder havde været et problem på grund af manglende personale og/eller manglende tid til deltagelse (Hansen og Skafte, 2009).

Af "Forslag til kommissorium for Tidlig Indsats-styregrupperne" fremgår det, at der generelt har været tvivl om auditgruppernes rolle, som skulle være at evaluere og udarbejde status over de aktuelle handlemuligheder i forbindelse med arbejdet i Tidlig Indsats. Derfor blev det i 2012 endelig besluttet, at auditgrupperne skulle løftes op til kommune- og regionsniveau for at skabe en bedre lokal forankring og prioritering af opgaven. Dette blev således det første tiltag til udfasning af de 13 auditgrupper, som nu skulle afløses af fire styregrupper med repræsentanter fra begge sektorer (Tidlig Indsats-arbejdsdokument: Forslag til kommissorium for Tidlig Indsats-styregrupperne).

De interviewede familier angav alle, at deltagelse i projektet i høj grad havde medvirket til en ændring af deres situation i en positiv retning. Det var dog ifølge Paarisa ikke muligt at konkludere på en kvantitativ, målbar effekt af indsatsen over for familierne på grund af mangelfuld registrering af familiernes situation. Disse parametre blev målt ud fra et spørgeskema og ud fra de fagprofessionelles personlige vurdering af effekten hos målgruppen (PAARISA, 2010).

2010-evalueringen anbefalede en indsats målrettet strukturelle udfordringer med henblik på at forbedre familiernes handlemuligheder, for eksempel de sårbare familiers boligsituation, daginstitutionspladser, afhængighedsbehandling og forældrerådgivning samt en opkvalificering af personalets kompetencer til at løfte indsatsen.

Samarbejdet omkring de gravide familier i 2012

I 2012 blev der gennemført en interviewundersøgelse blandt relevante faggrupper i både sundhedsvæsenet og kommunerne, som belyste interviewpersonernes perspektiv på indsatsen for gravide familier og det tværfaglige samarbejde omkring Tidlig Indsats. Rapporten blev udarbejdet i samarbejde med Paarisa af ekstern konsulent, jordemoder og journalist Connie Dyrlov (Dyrlov, 2012). Undersøgelsen viste, at der blandt fagpersoner var en generel opfattelse af, at samarbejdet i indsatsgrupperne fungerede godt. Arbejdet i indsatsgrupperne var dog udfordret af, at mange byer ikke havde en fast sagsbehandler, der kunne varetage opgaven med de visiterede sårbare gravide familier. Det var ligeledes en udfordring, at Tidlig Indsats ikke blev prioriteret af hverken de regionale sundhedsledelser eller de kommunale ledelser. De interviewede fagpersoner gav også udtryk for, at behandlingstilbuddene i de respektive byer varierede meget og var afhængige af faglige kompetencer og derudover var præget af stor udskiftning af personale, ligesom det var meget begrænset, hvad man kunne tilbyde sårbare gravide familier i bygderne.

Ligesom evalueringen i 2010 fandt undersøgelsen i 2012, at det var nødvendigt i højere grad at hjælpe familierne med meget konkrete udfordringer som boligforhold, mulighed for pasning af børn

¹ Auditgrupperne bestod i sin tid af fagprofessionelle med beslutningskompetence på både social- og sundhedsområdet og adskiller sig dermed fra indsatsgrupperne ved at være på et højere ledelsesniveau. En auditgruppe i en by kunne for eksempel bestå af distriktschefen, socialchefen, den ledende psykolog, den ledende sundhedsplejerske, den ledende sygeplejerske, den ledende jordemoder eller andre fagpersoner med beslutningskompetence.

under familiens behandling for afhængighed og bedre tilbud til sårbare gravide familier i bygderne. Blandt fagpersonerne blev der efterspurgt overskueligt introduktionsmateriale til indsatsen målrettet nye fagpersoner samt adgang til opkvalificering for kommunale sagsbehandlere. I de mindre byer blev der peget på, at det var nødvendigt med en Tidlig Indsats-ansvarlig for at sikre kontinuitet og koordinering af indsatsen. Og endelig efterspurgte fagpersonerne brugbart materiale til familierne om indsatsen (Dyrløv, 2012).

Status på aktiviteter, kompetenceudvikling og faggrupper i 2017

I 2017-2018 kortlagde Allorfik aktiviteter gennemført i regi af Tidlig Indsats i 2017, samt hvilke faggrupper der i 2017 var repræsenteret i de 17 lokale indsatsgrupper (Allorfik, 2018). Kortlægningen blev baseret på indsatsgruppernes besvarelse af "Statusskema for Tidlig Indsats", der blev udsendt elektronisk i januar 2018. Statusskemaet indeholdt spørgsmål om organisering, mødehyppighed, antal visiterede familier og antal familier, der havde afvist tilbuddet om deltagelse i Tidlig Indsats. Af de 17 lokale indsatsgrupper, der fik tilsendt spørgeskemaet, var der seks, der ikke besvarede det. Som beskrevet ovenfor har det ikke været muligt at indhente oplysninger om den nuværende status.

I statusrapporten identificeres det tværfaglige samarbejde mellem socialforvaltningen og sundhedsvæsenet som den primære årsag til udfordringerne i arbejdet med Tidlig Indsats. Dette begrundes i udskiftning af personale, ubesatte stillinger, mangel på ressourcer, fravær ved møder og mangel på kvalificeret personale. Andre udfordringer for arbejdet med indsatsen var manglende handlemuligheder for familierne samt sproglige barrierer i indsatsgruppen.

En væsentlig konklusion i statusrapporten er, at kun få fagprofessionelle anvendte de kompetencer, de havde fået på udviklingskurser som en del af arbejdet med Tidlig Indsats, i deres praksis. Til eksempel havde småbørnskonsulentuddannelsen (nu familiekonsulentuddannelsen) til formål at udvikle et sammenhængende grundlag for det forebyggende arbejde og behandlingsarbejdet med sårbare familier på tværs af faggrupper. På baggrund af en opfølgende spørgeskemaundersøgelse blandt de 66 personer, der på daværende tidspunkt havde gennemført uddannelsen, angav kun 14 personer, at de anvendte kompetencerne fra uddannelsen i varierende grad. Seks personer angav, at de ikke anvendte uddannelsen i deres nuværende arbejde. De øvrige 46 personer besvarede ikke undersøgelsen (Allorfik, 2018).

Selv om der ikke er tale om en repræsentativ undersøgelse, giver det alligevel et indblik i, at et kompetenceløft og kurser ikke nødvendigvis bliver omsat til praksis og dermed heller ikke automatisk kommer arbejdet med Tidlig Indsats til gode.

Den overordnede konklusion var, at indsatsen i sin nuværende form ikke kunne forventes at forebygge omsorgssvigt af børn og derfor burde revurderes (Allorfik 2018).

Opsamling på tidligere evalueringer

I kølvandet på den landsdækkende implementering fra 2007 til 2010 vurderede Paarisa, at størstedelen af indsatsens komponenter var blevet implementeret som planlagt i alle kommuner, at

de familier, der havde deltaget i Tidlig Indsats, havde været overvejende tilfredse, og at indsatsen havde haft en positiv betydning for dem (PAARISA, 2010).

Der er, som det fremgår af ovenstående sammenfatning af tidligere evalueringer, angiveligt sket en ændring i implementeringen af Tidlig Indsats mellem 2007-2010 og 2010-2012, idet Paarisa i 2010 konkluderede, at størstedelen af indsatsens komponenter var blevet implementeret som planlagt, og at indsatsen havde medvirket til en positiv ændring for målgruppen, vurderet både af de fagprofessionelle og målgruppen selv. Dyrlov konkluderede i sin rapport fra 2012, at Tidlig Indsats manglede en ledelsesmæssig prioritering, ligesom behandlingstilbuddene til familierne var betinget af ressourcer og bemanning lokalt. Dette betød, at de konkrete tilbud til familierne varierede fra sted til sted, og at det var meget begrænset, hvad der kunne tilbydes familier i bygderne. Undersøgelsen fra 2012 inkluderede ikke perspektiver fra målgruppen.

Alle tre undersøgelser har peget på udfordringer i forhold til det tværfaglige samarbejde mellem socialforvaltningen og sundhedsvæsenet (Allorfik, 2018, PAARISA, 2010, Dyrlov, 2012).

Siden undersøgelserne i 2010 og 2012 har der efterfølgende været fokus på kompetenceudvikling af fagprofessionelle, hvilket netop var et opmærksomhedspunkt i begge undersøgelser. Der var ved udgangen af 2017 uddannet i alt 89 småbørnskonsulenter, og der er også blevet etableret en psykoterapeutuddannelse, der henvender sig til det relevante sociale, pædagogiske og sundhedsfaglige område for offentlig ansatte (Peqqissaanermik Iliniarfik, 2021). Mange fagprofessionelle har altså fået tilbudt og gennemført blandt andet småbørnskonsulentuddannelsen (senere familiekonsulentuddannelsen) (Allorfik, 2018). Der er dog behov for en grundigere undersøgelse af sammenhængen mellem udbud af kurser og opkvalificering og efterfølgende anvendelse af kompetencer i arbejdet med Tidlig Indsats, førend der kan konkluderes på, om kompetenceudviklingen har haft den ønskede effekt.

Både i 2010 og i 2012 vurderede de fagprofessionelle, at Tidlig Indsats var en relevant og nødvendig indsats for at forebygge omsorgssvigt (PAARISA, 2010, Dyrlov, 2012), mens det i 2018 blev vurderet, at indsatsen i sin nuværende form ikke kunne forventes at forebygge omsorgssvigt af børn (Allorfik, 2018).

De centrale emner fra de tidligere evalueringer har dannet grundlag for nærværende undersøgelses evalueringsspørgsmål og indgår som temaer i interviewguiden, der fremgår af næste kapitel.

1.3 Erfaringer fra international forskning

For at opnå viden om evidens for arbejdet med Tidlig Indsats blev der indledningsvist gennemført et litteraturstudie. Litteraturstudiet inkluderede 14 artikler, der blev vurderet relevante og sammenlignelige med Tidlig Indsats, heraf litteratur fra henholdsvis Canada, USA, Storbritannien, Tyskland, Australien og Danmark. Interventionerne i disse studier er indsatser eller programmer, der er målrettet gravide familier, som vurderes udsatte eller sårbare, familier med psykosociale eller sundhedsrelaterede udfordringer eller unge mødre. Indsatserne på tværs af programmerne

inkluderer forældreuddannelse, perinatal pleje, hjemmebesøg, studievejledning, mentorer og støttegrupper, og der sættes også fokus på at gøre ydelser lettere tilgængelige ved hjælp af identificering af sociale determinanter. Derudover viste litteraturstudiet også resultater af en varierende grad af tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde på tværs af programmerne. Der beskrives primært et samarbejde mellem og på tværs af sundheds- og socialsektoren, men i nogle programmer involveres også uddannelsessektoren eller justitsområdet, alt efter hvilken målgruppe der arbejdes med. Studierne beskriver overordnet positive effekter ved indsatser, der inkluderer hjemmebesøg, undervisning, vejledning og støtte til forældrene og tværsektorielle indsatser.

Et af studierne viser for eksempel, at familier, som modtog hjemmebesøg i mindst seks måneder, vurderede, at indsatsen havde en positiv effekt for forældre-barn-relationen og spædbarnsomsorgen. Mødrene, der deltog i indsatsen, værdsatte desuden den professionelle hjælp og støtte og beskriver en nem overlevering på tværs af afdelinger. Ved indsatser, der inkluderede forældreuddannelse og støtte, fandt man positive resultater hos forældre, der deltog i undervisning, sammenlignet med forældre, der ikke gjorde. Der var ligeledes positive effekter ved interventioner, der fokuserede på at få unge mødre til at gennemføre deres uddannelse. Noget af litteraturen beskriver ligeledes et fokus på de tværsektorielle indsatser. I et af studierne beskrives samarbejdet og dialogen som udfordrende, mens der i et andet studie opleves positive effekter, da det tværsektorielle arbejde gør indsatserne fleksible og anvendelige, og det beskrives, at familierne oplever et øget fokus på deres behov, der medfører en større tillid til de tilbudte ydelser. Derudover konstateres det i litteraturen, at indsatser, der bliver udbudt selektivt fremfor obligatorisk, har en bedre mulighed for at nå ud til de udsatte familier. Det beskrives, at en styrke i denne strategi var, at implementeringen var fleksibel, og at tilpasning af det tværfaglige samarbejde var muligt i de enkelte kommuner.

Disse studier belyser forskellige udfordringer og programmer med forskellige værktøjer til at evaluere og forbedre indsatser over for sårbare familier. Den største del af litteraturen beskæftiger sig med afgrænsede og specifikke interventionsprojekter, der tager udgangspunkt i og er udarbejdet ud fra de respektive landes specifikke samfundsstruktur og muligheder for tilbud og ydelser. Disse kan derfor ikke sammenlignes direkte med et landsdækkende program som Tidlig Indsats, der består af en bred vifte af tilbud, og som leveres med stor variation fra sted til sted.

Derfor er litteraturstudiet udarbejdet som et separat bilag til evalueringen (bilag 1). Litteraturen giver dog inspiration til udformningen af indsatser samt erfaringer med tværsektorielt samarbejde og undersøgelsesmetoder. Der er dermed basis for, at litteraturstudiet kan inspirere til fornyelse og udvikling af eksisterende indsatser målrettet familier i Grønland helt generelt.

2. Om undersøgelsen

Denne evaluering er udarbejdet af Innuttaasut Peqqissusiannik Ilisimatusarfik/Center for Folkesundhed i Grønland ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet på opdrag fra Paarisa ved Styrelsen for Forebyggelse og Sociale Forhold. I det følgende redegøres for evalueringsspørgsmål, design og metode for undersøgelsen. Undersøgelsen er gennemført i 2021.

2.1 Evalueringsspørgsmål

Helt overordnet har evalueringen karakter af en kortlægning på området, som skal kunne danne baggrund for at træffe beslutninger fremadrettet vedrørende styrker i den eksisterende indsats og områder, som skal justeres eller forbedres. En egentlig brugerevaluering er vigtig, men ligger uden for nærværende evaluering og bør udvikles som en supplerende, selvstændig evaluering under hensyntagen til særlige etiske forhold betinget af målgruppens sårbarhed.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i fem evalueringsspørgsmål, der er defineret i et samarbejde mellem Center for Folkesundhed i Grønland og Paarisa på baggrund af viden om styrker og udfordringer i arbejdet med implementering og udvikling af Tidlig Indsats. Evalueringen har fokus på at besvare følgende spørgsmål:

Tabel 1. Evalueringsspørgsmål

1. Hvordan er Tidlig Indsats aktuelt implementeret i de fem sundhedsregioner/kommuner – med særligt fokus på mulige forskelle i, hvordan indsatsen er implementeret lokalt.
2. Hvilke faktorer er henholdsvis fremmende og udfordrende for det daglige arbejde med Tidlig Indsats?
3. Hvordan spiller de lokale forhold i de enkelte byer og bygder ind i arbejdet med de udsatte gravide familier?
4. Hvordan oplever de fagprofessionelle indsatsens betydning set ud fra deres perspektiv og erfaringer? Herunder indsatsens kulturelle relevans.
5. Hvilke effekter af lignende indsatser er der dokumenteret i den videnskabelige litteratur, og hvilke effektmål kan med fordel inddrages mere systematisk i arbejdet med Tidlig Indsats med henblik på monitorering af mulige effekter fremadrettet?

De første fire evalueringsspørgsmål afdækkes gennem en landsdækkende interviewundersøgelse, mens det femte evalueringsspørgsmål undersøges i et litteraturstudie, der er vedlagt som bilag til evalueringen (bilag 1). En nærmere beskrivelse af design og metode for interviewundersøgelsen følger i næste afsnit.

2.2 Design og metode

Evalueringen har fokus på at afdække den aktuelle implementeringsgrad og fagpersonernes oplevede betydning af indsatsen for målgruppen i de fem kommuner. Dette sker med afsæt i de lokale forhold og med fokus på fremmende og hæmmende faktorer (jf. evalueringsspørgsmål 1-4). Disse spørgsmål undersøges gennem kvalitative interviews med fagprofessionelle, der arbejder med Tidlig Indsats.

Det kvalitative forskningsinterview har til formål at forstå informantens personlige oplevede livsverden. Interviewet udføres ved hjælp af en interviewguide, der har fokus på bestemte emner, afstemt med undersøgelsestemaet. Det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at få adgang til og beskrive menneskers daglige oplevelser af deres verden (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det empiriske datamateriale består af 15 semistrukturerede kvalitative interviews med informanter, som består af henholdsvis fagprofessionelle fra sundhedsvæsenet, sagsbehandlere fra kommunerne og andre relevante fagprofessionelle, som arbejder med Tidlig Indsats. Deltagernes fortrolighed er vigtig for kvaliteten af undersøgelsen. Informanterne vil derfor udelukkende blive beskrevet som fagpersoner eller informanter, så det sikres, at den enkelte ikke kan genkendes. Det betyder, at det ikke angives, hvor i landet den enkelte informant arbejder. Der nævnes specifikke faggrupper, hvor det skønnes, at det har betydning for forståelsen. I analysen indgår der citater, hvoraf det muligvis kan ses, hvilken instans en informant repræsenterer, men da der er flere informanter fra alle faggrupper, vil dette ikke kunne henledes til en bestemt region, kommune eller person.

Der er informanter fra alle fem kommuner/regioner. Det har dog været vanskeligt at rekruttere sagsbehandlere, der arbejder direkte med sagsbehandling inden for Tidlig Indsats i kommunerne, hvorfor det kun har været muligt at få belyst sagsbehandlernes perspektiv fra fire ud af de fem kommuner.

Brugernes – de sårbare gravide familiers – perspektiv er som tidligere beskrevet ikke inddraget i denne evaluering. Der er ingen tvivl om, at de sårbare gravide familiers fortællinger og erfaringer ville kunne berige og nuancere undersøgelsen. En inddragelse af de sårbare gravide familier bør udvikles som en supplerende, selvstændig evaluering, dog under hensyntagen til særlige etiske forhold betinget af målgruppens sårbarhed.

Temaer og sprog i interviewundersøgelsen

Med afsæt i undersøgelsens evalueringsspørgsmål 1-4 er der udviklet en semistruktureret interviewguide. Interviewguiden er endvidere udviklet i dialog med projektlederen for Tidlig Indsats ved Paarisa i Socialstyrelsen.

Tabel 2. Temaer i interviewguiden

Temaer
1. Informantens rolle i arbejdet med Tidlig Indsats
2. Organisering af Tidlig Indsats samt organisering af tværfaglige møder og tværfagligt samarbejde
3. Tidlig Indsats over for sårbare familier i mindre byer og bygder
4. Tilbud og indsatser til de gravide familier
5. Styrker og udfordringer i arbejdet med Tidlig Indsats
6. Kulturelle værdier i arbejdet med Tidlig Indsats

Det kvalitative forskningsinterview giver mulighed for at få en indsigt i informantens erfaringer og synspunkter. Derfor er interviewene udført på informantens ønskede sprog, da menneskers erfaringsverden også er relateret til sprog og kultur (Kvale og Brinkmann, 2009). Informanterne har alle fået mulighed for at blive interviewet på enten kalaallisut (grønlandsk) eller dansk.

Et interview er et direkte socialt samspil, hvor mimik, fagter, nonverbale og verbale faktorer spiller sammen (Kvale og Brinkmann, 2009). I denne undersøgelse oversættes talesproget fra en fortællende mundtlig form på ét sprog til skriftsprog på et andet, hvilket beskrives nærmere nedenfor.

Optagelse og transskribering

Alle interview er optaget på en Olympus Digital Voice Recorder. Lydfilerne er overført til PC og transskriberet i Word. Alle interviews er transskriberet og oversat af den samme person, som har indsamlet og analyseret det kvalitative materiale. Dette giver mulighed for en mere dybdegående forståelse på tværs af de enkelte interviews og har dermed givet anledning til grundige refleksioner over det indsamlede materiale. Der er undervejs i interviewene benyttet uddybende og verificerende spørgsmål for at teste interviewerens forståelse af informantens beskrivelser og afprøve præliminære fortolkninger. Umiddelbart efter interviewene er der noteret vigtige passager som en hjælp til den senere analyse og videre fortolkning af interviewmaterialet. De fleste interviews er oversat og transskriberet i redigeret form, fordi det grønlandske og danske sprog er meget forskellige i deres opbygning. Derfor sker der en fortolkning og redigering som en naturlig del af oversættelsen og transskriberingen. Det er dog forsøgt så vidt muligt at oversætte direkte.

2.3 Analyse og forståelsesramme for undersøgelsen

Alle interviews er først blevet grundigt gennemlæst og derefter analyseret ved brug af softwaren NVivo (v. 12), der er et kvalitativt analyseværktøj. En transskription og opfattelsen af en interviewsamtale er udsagn, der kan give anledning til en fragmentering af interviewpersonens fortælling (Kvale og Brinkmann, 2009). Ved hjælp af softwaren NVivo (v. 12) er der opbygget en struktur af kategorier, som har dannet udgangspunkt for kodningsarbejdet. Interviewmaterialet er blevet løbende gennemgået, og der er udviklet begreber, som er benyttet ved kodningen (Brinkmann og Tanggaard, 2010).

Analysen tager udgangspunkt i de forudbestemte temaer i interviewguiden og er undervejs blevet udbygget med temaer, der opstod i interviewene, og som rakte ud over de forudbestemte temaer. Datamaterialets tekstpassager er blevet kodet i "nodes", som i denne sammenhæng består af et samlingssted for tekstpassager fra interviewmaterialet omhandlende samme emne, så der er skabt nye sammenhænge.

Den kulturelle og sociale kontekst

Det er vigtigt for forståelsen af arbejdet med familier i nutidens Grønland at kende det historiske perspektiv på den grønlandske samfundsudvikling. Dette ikke mindst af hensyn til forståelsen af, hvorfor nogle forældre i dagens Grønland er i øget risiko for at blive kategoriseret som sårbare familier.

Kalaallit (inuit) i Grønland deler kultur og sprog med inuit i det nordlige Canada og Alaska, men indflydelse fra henholdsvis dansk, canadisk og amerikansk kultur har ændret mange aspekter af den oprindelige levevis for de tre inuitbefolkninger. Kalaallit og inuit sundhedsudfordringer er sammenlignelige i Grønland og Nordamerika, og befolkningens helbredsstatus er ringere end i henholdsvis Danmark, det sydlige Canada og de 48 centrale amerikanske stater (Bjerregaard, 2019).

Befolkningen i Grønland har især siden 1950'erne levet i et samfund, der har været i hastig forandring fra lokalsamfund med en økonomi, der var baseret på fangst og fiskeri, til vore dages internationale lønarbejdersamfund (Larsen et al., 2019). Befolkningsundersøgelsen fra 2018 har blandt andet vist, at op til 70 % blandt generationerne, der er født i 1970'erne og 1980'erne, ofte eller af og til har oplevet én eller flere belastende hændelser i barndommen, herunder problemer med alkohol og vold i hjemmet (Larsen et al., 2019). En høj forekomst af misbrug af alkohol og hash er en stor folkesundhedsudfordring. Alkohol er ikke kun skadeligt for dem, der er afhængige, men også for familien og er tæt knyttet til en høj forekomst af traumatiske oplevelser i barndommen som eksempelvis vold, seksuelle overgreb og selvmordstanker. Komplekse sociale og mentale sundhedsmæssige udfordringer kan ofte knyttes til alkoholproblemer i en familie og omsorgssvigt af børn (Bjerregaard, 2019, Larsen et al., 2019). De sårbare familier, der er tilknyttet Tidlig Indsats, er en del af denne samfundsmæssige statistik og har med stor sandsynlighed været udsat for traumatiske oplevelser i deres barndom. Dette er vigtig baggrundsviden i forhold til at forstå undersøgelsens resultater, analytiske perspektiver og ikke mindst anbefalinger.

Sundhedsopfattelser i undersøgelsen

I en undersøgelse af en forebyggende indsats med et sundhedsfagligt såvel som et socialfagligt indhold samt blik for kulturel relevans er det væsentligt at inddrage viden om, hvilke determinanter der har betydning for sundhed og trivsel i en grønlandsk kontekst.

Kultur handler om værdier, normer og traditioner. Om de forhold, der gør os til dem, vi er. Kulturen ligger også i sproget, fordi vores værdier og identitet hænger sammen med vores sprog (Wistoft, 2009). Det er gennem sproget, vi deler vores traditioner, viden og livsverden. I Grønland tales både kalaallisut (grønlandsk) og dansk, men kalaallisut er hovedsproget. Menneskers livssyn og forståelse af verden er tæt relateret til sprog og kultur og derved også værdier (Kvale og Brinkmann, 2009).

Det grønlandske ord for sundhed, *peqqinneq*, refererer til, at noget er på rette plads. Værdier er kulturelt bestemte opfattelser af, hvad der er værdifuldt og ønskværdigt, og hvad der ikke er. Værdier er ofte knyttet til den filosofi, der præger kulturforståelse og identitet. Begrebet *peqqinneq* indebærer en holistisk forståelse af sundhed, hvor værdier som for eksempel tilbageholdenhed, ære, styrke, respekt og det at acceptere menneskets magtesløshed over for det, der er større, for eksempel *Sila* (vejret) og *Pinnngortitaq* (naturen), stadig den dag i dag er kerneværdier i den grønlandske kultur (Wistoft, 2012, Wistoft, 2009).

Figur 2 illustrerer væsentlige kulturelle og sociale determinanter for sundhed og trivsel i Grønland med udgangspunkt i begrebet *peqqinneq*/det grønlandske sundhedsbegreb. Figuren er udviklet af Center for Folkesundhed i Grønland på baggrund af såvel kvantitativ som kvalitativ forskning i dialog med borgere, beslutningstagere, fagprofessionelle og andre aktører gennem mere end 30 år.



Figur 2. Determinanter for sundhed og trivsel i Grønland. Udviklet af Center for Folkesundhed i Grønland.

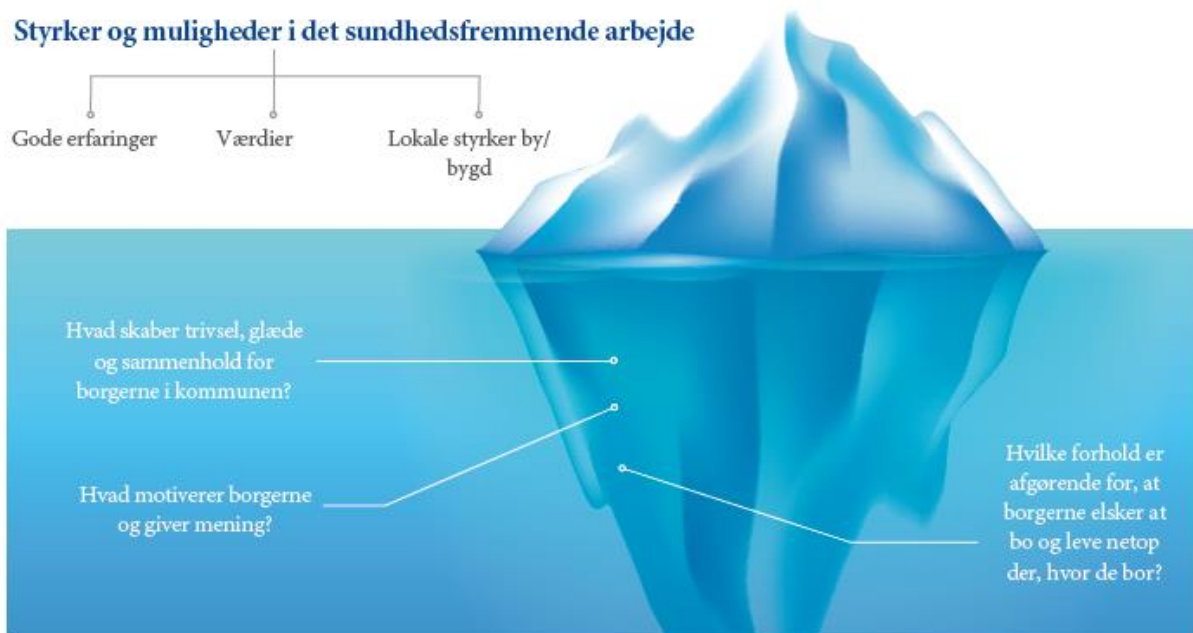
Genetik, biologi, levevilkår, uddannelse og indkomst er alle meget vigtige faktorer for menneskers sundhed. Men det er lige så vigtigt at se på sundhed i et bredere perspektiv. Det grønlandske ord for sundhed refererer også til værdier som fællesskaber, familie, overlevering af viden, naturen og erfaringer. Sundhedsbegrebet er således anderledes end i en vestlig kontekst, hvor man i højere grad taler om "sundhed kontra sygdom". Det er derfor vigtigt, at sundhed ses i denne kulturelle kontekst. Sundhed skal således tage udgangspunkt i borgernes værdier og styrker samt i de lokale styrker og udfordringer.

Figuren indgår som teoretisk ramme for vores forståelse af sundhed og trivsel, kulturel relevans og særligt lokale styrker og værdier og har dermed guidet analyserne i evalueringen.

Fokus på styrker og sundhedsfremmende faktorer

Gennem en lang årrække har der i sundhedsforskningen i Grønland og generelt i Arktis været fokus på de store udfordringer, som mange oprindelige folk står over for. Dette har ført til mismod og en følelse af afmagt, når der skulle iværksættes sundhedsfremmende og forebyggede tiltag. Gennem de seneste år har der dog været en øget bevidsthed om og en bevægelse henimod i højere grad at forsøge at afdække forhold, der kan fremme sundhed og trivsel med udgangspunkt i lokal kapacitet, viden og værdier, frem for udelukkende at afdække og fokusere på risikofaktorer og negative sundhedsindikatorer (Cueva et al., 2021).

Isbjergsmetoden er gengivet i figur 3 nedenfor. Figuren illustrerer, at metoden fordrer, at vi interesserer os for de faktorer, der ligger under overfladen, og som vi typisk overser, hvis vi kun måler og undersøger velkendte risikofaktorer som for eksempel dødsårsager eller forekomsten af sygdom. Under overfladen finder vi netop de styrker og helt grundlæggende værdier, som skaber trivsel og meningsfulde fællesskaber i arktiske lokalsamfund, og som man i Grønland har til fælles med mange andre arktiske folk. Disse omfatter blandt andet naturen, nære relationer/familien, ydmyghed, venlighed, spiritualitet, sprog med flere (Healey Akearok et al., 2019).



Figur 3. Styrker og muligheder i det sundhedsfremmende arbejde. Modereret og oversat ud fra Cueva et al., 2021.

Isbjergsmetoden er et forsøg på at konkretisere dette paradigmeskift ved at udfordre den epidemiologiske forskning til at udvikle og undersøge indikatorer og determinanter, der fremmer sundhed og trivsel blandt arktiske oprindelige folk. Sådanne indikatorer er for eksempel de determinanter, som indgår i figuren "vores sundhed" beskrevet ovenfor, der kun i begrænset omfang er undersøgt og inddraget i den eksisterende epidemiologiske forskning.

Vigtigheden heraf er blandt andet blevet pointeret af Mulvad og Aagaard, der argumenterer for, at indsatser målrettet børn og familier i højere grad skal understøtte og styrke lokalsamfundet og familien som enhed fremfor at tilbyde behandling, og at man i langt højere grad skal trække på de ressourcer, som findes i lokalsamfundene (Mulvad og Aagaard, 2020). Dette er også grundlaget for et større forskningssamarbejde i det internationale tidsskrift *The Lancet*, der i 2020 nedsatte en kommission med fokus på sundhed og trivsel i Arktis (Adams og Dorrough, 2022).

2.4 Undersøgelsens resultater

I de næste kapitler præsenteres resultaterne af interviewundersøgelsen med fagpersonerne, der viser deres perspektiv på arbejdet med Tidlig Indsats inden for deres respektive instanser. Som tidligere beskrevet består informanterne af fagpersoner fra både kommunerne og

sundhedsvæsenet. Resultaterne er organiseret i kapitler på baggrund af interviewguidens temaer (jf. tabel 1) suppleret med temaer, der opstod undervejs i interviewene og analysen.

3. Organisering af Tidlig Indsats – ledelse, tværfaglige møder og samarbejde

3.1 Overordnet ledelse

Der er enighed blandt fagpersonerne fra både kommuner og sundhedsvæsenet om, at ingen angiveligt har det overordnede ansvar for Tidlig Indsats. Det vil sige, at ingen informanter kunne fortælle, hvem eller hvilke instanser der har det overordnede hovedansvar for Tidlig Indsats regionalt:

"Nej, Tidlig Indsats har ikke nogen styregruppe. Tidlig Indsats er ikke forankret noget sted lige nu; efter at det ikke længere er i Allorfik, så gik det over til Socialstyrelsen, men vi har ikke nogen samarbejdsaftale, så vi ved det faktisk ikke. Vi mangler noget ledelse på en eller anden måde; vi mangler noget styring."

Informanterne efterspørger en ledelse, der har det overordnede ansvar for indsatsen. I henhold til tidligere evalueringer og beskrivelser har der været planer om at etablere forskellige former for ledelsesgrupper, der skulle fungere som en overordnet kontrol med implementeringen af indsatsen, herunder auditgrupper og styregrupper. Men det fremgår også, at der generelt har været tvivl om auditgruppernes rolle, som skulle være at evaluere og udarbejde status over de aktuelle handlemuligheder i forbindelse med arbejdet i Tidlig Indsats lokalt. Derfor blev det i 2012 besluttet, at auditgrupperne skulle løftes op til kommune- og regionsniveau for at skabe en bedre lokal forankring og prioritering af opgaven. Dette har angiveligt ikke fungeret, idet Allorfik i 2017 tog initiativ til etablering af en styregruppe for Kommuneqarfik Sermersooq, som på daværende tidspunkt bestod af direktøren for Forvaltning for Børn og Familie, den kirurgiske oversygeplejerske fra Dronning Ingrid's Hospital, den ledende regionssygeplejerske og den lægefaglige chefkonsulent fra Allorfik. I Kommune Kujalleq blev der oprettet en styregruppe, som bestod af en konsulent fra Allorfik, socialchefen og den ledende regionssygeplejerske. Derudover var der planer om etablering af styregrupper for de resterende kommuner. Hvis styregrupperne eksisterede på interviewtidspunktet

(februar-maj 2021), var medarbejderne ikke bekendt med disse. Det gælder for informanterne i både Kommuneqarfik Sermersooq, Kommune Kujalleq og de resterende kommuner.

3.2 Det tværfaglige samarbejde

På tværs af de foregående evalueringer italesættes det tværfaglige samarbejde mellem de instanser, der skal varetage arbejdet for og med de sårbare familier, generelt som både tilfredsstillende og udfordrende. Sundhedsvæsenet, overvejende jordemødre, er primært den henvisende instans. Socialforvaltningen skal på baggrund af familiernes behov udarbejde handlingsplaner og henvise til relevante tilbud.

Informanterne vurderer, at det tværfaglige samarbejde mellem kommunerne og det lokale sundhedsvæsen (på interviewtidspunktet i 2021) i det store hele fungerer i de fleste kommuner og regioner. Nogle fagpersoner oplever dog, at der er plads til forbedringer i forhold til det tværfaglige samarbejde.

Nogle regioner har valgt at have en Tidlig Indsats-koordinator, og andre savner en, der kan have en koordinerende og samlende funktion ved møderne samt i forhold til den samlede indsats over for familierne.

I en enkelt kommune beskriver fagpersonerne det tværfaglige samarbejde som ikke-eksisterende. En informant giver udtryk for at være nødt til at skulle spørge de sårbare familier selv, om de har fået et behandlingstilbud, og hvordan behandlingen fungerer for den enkelte, da der angiveligt ikke udveksles informationer tværfagligt:

"Det er rigtig svært. Vi spørger selvfølgelig familien selv. De ved jo godt, vi har skrevet til kommunen. Når de så siger nej, det har vi ikke, så ved vi heller ikke, om det er korrekt. Vi ved ikke, hvad vores sårbare familier får tilbudt, og vi kan ikke få det at vide."

Afhængigt af hvilken instans de respektive fagfolk repræsenterer, beskriver de forskellige opfattelser af årsagerne til udfordringerne omkring det tværfaglige arbejde:

"At nogle af de faglige ressourcer [kommunen] ikke er helt tilstrækkelige."

Informanter fra kommunerne oplever ofte stor udskiftning i den relevante faggruppe fra sundhedsvæsenet. Der er jævnligt nye medarbejdere med ved de tværfaglige møder, hvilket informanterne oplever giver ustabilitet i samarbejdet. Derudover giver informanterne udtryk for, at de sundhedsfaglige kan opleves som dominerende ved de tværfaglige møder.

Informanterne fra én region angiver, at der ikke afholdes fysiske møder i det tværfaglige team. Der gives udtryk for, at det er svært at arbejde sammen tværfagligt uden fysiske møder, idet der er en oplevelse af, at tværfaglige møder giver et bedre vidensgrundlag omkring de sårbare familiers

behov. Derudover angives det, at det er svært at få ting til at fungere tværfagligt med mange skiftende medarbejdere, specielt inden for sundhedsvæsenet.

Der er som tidligere beskrevet forskel på, hvordan man regionalt har organiseret den tværfaglige indsats. Eksempelvis har enkelte regioner ikke længere en praksis, hvor der er fastlagte tværfaglige møder. Dette opleves som lukkethed og giver en oplevelse af, at der reelt ikke findes et samarbejde om de fælles gravide familier. Der er tværfaglig enighed om, at der er behov for en overordnet styring af Tidlig Indsats, også i regioner, hvor samarbejdet fungerer. Dyrløvs evaluering fra 2012 beskriver de fagprofessionelles oplevelse af manglende ledelsesmæssig prioritering af Tidlig Indsats.

Der er trods faglige uoverensstemmelser overvejende en positiv holdning til det overordnede tværfaglige samarbejde, ud over i en enkelt kommune, hvor der angiveligt ikke afholdes tværfaglige møder om de fælles gravide familier. I de fleste tilfælde fungerer møderne. Der er fastlagte mødedage, og de fleste regioner har klare aftaler om, hvilken faggruppe der skal varetage indkaldelse, skrive mødereferater med videre. De regioner, der har et stabilt tværfagligt hold af faste medarbejdere, som er forankret i lokalsamfundet, er overvejende mest positive i forhold til deres oplevelse af det tværfaglige samarbejde omkring Tidlig Indsats.

Det er tydeligt, at fagprofessionelle, der ikke har et formelt samarbejde med jævnligt fastlagte fysiske møder omkring de fælles gravide familier, er udfordrede. Dette kan i nogle tilfælde betyde, at de fagprofessionelle bliver nødt til at spørge de gravide familier om, hvordan det går med den behandling, de er blevet henvist til, idet der ikke er regelmæssige møder med mulighed for at gå i dialog med andre fagprofessionelle om de sårbare familier og den behandling, der tilbydes. Det skal dertil siges, at der desværre ikke har været mulighed for at få alle parter perspektiv med i denne undersøgelse, da det trods gentagne henvendelser ikke har været muligt at lave en aftale om et interview.

Generelt oplever informanter fra sundhedsvæsenet, at de tværfaglige udfordringer relaterer sig til blandt andet langsommelig sagsbehandling og dermed lang ventetid på behandlingstilbud for familierne og i nogle tilfælde manglende faglige kompetencer blandt kommunale medarbejdere. Derudover opleves det kommunale system som ufleksibelt i forhold til de gældende procedurer omkring muligheden for direkte visitation til et behandlingstilbud, for eksempel til familiecentret. Informanter fra kommunen oplever, at de skal løfte det store ansvar alene, og kan til tider have en oplevelse af, at der er forskellige opfattelser af en families behov, som ofte relateres til, at der tages udgangspunkt i danske procedurer for Tidlig Indsats og en manglende kulturel forståelse for konteksten.

3.3 Dialog og information

Dialog og information mellem fagpersonerne i den tværfaglige gruppe er generelt udfordret. Kommunikation var også et opmærksomhedspunkt i de tidligere evalueringer, som er beskrevet i kapitel 1. Samarbejde kræver som bekendt kommunikation. Når dialogen er vanskelig, kan det yderligere udfordre det tværfaglige arbejde og muligheden for at opnå konsensus på tværs af de

forskellige faglige perspektiver. Dette risikerer i sidste ende at påvirke samarbejdet med de sårbare familier:

"Det er for mig lidt svært helt præcist at vide, hvad de får af tilbud. Det er nok den største udfordring, når jeg sidder med de sårbare familier. Jeg ved faktisk ikke, hvad kommunen har til at hjælpe."

Der er bevidsthed om, at dialog skal gå begge veje:

"Det er enormt svært at få noget viden om den her by, man er landet i. Pilen peger jo også på mig selv."

Det kan være udfordrende for nogle af parterne at gå i dialog:

"Sådan en egentlig dialog, hvor vi mødes, nej, det har vi ikke. Vi ved ikke, hvad vores sårbare familier får tilbudt, og vi kan ikke få det at vide."

En af årsagerne til den manglende dialog beskrives således:

"Måske fordi tydelig kommunikation generelt er en mangel i vores land."

Manglende dialog og information skal ikke kun ses i lyset af, at man i kommunalt regi ikke ønsker at videregive oplysninger om de gravide familier til for eksempel sundhedsvæsenet. Dette er blevet påpeget i både denne undersøgelse og i de tidligere evalueringer (PAARISA, 2010, Dyrlov, 2012). Der efterlyses også en dialog mellem sundhedsvæsenet og kommunen om udbuddet af eksempelvis behandlingstilbud til de sårbare familier. Der er dog som tidligere beskrevet en række udfordringer forbundet hermed. Dels er der hensynet til persondataloven om deling af persondata, dels er der udfordringer forbundet med gensidig information og dialog mellem sundhedsvæsenet og kommunen om de lokale behandlingstilbud. Der er således øjensynlig et stort behov for, at parterne styrker dialogen om deres tværfaglige samarbejde med udgangspunkt i de sårbare familiers behov, lovgivningen og den faglige forskellighed.

3.4 Tillid til myndigheder

Sårbare borgere kan af forskellige årsager have hyppig kontakt til eksempelvis kommunen, sundhedsvæsenet og andre offentlige instanser, hvilket i nogle tilfælde kan medføre manglende tillid til myndigheder generelt. Informanterne beskriver netop manglende tillid til offentlige myndigheder blandt de sårbare familier som en af udfordringerne:

"Der er også nogle kommende forældre, der bliver forsigtige, lige så snart de hører om Tidlig Indsats. Nogle ser det sådan, at når de deltager i Tidlig Indsats, så får de fjernet deres barn fra dem. Eller hvis de ikke deltager, så får de fjernet deres barn fra dem. Så er der nogle, der trækker sig, når de for"

eksempel føler, at det gør ondt, og føler, at de ikke kan løfte opgaven. Så trækker de sig, og vi kan ikke tvinge dem."

Nogle vælger at takke nej til at deltage i Tidlig Indsats, fordi de pågældende familier under en tidligere graviditet ikke har følt, at de fik den ønskede eller lovede støtte:

"Fordi de har prøvet det før og ikke syntes, at de fik noget ud af det. Så er der nogen, der takker nej til Tidlig Indsats, fordi de ikke selv kan se, at de har en udfordring, og andre, fordi man måske føler sig stigmatiseret, når man er med i Tidlig Indsats."

Manglende tillid kan opstå, når kommunikationen og dialogen mellem fagfolk og ikke mindst med de gravide familier er udfordrende. Det var også en af konklusionerne ved en undersøgelse af brugernes perspektiv på det grønlandske sundhedsvæsen (Olesen et al., 2020). Denne undersøgelse viste, at brugerne ikke følte sig godt nok informeret om behandlingstilbud eller for eksempel ved udlevering af medicin. Misforståelser og ikke mindst mangel på dialog havde indflydelse på brugernes tillid til sundhedsvæsenet (Ibid.). Manglende intern dialog og tværfaglig uenighed mellem fagfolk inden for Tidlig Indsats kunne muligvis også være en medvirkende årsag til familiernes betænkeligheder ved at deltage i Tidlig Indsats.

3.5 Procedurer og funktionsbeskrivelser i arbejdet med Tidlig Indsats

Fagpersonerne efterspørger bredt set faste vejledninger eller funktionsbeskrivelser for arbejdsopgaverne i Tidlig Indsats. Det gælder specielt nyansatte medarbejdere i sundhedsvæsenet, sagsbehandlere i kommunen og de instanser, der udbyder behandlingstilbud til familierne. Arbejdsopgaverne inden for Tidlig Indsats kan således opleves som udfordrende, idet der oftest ikke foreligger vejledninger for eller funktionsbeskrivelser af disse opgaver:

"Altså, jeg synes ikke, materialet, jeg har til rådighed, på den måde er gennemskueligt."

"Jeg har ikke nogen klar funktionsbeskrivelse, der beskriver mine opgaver."

Varetagelse af opgaverne i Tidlig Indsats har i overvejende grad været baseret på mere eller mindre uorganiseret mundtlig overlevering og i nogle tilfælde også en ledelse, der ikke selv har kunnet give de rette informationer:

"Der var og er stadig ikke noget information af finde. Det er mest fra person til person. Da jeg for eksempel kom til møde ved Tidlig Indsats allerførste gang, da vidste jeg ikke, hvad det var, jeg skulle eller kom til."

Der er en generel oplevelse af, at det er svært at finde og få skriftlige vejledninger om arbejdet, der vedrører Tidlig Indsats, og i nogle tilfælde også mundtlig vejledning. Nye medarbejdere har, på trods af at de har deres faglige kompetencer både som socialrådgivere, jordemødre og familievejledere, oplevet, at det er svært at finde optimal information om arbejdet i Tidlig Indsats gennem deres respektive instanser. Dette gør sig generelt gældende både for regionsbyerne og for de mindre byer. Dette gælder også på ledelsesplan, da den daglige ledelse ikke selv altid har kunnet videregive den ønskede vejledning og information, når medarbejderen har bedt om vejledning i forhold til Tidlig Indsats. Dette skyldes ifølge medarbejderne, at ledelsen også selv mangler viden om Tidlig Indsats.

3.6 Fortolkning af persondataloven

Persondataloven er et regelsæt om behandling af data, der indeholder personoplysninger. Personoplysninger er enhver form for information, der kan henføres til bestemte personer. Det kan for eksempel være personnumre, registreringsnumre, et billede, et fingeraftryk, en stemme, lægejournaler eller biologisk materiale, når det i praksis er muligt at identificere en person ud fra oplysningerne eller i kombination med andre (Datatilsynet, 2016).

Fortolkningen af persondataloven er forskellig fra region til region. En region tolker ifølge informanterne persondataloven således, at fagpersonerne ikke må holde mere end to møder uden borgerens tilstedeværelse:

"Ifølge lovgivningen så må vi holde to møder, hvis vi er meget bekymrede for et barn, uden at familien er til stede."

"De siger, at hvis klienterne skal drøftes på den måde, så skal klienterne være med."

Der er forståelse for, at der skal være en lov, der beskytter borgernes personlige oplysninger, men det angives også, at det kan være udfordrende. Til tider opleves denne procedure [afholdelse af møder med de gravide familier] også som en forhindring for det tværfaglige samarbejde om de sårbare familier:

"Det er selvfølgelig klart, at folk skal beskyttes på en eller anden måde, men det er virkelig, virkelig et benspænd for samarbejdet med kommunen om de her sårbare familier."

Andre steder afholdes der møder uden klientens tilstedeværelse. Dette begrundes med, at der foreligger en samtykkeerklæring fra de pågældende klienter:

"Jeg tror heller ikke helt, at vi overholder [persondataloven], altså, men vi sørgede for at få et informeret samtykke, og i det informerede samtykke til videregivelse af oplysninger ligger der også en information i mundtligt, at vi sidder til møder hver tredje uge og drøfter hver enkelt sag."

En anden region har endnu ikke indført hverken tilstedeværelse af de gravide familier ved møderne eller underskrivelse af en samtykkeerklæring, før familien bliver drøftet ved de tværfaglige møder:

"Det er ikke min fornemmelse. Sagerne bliver alle gennemgået, uden at de [familierne] er der."

Persondataloven håndteres og fortolkes således forskelligt fra region til region. Fagpersonerne udtrykker på den ene side forståelse for, at borgerne skal beskyttes ved lov, men samtidig oplever de, at det kan være svært at holde møder med borgerne, specielt hvis man er fagligt uenig i forhold til de enkelte familiers behov. I andre byer håndteres de tværfaglige møder uden familiens tilstedeværelse, når der er indhentet en samtykkeerklæring, og andre arbejder endnu på at indføre indhentelse af en samtykkeerklæring før drøftelsen af en familie. Altså alt i alt en meget forskellig håndtering og forståelse af persondataloven.

4. Tilbud og indsatser til de gravide familier i regionsbyer, mindre byer og bygder

4.1 Tidlig Indsats i regionsbyer

Udbuddet af behandlingstilbud til de sårbare familier er, ikke overraskende, forskelligt fra regionsby til regionsby. Det afspejler formentlig de lokale muligheder og de lokale fagpersoners kompetencer. Hvis der eksempelvis er ansat en psykolog i en regionsby, vil der være mulighed for at tilbyde psykologsamtaler, og når denne rejser fra byen, ophører denne mulighed:

"Nu kan man få tre psykologsamtaler, godt nok på distance, men med en psykolog fra Nuuk, men så stopper det tilbud, og der er ikke nogen psykolog her i byen."

Der er i alle regionsbyer mulighed for henvisning af sårbare familier med afhængighedsproblemer til behandlingscentre under Allorfik (Videncenter om Afhængighed), som gratis tilbyder behandling for afhængighed af alkohol og/eller hash og ludomani. Allorfik er en enhed under Departementet for Sundhed. Der er Allorfik-behandlingscentre i Qaqortoq, Nuuk, Sisimiut, Aasiaat og Ilulissat. Derudover samarbejder Allorfik med Katsorsaavik, hvilket giver mulighed for, at borgere kan få behandling fra et rejsehold i deres by/bygd eller hos Katsorsaavik i Nuuk (Naalakkersuisut, 2021a). Familiecentrene, som findes i de fleste byer og i enkelte bygder, kan i varierende omfang tilbyde hjælp og rådgivning til udsatte familier, herunder familiebehandling, individuelle samtaler, parsamtaler, gruppesamtaler, rådgivning og krisehjælp med videre (Naalakkersuisut, 2014). Der findes andre instanser og tilbud, men disse varierer fra sted til sted og afhænger af den faglige kapacitet.

Det varierer også, i hvilket omfang informanterne er tilfredse med udbuddet af de eksisterende behandlingstilbud. Det er særligt i forhold til de sårbare familier, der har udfordringer i forbindelse med for eksempel afhængighed og senfølger efter seksuelle overgreb i barndommen, at fagpersonerne føler sig magtesløse.

Det angives, at det kan være svært som fagprofessionel at tilbyde familierne deltagelse i Tidlig Indsats, idet der er en opfattelse af, at de eksisterende behandlingstilbud ikke altid kan imødegå familiernes behov:

"Jeg synes, at det er svært, at jeg ikke kan byde på mere. Jeg synes, det er svært, at jeg i perioder har svært ved at sælge Tidlig Indsats, fordi hvis de stiller mig spørgsmålet: "Men hvad gør det af forskel for mig?", så kan jeg godt have svært ved at svare på det."

"Klienter, som har et stort alkohol- og hashmisbrug, som de har svært ved at komme over ... For eksempel når vi henviser dem til Allorfik, så synes jeg ikke, at det er nok."

Ifølge informanterne relaterer udfordringerne sig blandt andet til behandling for alkohol- og hashafhængighed, som kræver kontinuerlig tilstedeværelse af personale og derved døgnbemanding og ikke, som det fungerer i dag, på dagsbasis:

"Jeg mangler det her, et mere kontinuerligt sted, hvor man kan være sammen med dem hele tiden, have en ved siden af dem hele tiden under deres behandling."

Andre er egentlig tilfredse med udbuddet af behandlingstilbud og har en oplevelse af, at indsatsen har effekt, men at der også er plads til forbedring:

"Hvis jeg skal tænke på vores egne tilbud, så er det tilfredsstillende. Men selvfølgelig er det nok rammerne for Tidlig Indsats, der kan tænkes på, og som kan forbedres endnu mere."

Der er også gode historier, hvor indsatsen lykkes:

"Der er heldigvis mange, der kommer ud af deres misbrug."

Analysen giver et indtryk af, at regionerne kan have deres egen organisering af Tidlig Indsats. Hver region kan have medarbejdere med forskellige kompetencer ansat til at varetage Tidlig Indsats. Denne forskel gør sig særligt gældende i forhold til udbuddet af behandlingstilbud, som afhænger af de kompetencer, der findes og kan skaffes lokalt, for eksempel sagsbehandlere, psykolog, psykoterapeut, familievejleder med videre.

Oplevelsen af tilfredshed med de eksisterende behandlingstilbud i regionsbyerne varierer således, og fagpersonernes vurdering af tilfredshed synes også at relatere sig til de respektive faggruppers forskellige faglige perspektiv. Utilfredsheden opleves primært hos den henvisende part, altså blandt ansatte i sundhedsvæsenet, som ikke føler, at der bliver taget hånd om de henviste gravide familier, eller som er utilfredse med, at der ikke findes et reelt tilbud til familierne. Derimod er der en større oplevelse af tilfredshed med udbuddet af behandlingstilbud blandt dem, der udbyder behandlingstilbuddene, samt kommunens sagsbehandler, som henviser til en behandling. Tilfredsheden med behandlingstilbuddene afhænger også af de sårbare familiers udfordringer, hvor de mest udfordrede kan have behov for indsatser, der relaterer sig til flere instanser.

4.2 Tidlig Indsats i mindre byer

De fagprofessionelle vurderer, at Tidlig Indsats i det store hele fungerer i regionsbyerne, om end de oplever forskellige vilkår og varierende tilfredshed med effekten og det tværfaglige samarbejde.

I de mindre byer oplever de fagprofessionelle det generelt som en fordel, at de kender de henviste sårbare familier som borgere i deres by samt fagligt inden for deres felt:

"Det hjælper meget, også fordi det, at jeg kender dem, giver større fremskridt for familierne, ikke sådan personligt, men jeg ved, hvor deres udfordringer ligger, og det føler jeg er en fordel for vores familier."

Når de kommunale medarbejdere i regionsbyerne spørges ind til deres perspektiv på Tidlig Indsats i de tilhørende mindre byer, angives det ofte, at de pågældende byer har deres egen Tidlig Indsats-gruppe, og at de ikke som sådan har noget med hinanden at gøre. Dette er dog ikke tilfældet alle steder:

"Jeg regner med, at de selv kører Tidlig Indsats. Det ved jeg, at de gør i [anden by]. Jeg kender ikke noget til det."

I sundhedsvæsenet er der angiveligt også forskel på, hvor meget eller hvor ofte de relevante fagprofessionelle på regionssygehusene ser de gravide fra de mindre byer, idet nogle fødesteder først ser de gravide, når de kommer for at føde, mens andre fødesteder ser de gravide jævnligt gennem hele graviditeten. Dette må således være afhængigt af de jordemoderfaglige kompetencer, der er til stede lokalt:

"I virkeligheden ser vi ikke de gravide, før de kommer og føder her."

Der gives udtryk for, at Tidlig Indsats i en mindre by kan have gode forudsætninger for at være velfungerende, idet alt er samlet på ét sted i familiehuse, men at man også kan forestille sig, at det kan være svært at udbyde behandlingstilbud for alle kategorier af sårbare gravide familier i de mindre byer, da visse faglige kompetencer ikke findes lokalt:

"Jeg kan sige, at [mindre by] fungerer egentlig rimeligt, fordi de har et familiecenter, altså et sted, hvor det hele er samlet, altså et familiehus eller et eller andet. Der fungerer det egentlig rimeligt eller bedre end her [den respektive regionsby], kan man sige."

"På den måde kan jeg kun sige, at når man selv her i [regionsby] har svært ved at finde nogen tilbud, så kan jeg næsten ikke forestille mig, hvordan det må være i [mindre by i kommunen]."

Andre beskriver, at de oplever Tidlig Indsats i en mindre by som noget, der står på et stykke papir, snarere end en reel mulighed for at tilbyde behandling:

"Hvis Tidlig Indsats skal fungere, skal den tilbydes til alle. Det gør den overhovedet ikke. Rent geografisk bliver den ikke tilbudt ret mange steder i Grønland; det gør den simpelthen ikke. Plus at Tidlig Indsats, som den er nu, er vi ikke fagpersoner nok. Vi er simpelthen nødt til at tænke anderledes på en eller anden måde, hvis vi skal løfte de her familier."

Det er forskelligt, i hvilken grad regionsbyen støtter op om eller har viden om antallet af henviste familier eller for eksempel har viden om udbuddet af behandlingstilbud for de sårbare gravide familier i de mindre byer i egen region/kommune. Det vil sige, at der er forskel på, hvordan de enkelte kommuner/regioner håndterer Tidlig Indsats.

Der tegner sig et billede af, at der ligesom i regionsbyerne, men mere udtalt, er forskel på, hvordan Tidlig Indsats fungerer fra by til by i de mindre byer i kommunerne. Dette set i forhold til organiseringen af Tidlig Indsats i regionsbyerne, som i større eller mindre grad har fagprofessionelle med de nødvendige kompetencer. Informanterne vurderer, at Tidlig Indsats i de mindre byer i langt højere grad er personafhængigt. Det vil sige, at indsatsen fungerer, når der er en stabil lokal medarbejder, som er engageret og har et stort kendskab til de enkelte familier i lokalsamfundet. Denne person kan gøre en stor forskel. Det er ifølge informanterne med andre ord ikke udelukkende faglige kompetencer, der er afgørende, men også i høj grad stabilitet, engagement og forankring. Dette skal specielt ses i relation til de udbudte behandlingstilbud.

Den store betydning af lokal forankring nævnes dog ikke altid af de medarbejdere, der skal behandle og udarbejde handlingsplaner for familierne, så der kan indledes en egentlig behandling. Her angives forskellige årsager. Den hyppigste grund til, at opgaverne ikke bliver løftet optimalt, er angiveligt overbebyrdede medarbejdere på det sociale område. Medarbejderne skal varetage sagsbehandling af alle sager, der vedrører børn, og således ikke udelukkende sager, der vedrører Tidlig Indsats. Derudover angives det, at medarbejderne i de mindre byer ikke altid har de faglige kompetencer til at løfte den store opgave.

4.3 Tidlig Indsats i bygder

Tidlig Indsats i bygderne er i henhold til informanterne stort set ikke-eksisterende. Familier bosat i bygderne får reelt ikke tilbudt deltagelse i Tidlig Indsats. Informanterne beskriver blandt andet, at de i visse regioner ofte kun ser de gravide familier fra bygderne nogle enkelte gange i løbet af graviditeten, hvilket betyder, at de sjældent tilbydes deltagelse i Tidlig Indsats, samt at det er svært at gøre noget lokalt for de sårbare familier, som er bosat i bygderne:

"Der er jo bygder, som hører her til [regionsby]. De ses af en i deres bygd, og så kommer de her i uge 16, uge 28, og så ser vi dem, når de skal føde. Det vil jeg sige, de er sjældent med i Tidlig Indsats."

"Jeg kunne godt tage hende med i Tidlig Indsats, men jeg ville tænke: Hvordan skulle de nogensinde fra en kommune her i [regionsby] kunne gøre noget for hende og familien i bygden?"

Det er således ikke, fordi der ikke findes sårbare familier i bygderne:

"Vi kan godt finde dem [sårbare familier i bygderne], men vi kan ikke tilbyde dem noget."

At familier fra bygderne ikke tilbydes deltagelse i Tidlig Indsats, begrundes blandt andet med manglende faglige kompetencer lokalt og manglende behandlingstilbud til de udsatte familier. Fagpersonerne oplever, at familierne fra bygderne tabes, da de ikke kan tilbydes en behandling:

"Hvad skal jeg sige? De har meget begrænset mulighed for at tage nogen udefra. Derfor kan jeg bare sige, at dem fra bygderne bliver tabt."

En anden begrundet det med, at familier fra bygderne ikke ønsker at deltage, men at der er en vis ærgrelse over, at de ikke kan tilbydes hjælp, da familier fra bygder også kan have glæde af en behandlingsindsats:

"Men det er ikke ukendt, at bygdebeboerne nægter at deltage og bruger som undskyldning, at de får støtte af deres familier, og at de har nok i det."

"Selvfølgelig er det også godt, at gravide i bygderne på den måde får støtte af deres familie, fordi det er begrænset at få hjælp af de offentlige, men det ville være godt at kunne hjælpe dem med forskellige værktøjer, og det er ærgerligt, at de ikke kan få det."

At sårbare familier fra bygderne ikke kan tilbydes en behandling, begrundes desuden med, at man fra den instans, der skal tilbyde behandling, ikke har mulighed for at komme fysisk til bygderne:

"De [familier bosat i bygderne] har desværre ikke lige så gode tilbud. Familiehuset har heller ikke store muligheder for at tage ud til bygderne."

På spørgsmålet, om Telemedicin eller Skype kunne være en mulighed i forhold til Tidlig Indsats i bygderne, fortæller fagpersonerne, at de ikke har meget erfaring på området. Samtidig vurderer de, at det kan være svært at opnå tilfredsstillende kontakt og dialog med de sårbare familier via digitale løsninger:

"Jeg tænker, at i lige præcis sådan nogle familier, der kan man ikke bruge det til noget – det ikke at komme i eget hjem – fordi man er simpelthen så afsondret fra alt andet end ansigtstræk."

Tidlig Indsats for sårbare gravide familier bosat i bygderne eksisterer i henhold til informanterne således stort set ikke. Der angives flere grunde til, at det kan være svært at nå ud til de familier, der er bosat i bygderne. En af flere årsager er, at det er svært at komme fysisk ud til bygderne, idet der fra kommunalt regi ikke er planlagt faste bygdeture. Det betyder, at eksempelvis sagsbehandlere ikke kan besøge kommunens bygder med jævne mellemrum. Fra sundhedsvæsenet er der en opfattelse af, at det ikke kan betale sig at visitere sårbare gravide familier bosat i bygder til Tidlig Indsats, da der ikke er noget at tilbyde familierne. En anden og vigtig årsag skal også findes i, at

fagpersonerne oplever, at familierne ikke ønsker at tilbringe eksempelvis ekstra tid i byen, da en behandling i Tidlig Indsats-regi kan tænkes at skulle foregå over en længere periode. Tidlig Indsats som et tilbud via Telemedicin eller Skype til bygderne har informanterne stort set ingen erfaring med. En enkelt har brugt Skype eller telefon ved behov for samtaler, men vedkommende vurderer ikke, at det er egnet til for eksempel forældreundervisning. Der er også en oplevelse af, at det virtuelt kan være svært at komme i dialog og få et helhedsindtryk af familien.

Manglende tilbud til de sårbare familier bosat i bygderne blev også påpeget af Dyrlov i undersøgelsen fra 2012 (Dyrlov, 2012).

5. Styrker og udfordringer i arbejdet med Tidlig Indsats

Dette afsnit har fokus på de styrker og de udfordringer, der kan ligge i Tidlig Indsats. Grunden til, at visitationskriterierne for deltagelse i Tidlig Indsats indgår i dette afsnit, er, at informanterne selv tager udgangspunkt i de officielle visitationskriterier, når de påpeger styrker og sårbarhed ved Tidlig Indsats.

5.1 Styrker

Nogle informanter oplever den lokale fleksibilitet som en styrke ved programmet. De oplever ikke, at visitationskriterierne begrænser deres mulighed for at henvise sårbare familier med behov for støtte. Der er mulighed for at visitere familier, som måske ikke lige passer ind i de gældende visitationskriterier:

"Jeg oplever faktisk ikke, at det fylder særlig meget, hvordan kriterierne er. Jeg oplever, at jeg kan henvise alle dem, der er sårbare, det er positivt."

Andre oplever deres fælles tværfaglige ansvarsfølelse i forhold til at være opmærksomme på de sårbare familier som en styrke i deres arbejde i Tidlig Indsats:

"Og for os som fagpersoner er der jo en kæmpe fordel. Altså, de bliver jo mit netværk med det her tunge arbejde, de andre fagpersoner, som sidder med i Tidlig Indsats."

En styrke ligger også i en oplevelse af, at fagpersonerne kan løfte i flok via deres tværfaglige samarbejde. Når det tværfaglige team arbejder godt sammen, føler de et fællesskab omkring deres arbejde:

"Så er det, alting fungerer. Når der er medarbejdere, og man kan se, at samarbejdspartnerne også rykker, så bliver det vores fælles styrke, men det er bare ikke ret ofte, det går sådan."

"Vores styrker er, at vi for eksempel er gode til at koordinere vores opgaver i forbindelse med Tidlig Indsats. For eksempel, hvis de ikke møder op, eller barnet ikke bliver vaccineret, så kan vi sammen med sundhedsplejersken komme på hjemmebesøg, og hvis en gravid henvises til Allorfik, så har vi mulighed for at tage med den gravide, når denne møder op til Allorfik."

Som det fremgår af ovenstående citater, oplever fagpersonerne, at der er mange styrker i Tidlig Indsats, både i selve indsatsen og i den gruppe af fagprofessionelle, der løfter opgaven. Styrkerne beskrives oftest som det fælles ønske om at hjælpe familierne, men kobles også til en oplevelse af, at man har løftet opgaven sammen og kan se et fællesskab med andre faggrupper, samt at indsatsen har haft en positiv effekt på målgruppen.

5.2 Udfordringer

Der er som tidligere beskrevet en generel oplevelse af, at programmet Tidlig Indsats er en god og nødvendig indsats. Det opleves dog samtidig, at der er udfordringer forbundet med at sikre implementering af de gode intentioner:

"Jeg synes, ideerne er gode; intentionen er god, men jeg synes, implementeringen halter."

Fagpersonernes tætte kendskab til de sårbare familier kan også have en bagside. Ifølge nedenstående citat kan der blandt fagpersoner, der henviser til eller udbyder en behandling, opstå en tilbøjelighed til at være lidt opgivende, når en familie under tidligere graviditeter ikke har responderet eller samarbejdet i forbindelse med deltagelse i programmet. Fagpersonernes lokalkendskab til de sårbare familier kan derfor både være en styrke og en udfordring/svagthed ved indsatsen:

"Det er jo også noget med lokalkendskab – at man ved det. Men det har jo også den der bagside, at "hun var jo også på misbrugsrådgivning for to år siden". Eller måske også fra vores misbrugscenters side: "Ja ja ja, det kan godt være, hun drikker, men hun har også haft det svært" – hvor det ændrer jo ikke ved, at det er et problem i forhold til hendes graviditet. Altså, så det er både en fordel og en ulempe."

Reglementer, eksempelvis Familiecentrets husregler, kan være medvirkende til, at de gravide familier ikke kan komme eller være i huset på grund af uløste konflikter. Dette kan i visse tilfælde betyde, at en konfliktramt familie ikke kan få den hjælp og støtte, de har behov for, da man, som det fremgår af nedenstående citat, ikke har andre steder at henvise familierne til:

"I henhold til lovgivning i forhold til beskyttelse af børn står der, at man først kan iværksætte hjælpende foranstaltninger, når der er udarbejdet en handleplan. Og når vi henviser til familiecentret, kan der også opstå barrierer, hvis de pågældende familier er urolige og for eksempel ofte er uenige. Her får vi besked på, at de først kan tage familien, når deres uoverensstemmelser er afklaret. Så er der en forventning til, at vi løser det, men vi har ikke andre muligheder eller tilbud til familien."

De interviewede fagpersoner har haft stort fokus på personalesituationen og manglen på faglige kompetencer, specielt i kommunalt regi. Dette er blevet nævnt som en svagthed ved programmet.

Det handler ikke kun om manglende kompetencer, men også om en bekymring for, at alt for få personer skal løfte den store opgave:

"Det kan være vanskeligt, og min oplevelse er, at de har svært ved at rekruttere sagsbehandlere til børn og unge, som er fagligt klædt på til deres opgaver, og som egentlig ender med at sidde ofte underbemandet i nogle meget vanskelige tunge sager."

Det kan føles ensomt som sagsbehandler at skulle løfte hele opgaven med sårbare gravide familier og samtlige sager omhandlende børnefamilier alene:

"Når man som jeg er alene som sagsbehandler, så mangler jeg mulighed for supervision. Jeg føler mig alene. Det er nødvendigt, at der gøres noget ved det. De gravide familier er udfordrede, og sagerne kan være tunge, og jeg har det hårdt med at sidde alene om sagsbehandlingen."

Som tidligere beskrevet er den normale fremgangsmåde i Tidlig Indsats, at den sårbare gravide familie identificeres i sundhedsvæsenets regi, hos jordemødrene. Jordemødrene henviser de pågældende familier til sagsbehandleren, som skal udarbejde en handlings- og behandlingsplan. Sagsbehandlerne føler, at den tunge del af arbejdet i Tidlig Indsats ligger i kommunalt regi. Sagsbehandlere fra kommunen føler sig ofte ensomme i jobbet og oplever et stort arbejdspress med mange sager, som de bliver nødt til at prioritere efter, hvor alvorlig den enkelte sag vurderes.

Jordemødrene fortæller, at de ikke er i tvivl om deres vurdering af, hvorvidt en familie skal henvises til Tidlig Indsats, men at der kan opstå tværfaglig uenighed om, hvilken behandling familien har behov for, på grund af forskellige opfattelser af de sårbare familiers udfordringer. Dette skyldes ikke kun forskellige faglige forståelser, men også for eksempel forskellige vurderinger af graden af familiens sårbarhed, eller hvilken behandling de sårbare familier skal tilbydes.

5.3 Visitationskriterier

Som det fremgår af introduktionen til dette kapitel, angives kriterierne for at deltage i Tidlig Indsats i visse tilfælde som en hindring for deltagelse, hvis de sårbare gravide familier ikke passer ind i de oplyste kriterier. Alle parter, kommunen såvel som sundhedsvæsenet, er enige om, at kriterierne dækker behovet godt. Det angives dog, at der i visse tilfælde kan være udfordringer. Dette for eksempel i forhold til meget unge mødres deltagelse i Tidlig Indsats, da det fordrer en accept fra forældrene, som ikke altid mener, at de unge forældre har behov for deltagelse i Tidlig Indsats:

"De her kriterier for at komme ind under Tidlig Indsats kan godt være noget af et problem, specielt hvis det er meget unge mødre. Meget unge har brug for at komme i Tidlig Indsats, men der er et kriterie for, at de skal være 18 år for at komme ind og få noget behandling; ellers skal deres forældre være med."

Det samme gælder for psykisk syge:

"De psykisk syge er udfordrede. Det er ikke alle, der har en diagnose, men vi ved, der er noget psykisk, og de kan ikke altid komme med under Tidlig Indsats. De har også virkelig brug for noget massiv støtte."

Nogle sårbare gravide får ikke et behandlingstilbud på trods af en henvisning og et behov for støtte:

"Det er min oplevelse, at der kan være nogen, som jeg syntes passer ind i Tidlig Indsats, som er sårbare og har brug for noget støtte, men de er ikke tunge nok. Altså dem, der hvor der sker noget, det er ligesom kun de tunge sager [som prioriteres i Tidlig Indsats]."

Ifølge nedenstående er der behov for større fleksibilitet i forhold til at kunne give en sårbar familie mulighed for at indgå i Tidlig Indsats:

"Det kan godt være, hun ikke er ung eller omsorgssvigtet, men [hun] har nogle andre udfordringer, der gør, at det vil gavne det her kommende barn, at de kom i Tidlig Indsats. Man kunne godt gøre det meget mere fleksibelt."

På trods af brede visitationskriterier for deltagelse i Tidlig Indsats er der alligevel en oplevelse af, at ikke alle sårbare gravide familier får tilbud om deltagelse i Tidlig Indsats. Dette fordi man ifølge informanterne i visse regioner følger de opsatte kriterier nøje. Det er således svært at inkludere familier, som ikke falder inden for de listede kriterier, men som på anden vis vurderes at være sårbare. Derudover er der også en oplevelse af, at ikke alle får tilbudt en behandling i henhold til de oplistede kriterier, fordi de ikke vurderes at være udsatte nok. Det sker, selv om jordemødrene eller sundhedsplejerskerne vurderer, at de pågældende har en sårbarhed, der kunne afhjælpes gennem deltagelse i Tidlig Indsats.

Det fremgår således af interviewene, at der er forskel på, hvordan visitationskriterierne for deltagelse i Tidlig Indsats fortolkes. Nogle steder beskriver fagpersonerne, at der er fleksibilitet i forhold til kriterierne, og at dette giver mulighed for i højere grad at inkludere alle familier, som vurderes at være sårbare. Ovenstående visitationskriterier kan således tolkes som både en styrke og en sårbarhed for Tidlig Indsats-programmet, afhængigt af de involverede fagpersoners tolkning og håndtering af kriterierne. Visitationskriterierne giver mulighed for inklusion af relevante familier, når de tolkes fleksibelt, men benyttes i andre sammenhænge til at ekskludere mulige deltagere, når de tolkes mere konkret i forhold til de oplistede visitationskriterier.

Dette kan i visse tilfælde betyde, at eksisterende reglementer og procedurer i nogle tilfælde i stedet for at hjælpe og sikre de sårbare familier kan blive en hindring, hvor nogle familier risikerer at falde mellem to stole. Som beskrevet ovenfor sker dette angiveligt, fordi man visse steder kan være meget konkrete i fortolkningen af de officielle visitationskriterier, eller på grund andre reglementer, der kan forhindre familierne i at modtage den nødvendige hjælp. Programmets sårbarhed er kompleks. Det skal forstås således, at de faktorer, der kan være en fordel eller styrke ved programmet, samtidig

indebærer nogle svagheder. Det handler således angiveligt ikke så meget om, hvorvidt visitationskriterierne er for snævre, men om, hvordan de fortolkes, eller hvem der fortolker dem.

6. Kulturelle værdier i arbejdet med Tidlig Indsats

6.1 Programmets kulturelle relevans

På spørgsmålet om, hvorvidt Tidlig Indsats som program opleves som kulturelt relevant set i relation til de sårbare familier, er nedenstående svar mere relateret til de specifikke udfordringer, som ifølge informanterne ses i Grønland, og ikke så meget til normer, traditioner eller kultur. I 2006, da Tidlig Indsats for første gang blev beskrevet, stod der blandt andet således i projektbeskrivelsen "*Tidlig Indsats overfor gravide familier – Barnets "svøb" fra graviditeten, indtil barnet er fyldt 2 år*": "Målet er, at der skal tilbydes en kulturelt relevant indsats til familier med behov for hjælp til at varetage omsorg for deres ufødte/nyfødte barn" (Montgomery-Andersen, 2006).

"Jeg synes egentlig, at der er gjort så meget for at tilpasse den grønlandske kultur og det behov, der er i den grønlandske kultur, set i forhold til generationer, altså tidligere generationer, og hvordan vi forsøger at bryde nogle mønstre fra generation til generation."

Informanterne har også gjort sig nogle tanker om Tidlig Indsats i forhold til det kulturelle aspekt:

"Det er jo et dansk sundhedssystem, der er plantet i et land og så en fremmed kultur og et fremmed sprog. Så tror man, at man kan overføre den måde, man gør det på, til et andet land."

"Jeg kan nogle gange komme i tvivl, om vi dækker det med de metoder, som vi trods alt har sat og opfundet nede i Danmark, altså kulturelt, fordi det er en anden måde at dække det på."

En informant påpeger livet i de små samfund i forhold til begrebet inhabilitet. Nedenstående citat sætter således spørgsmålstegn ved, om man i Grønland kan tale om inhabilitet, som den forstås i en vestlig kontekst. Dette skal ses i relation til, at den udsatte borger og den, der visiterer eller sagsbehandler, højst sandsynlig kender hinanden, kan være i familie eller være venner som henholdsvis fagprofessionel og klient:

"Man kunne slet ikke tale om sådan et begreb som inhabilitet i de små grønlandske samfund, for hvad er inhabil?"

6.2 Sproglige, tværfaglige og kulturelle perspektiver

En anden væsentlig faktor er en oplevelse af, at der kan forekomme sproglige barrierer. Disse kan forekomme både i kontakten med de sårbare familier og internt i det tværfaglige team omkring Tidlig Indsats:

"Jeg synes, at det sproglige er en kæmpe ting. Altså, jeg synes, at der er en kæmpe sproglig barriere."

"Vi skal på samme tid oversætte [til dansk], samtidig med at vi taler om de berørte familier. Jeg mener, det kan være svært. Det er jo, når det ikke er ens modersmål, så kan der være dage, hvor det ikke fungerer så godt."

Derudover angives kulturforskelle som et element, der kan have betydning for faglig uenighed:

"For eksempel en [fagperson], der ikke har det samme uddannelsesniveau, som udtrykker uenighed, hvor der måske også kommer noget kultur ind over i forhold til "sådan er det jo her i Grønland, så det er normalt"."

"Jeg kan ikke se, hvordan det [Tidlig Indsats] har en relevans for vores kultur, fordi disse problemer ligger alt for centralt. For eksempel, når de [sårbare familier] har problemer, så henviser man dem bare til familiecenteret og Allorfik. De fleste af os grønlandere, vi får gavn af naturen på en eller anden måde. Vi kunne måske også bruge naturen bedre for vores sårbare gravide familier, fordi vi ved, at de fleste af os får sjælelig gavn af det, når vi har været ude i naturen."

Fagpersonernes forskellige vurdering af, hvornår en sag er bekymrende, kan i nogle tilfælde skyldes forskelle i deres kulturelle kontekst:

"Mine kolleger har også nævnt, at sundhedsvæsenets personale i de fleste tilfælde er danske, og deres bekymringer for de sårbare familier måske ikke vurderes så slemt i vores kultur."

En fagperson opsummerer, at det kunne være relevant at have større fokus på kulturelle værdier:

"Det kunne godt være, at vi skulle være mere opmærksomme på det, fordi de familier, vi har i Tidlig Indsats, er meget forankrede i de grønlandske værdier."

På tværs af de forskellige faggrupper, som arbejder med Tidlig Indsats, er der generelt respekt for de kulturelle faktorer i arbejdet med de sårbare familier. Dette skal ses i lyset af, at informanterne i denne undersøgelse består både af lokale, der taler kalaallisut, og af personalegrupper med anden faglig og etnisk baggrund, for eksempel fra Danmark, der ikke taler sproget. Der er hos de dansksprogede informanter en stor bevidsthed om den, for dem, anderledes kulturelle kontekst og

de oplevede sproglige barrierer. Der angives også en oplevelse af, at tyngden i de sårbare gravide familiers udfordringer er anderledes end dem, der er erfaringer med fra eksempelvis Danmark.

Informanterne påpeger også, at der kan opstå faglig uenighed om vurderingen af de sårbare familiers udfordringer, som af nogle informanter relateres til den kulturelle kontekst. Dette skal forstås således, at medarbejdere fra Danmark bringer deres erfaringer fra Danmark med ind i deres vurdering af en sag og derved betragter den som mere alvorlig end de lokale fagprofessionelle. Denne form for uenighed menes at være baseret på forskelle i medarbejdernes kulturelle kontekst.

På spørgsmålet om, hvorvidt for eksempel udbuddet af behandlingstilbud opleves som kulturelt relevant for familierne, er der generelt enighed om, at udbuddet er passende i forhold til de sårbare familiers normer og traditioner. Der er dog enkelte, som påpeger, at eksempelvis naturen i langt højere grad kan inddrages som en del af behandlingen.

7. De sårbare gravide familier

7.1 En stigning i antallet af henviste sårbare familier

De sårbare gravide familier var ikke et selvstændigt tema interviewguiden, men opstod som et gennemgående tema i løbet af interviewundersøgelsen.

Der er ingen tvivl om, at fagprofessionelle i kommuner såvel som sundhedsvæsenet har hjertet med sig, når de beskriver deres oplevelse af de sårbare familier, de arbejder for og med i deres daglige arbejde på tværs af deres respektive instanser. I informanternes perspektiv spænder konceptet Tidlig Indsats over en meget stor og meget forskelligartet gruppe sårbare. Den omfatter således også familier, der bor hos deres forældre, og som "blot" har brug for egen bolig eller lidt ekstra støtte til at lære at være en ny familie.

"Der er nogle familier, som tager flere trin op ad trivselsstigen, hvor man kan se, at det har virkelig gjort forskel for dem at have det netværk og mulighed for udvikling i ryggen."

Den primære gruppe, som angives at fylde mest i arbejdet med Tidlig Indsats, er dog familier, hvor de kommende forældre selv har oplevet omsorgssvigt i barndommen og på den baggrund har svært ved at varetage omsorgen for egne børn.

Medarbejdere i det tværfaglige Tidlig Indsats-team beskriver også en bekymring for, at der er sket en ændring i familiernes udfordringer over tid. Dette beskrives blandt andet som meget vold i familierne og afhængighed af hash, samt at det ofte kan være svært at finde en god behandlingsløsning til de berørte familier. Derudover er der en generel oplevelse af, at der er et behov for en revurdering af indsatsen og for udbuddet af behandlingstilbuddene inden for Tidlig Indsats:

"Jeg oplever rigtig meget vold i familierne, fordi de selv er blevet omsorgssvigtede som børn. Det er rigtig svært at gøre noget ved det. Det syntes jeg ikke, vi havde så meget før – altså, der er en anden generation, der kommer nu."

Der er bred enighed om, at det er meget relevant at tilbyde en tidlig indsats, idet det vurderes, at der er et stort behov for en forebyggende indsats, der retter sig mod netop gravide og nybakte familier:

"Tidlig Indsats har sin berettigelse; det kan vi ikke komme uden om. Det er omdrejningspunktet for vores arbejde med børn. Det er i Tidlig Indsats, vi forebygger omsorgssvigt."

Som det illustreres af ovenstående citater, oplever fagpersonerne, at der er stor forskel på de sårbare familier. De har individuelle udfordringer og behov for behandlingstilbud og anden støtte og er derfor meget forskellige. Af flere årsager, men specielt på grund af mangel på kvalificeret personale, har mange fagpersoner en oplevelse af, at Tidlig Indsats ofte kommer til at have et massivt fokus på de mest sårbare familier. Medarbejdere i de tværfaglige Tidlig Indsats-teams i alle landets kommuner beskriver en bekymring for, at der over tid er sket en ændring i familiernes udfordringer til det værre. Det beskrives blandt andet som en stigende grad af vold i familierne og afhængighed af hash og alkohol, samt at det ofte kan være svært at finde en god behandlingsløsning til de berørte familier.

Der er også en oplevelse af, at der over tid er sket en stigning i antallet af henvisninger af Tidlig Indsats-familier. Derudover giver informanterne udtryk for et behov for, at de tilbud, der findes inden for Tidlig Indsats, opdateres, så de passer til de udfordringer, de sårbare familier har i dag. Det drejer sig blandt andet om, at der også er et større behov for indsatser, der retter sig mod behandling af afhængighed for hash og hjælp til økonomistyring. Informanterne henviser til, at Tidlig Indsats i dag tager udgangspunkt i en Tidlig Indsats, som blev beskrevet tilbage i 2007 (Montgomery-Andersen, 2006).

Det store fokus på de mest sårbare familier betyder ifølge informanterne, at familier, der har et "mindre" behov, sjældent får hjælp, inden deres barn fylder to år, hvormed de ikke længere er i målgruppen for Tidlig Indsats. Dette medfører også, at de mindre belastede familier ikke får tilbudt optimale behandlings- eller støttetilbud, eksempelvis bolig, institutionspladser eller familierådgivning på familiecentrene.

8. Diskussion af undersøgelsens resultater

Herunder diskuteres tematikkerne fra analysen, der har betydning for rapportens konklusion og nogle af anbefalingerne i kapitel 9.

Resultaterne af undersøgelsen af informanternes perspektiv på de sårbare familiers udfordringer i relation til programmet Tidlig Indsats viser, at der kan være behov for en nytænkning af konceptet. Dette skal specielt ses i relation til udbuddet af behandlingstilbud, idet der beskrives en oplevelse af, at der er sket en ændring i familiernes udfordringer over tid. For eksempel angives misbrug af hash at være blevet langt mere udtalt i dag, end da Tidlig Indsats blev etableret i 2007.

Misbrug af alkohol og hash medfører store sundhedsudfordringer og er knyttet til traumatiske oplevelser i barndommen som for eksempel vold, seksuelle overgreb og selvmordstanker (Bjerregaard, 2019, Larsen et al., 2019). Belastende hændelser i barndommen sætter spor langt ind i voksenlivet og har en afgørende betydning for folkesundheden generelt, men også for den enkeltes sundhed (Larsen et al., 2019). Rapporten "*Mental sundhed og helbred blandt 15-34-årige i Grønland - Betydningen af opvækstvilkår, beskyttende faktorer og risikofaktorer*" bygger på befolkningsundersøgelsen i Grønland fra 2018 og viser, at en tredjedel af de unge havde oplevet alkoholproblemer og problemer med vold og havde været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (Ottendahl et al., 2021b).

Rapporten af Ottendahl et al. (2021) har netop fokus på de unge mellem 15 og 34 år, hvoraf nogle allerede er forældre, og andre kommende forældre. Nogle af rapportens resultater kan således til dels bekræfte, at baggrunden for en øget risiko for at indgå i Tidlig Indsats og tyngden af de sårbare gravide familiers udfordringer er til stede. Samme undersøgelse viser også, at gruppen af unge med høj belastning (alkoholproblemer, vold og seksuelle overgreb i barndommen) har en øget risiko for et regelmæssigt forbrug af for eksempel hash og alkohol (Ottendahl et al., 2021b). Det er vigtigt at have fokus på de sociokulturelle determinanter for sundhed og trivsel, da man ifølge (Ottendahl et al., 2021b) i overgangen til en mere vestlig livsstil i Grønland har oplevet en forværring af de unges mentale sundhed. Undersøgelser blandt inuit i Alaska har vist, at unge i dag står med mange af de samme problemer som de ældre generationer, men mangler den tilknytning til kulturen og de ældre, som har haft en beskyttende effekt hos de ældre (ibid.).

8.1 Organisering og personalesituation omkring Tidlig Indsats

Denne undersøgelse beskriver udfordringer med personalesituationen inden for Tidlig Indsats, som i visse regioner angives ikke at være optimal og i visse tilfælde som værende kritisabel. Dette opleves i sundhedsvæsenet som manglende kontinuitet i arbejdet med de sårbare familier på grund af jævnlig udskiftning af relevant sundhedspersonale. I kommunalt regi er det specielt i forhold til

sagsbehandling af de visiterede gravide familier, der af forskellige årsager ikke bliver foretaget inden for en rimelig tid. I mange tilfælde når barnet at fylde to år (som er aldersgrænsen for visitation til Tidlig Indsats), uden at der er udarbejdet en handlingsplan og dermed mulighed for at tilbyde et behandlingstilbud. Derudover angives det, at sagsbehandlingen primært er rettet mod de mest udfordrede familier, hvorved de mindre udfordrende familier ikke får et reelt tilbud om deltagelse i Tidlig Indsats, inden barnet fødes, selv om de er blevet henvist og vurderet som værende sårbare. Nogle familier risikerer derfor at ende med større indberetningssager, før der bliver taget hånd om dem. På den baggrund er det fagpersonernes vurdering, at det i Tidlig Indsats ikke i overvejende grad lykkes at forebygge problemer tidligt, før de udvikler sig til endnu større udfordringer for hele familien.

Undersøgelsen viser således også, at der er stor mangel på særlig kvalificerede sagsbehandlere. I undersøgelsen *"Revideret rapportudkast – Kortlægning af personaleressourcer på Socialområdet"* udarbejdet af Naalakkersuisut angives det, at manglen på socialrådgivere ses på alle områder inden for socialområdet (Naalakkersuisut, 2021b). Samme undersøgelse viser, at 57 % af medarbejderne på socialområdet i kommunerne er ufaglærte, mens 28 % har en social eller sundhedsfaglig uddannelse. Ifølge interviews med socialcheferne er der et behov for, at socialrådgiverne opnår specialiserede kompetencer til at varetage sagsbehandling af udsatte målgrupper, eksempelvis omsorgssvigtede børn og udsatte voksne (Naalakkersuisut, 2021b). Personaleressourcer på det sociale område er således en udfordring for Tidlig Indsats.

De tidligere evalueringer og rapporter har påvist, at der er behov for opkvalificering af de fagprofessionelles kompetencer inden for alle faggrupper, der arbejder med Tidlig Indsats (PAARISA, 2010, Dyrlov, 2012, Allorfik, 2018). Dette har som tidligere beskrevet betydet, at der er blevet udbudt en række opkvalificerende kurser og uddannelser for relevant fagpersonale. Herunder har eksempelvis småbørnskonsulentuddannelsen (som i dag kaldes familiekonsulentuddannelsen) været udbudt til fagprofessionelle, der arbejder med udsatte familier på tværs af faggrupper (Allorfik, 2018). En rundspørge fra Allorfik (2018) viser dog, at ikke mange tidligere kursister bruger deres nye viden fuldt ud efterfølgende. Allorfiks undersøgelse kunne tyde på, at det kan være svært at komme tilbage alene fra et efteruddannelsesforløb og bruge sin ny erhvervede viden i praksis. Det kan der være flere årsager til, men det bør overvejes, om der kunne være et behov for, at udbydere af kurser og efteruddannelser også har fokus på, hvordan den enkelte kan anvende den ny erhvervede viden konkret, når denne kommer tilbage til sin praksis. Jens Møller (2002) beskriver i bogen *"Fra kursus til kompetenceudvikling på jobbet"* i kapitlet *"Hvad er kompetenceudvikling?"* dilemmaet omkring arbejdspladsernes forventning til medarbejderes deltagelse i kompetenceudviklingsforløb som universalløsningen på alt fremdrift og nytænkning, men at det kan være svært i praksis for medarbejderen, men også for virksomheden, da kompetenceudvikling ikke altid sikrer udvikling og nyskabelse (Møller, 2002).

Denne undersøgelse viser endvidere, at der er behov for et tydeligere ledelsesmæssigt ansvar. Allorfik (2018) beskriver i sin statusrapport blandt andet, at et af flere fokusområder i 2017 var etablering af regionale styregrupper, som skal fungere som en ressource for de tværfaglige Tidlig Indsats-grupper (Allorfik, 2018). I 2017 var der ifølge Allorfik etableret en styregruppe for Kommuneqarfiik Sermersooq, som bestod af direktøren for Forvaltning for Børn og Familie, en kirurgisk oversygeplejerske og den ledende regionssygeplejerske, begge fra Dronning Ingrid's Hospital, og endelig den lægefaglige chefkonsulent fra Allorfik. Derudover var den indledende fase for etablering af styregrupper i de resterende kommuner i gang. Informanterne har dog på tidspunktet

for denne undersøgelse (2021) ingen viden om, at der skulle eksistere en styregruppe for Tidlig Indsats i Kommuneqarfik Sermersooq. Dette gælder også for regionerne i hele landet.

8.2 Kultur og sprog

Fletcher et al. (2021) beskriver i deres undersøgelse *"Definition of an inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik"* inuit i Nunaviks definition på sundhed med udgangspunkt i borgernes perspektiv, som går ud på, at sprog og kultur er hele fundamentet for inuit sundhed. Dette begrundes blandt andet i, at kultur og sprog er essentielle for identitet, traditioner, erindringer og overlevering af viden og værdier mellem generationer (Fletcher et al., 2021).

Nærværende undersøgelse viser, at der forekommer sproglige misforståelser mellem parter, der har henholdsvis dansk og kalaallisut som primærsprog, både i dialogen med de sårbare familier og internt i det tværfaglige samarbejde om Tidlig Indsats. Informanterne italesætter således klart, at der forekommer sproglige barrierer. Undersøgelsen viser også, at der til tider opleves en forventning om, at medlemmer i den tværfaglige gruppe, der behersker både kalaallisut og dansk, skal fungere som tolke mellem parterne ved de tværfaglige møder, hvilket kan opleves som et pres og en ekstra opgave for den enkelte. Derudover giver de fagprofessionelle udtryk for, at det ikke altid er muligt at få en tolk til rådighed. De sproglige udfordringer, som informanterne påpeger, kan også relateres til Frederiksen og Olsens rapport (2017) *"Det grønlandske sprog i dag"*, som konkluderer, at ca. 70 % af befolkningen selvrapporteret er grønlandssproget, 15 % er dobbeltsproget (kalaallisut og dansk), og 15 % er dansksproget (Frederiksen og Olsen, 2017). Der vil derfor være en del borgere, både fagprofessionelle og klienter, der føler sig mest trygge ved at tale kalaallisut, da det er deres modersmål.

Undersøgelsen viser også, at informanterne i visse tilfælde har en oplevelse af, at der kan opstå tværfaglig uenighed om for eksempel graden af en sårbar families udfordringer, hvilket de selv begrunder med forskellige kulturelle forståelser. Aviaq Reimer Olsens kandidatspeciale (2021), *"En antropologisk undersøgelse af kulturmøder mellem danske gymnasielærere og de grønlandske elever"*, konkluderer, at der er kulturforskelle mellem de danske gymnasielærere og de grønlandske studerende. Kommunikation mellem to kulturer, her i en dansk og grønlandsk kontekst, angives at kunne give anledning til misforståelser parterne imellem. Dette ikke kun på grund af sproget, men også på grund af den kulturelle forståelse (Olsen, 2021). Olsen (2021) påpeger ligeledes, at sproget ikke kan oversættes til kulturen, hvilket for eksempel kan betyde, at der kan kræves en meget omfattende forklaring, hvis modparten skal kunne forstå eksempelvis et ord, der relaterer sig til en kulturel handling. Om informanternes uenighed kan bunde i en almindeligt forekommende faglig forskellighed, sproglige misforståelser mellem familierne og de dansksprogede fagprofessionelle, forskellige forståelser af sagens alvor eller den kulturelle kontekst, er nok mere komplekst, men er vigtigt at have fokus på.

Curtis (2001) beskriver i sin afhandling *"Kommunikation mellem læge og patient i Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale"* en patient, der har en oplevelse af, at det kan være svært at tale om følelser med en person (her en læge), der ikke forstår ens sprog, og omvendt en dansksproget læges opfattelse af patienten som

passiv i konsultationssamtalen (Curtis, 2001). Det tosprogede og dobbeltkulturelle vilkårs betydning for den gensidige forståelse er således ikke altid så ligetil. I henhold til "Best Start by Health Nexus" (2019) er det vigtigt at være bevidst om, at inuitkulturen er forskellig fra andre befolkningers, hvorfor behov og forventninger kan være anderledes end eksempelvis i forhold til en vestlig tilgang til forældreskab og børneopdragelse (Best Start by Health Nexus, 2019). Dette kan muligvis forklare nogle af de oplevede misforståelser. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at der kan være behov for, at nye medarbejdere udefra såvel som lokale medarbejdere ikke kun introduceres til emner, der vedrører procedurer og vejledninger i arbejdet med Tidlig indsats, men også til emner, der vedrører den kulturelle kontekst, så der kan skabes en gensidig forståelse, som også på sigt vil kunne gavne hele indsatsen omkring de sårbare gravide familier.

Undersøgelsen kunne således også indikere, at den dansktalende del af de tværfaglige teams har behov for tolkebistand, og at der både i kontakten til de sårbare familier og i dialogen mellem fagpersonerne i de tværfaglige teams omkring Tidlig Indsats bør være en tolk til stede. Dette for så vidt muligt at forebygge sproglige og kulturelle misforståelser både internt i de tværfaglige teams og ikke mindst i dialogen med de sårbare familier. En undersøgelse af "*Brugerens oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen*" af Olesen et al. (2020) viser, at det er essentielt for borgerne at have mulighed for at blive betjent og modtage relevant information om sundhedsfaglige spørgsmål og for eksempel ved udlevering af medicin på deres modersmål, i dette tilfælde på kalaallisut (Olesen et al., 2020). Det bør således tilstræbes, at sproglige barrierer ikke skal være årsagen til, at en familie ikke modtager den rette hjælp og støtte, samt at eventuelle sproglige og kulturelle misforståelser i tværfaglige team minimeres.

8.3 Familie og andre relationer

Undersøgelsen viser også, at den første visitering gennem sundhedsvæsenet af sårbare gravide familier, den efterfølgende sagsbehandling i kommunen samt den behandling, som tilbydes under programmet Tidlig Indsats, ifølge informanterne typisk har fokus på kernefamilien bestående af mor, far og eventuelle andre børn. Familiens og fællesskabets betydning i den grønlandske kontekst går igen i litteraturen (Rink og Reimer, 2018, Berliner og Stender, 2013, Olesen et al., 2020). Den grønlandske familie er et fleksibelt, inkluderende og udvidet system. Den nære familie kan således også omfatte en moster, en onkel, søskende, en kusine eller en eller flere andre omsorgspersoner. Tætte familiebånd og fællesskaber anses som et værn mod følelsesmæssig nedtrykthed og udgør det netværk, man deler sorger og glæder med (Reimer Tróndheim, 2012). Wistoft (2009) beskriver i sin bog "*Sundhedspædagogik – viden og værdier*" i afsnittet om inuit sundhed begrebet *peqqinneq* (det grønlandske ord for sundhed) som harmonisk positivt og bekræftende for sammenhold og fællesskab (Wistoft, 2009). Der er hos myndighederne ikke tradition for at inddrage hele familien eller de kulturelle kontekster i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Det samme gælder i forhold til borgerens kontakter til sundhedsvæsenet. Mange sundheds- og forebyggende kampagner er ofte rettet mod den enkelte borger. Ifølge Wistoft (2012) beskrives det moderne grønlandske sundhedsbegreb som spaltet mellem den vestlige biomedicinske forståelse af sundhed med fokus på tilstedeværelsen af sygdom og den holistiske positive, fællesskabsbaserede forståelse, der er indlejret i begrebet *peqqinneq* (Wistoft, 2012).

Eksempelvis har Anderson og Healey (2012) i deres "*Parenting Support Program for Nunavimmiut*" (som dog ikke er et program for højrisikofamilier) haft fokus på at inddrage og invitere alle barnets/familiens omsorgspersoner som en naturlig del af indsatsen i deres forældre støtteprogram (Anderson og Healey, 2012). Det er vigtigt, at Tidlig Indsats som program i højere grad tager et holistisk fællesskabsbaseret udgangspunkt i hele familien i forhold til visitation, udarbejdelse af handlingsplaner og behandlingstilbud til den sårbare familie.

Fletcher et. al (2021) konkluderer i deres undersøgelse, at familien har stor betydning i forhold til inuits indbyrdes tilhørsforhold, overlevering af kulturel viden og harmoni samt for opdragelse af børn. Derudover beskrives kulturel viden som essentielt for inuits opfattelse af trivsel og sundhed, og denne viden bliver overleveret fra forældre til børn og/eller fra de ældre til de yngre (Fletcher et al., 2021). Dette kunne med fordel indtænkes i Tidlig Indsats.

8.4 Lokale værdier og styrker

De fagprofessionelle i denne undersøgelse er naturligt nok meget fokuserede på forebyggelse af omsorgssvigt af de sårbare familiers børn og derved også på de sårbare familiers trivsel. Dette betyder, at informanterne er meget bevidste om, hvilke behandlingsmuligheder de lokalt kan tilbyde de sårbare familier, og hvilke behandlingsmuligheder der ikke kan tilbydes lokalt.

De lokale værdier er dog forskellige fra by til by, fra bygd til bygd og ikke mindst fra by til bygd. Grønland er stort, og der er forskel på natur, fangsttyr, normer og traditioner. Værdier og styrker kan ud over eksempelvis familie, fællesskab og relationer også være den omkringliggende natur og havet eller tilbagevendende begivenheder, hvor borgerne oplever et fællesskab (Olesen og Larsen, endnu ikke publiceret). Resultaterne fra befolkningsundersøgelsens kommunerapporter viser således også, at der kan være regionale forskelle på sundhed og sygdom (Ottendahl et al., 2021c). Det er essentielt i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde at være bevidst om de mulige forskelle og derfor opbygge indsatserne ud fra de lokale forhold.

Som tidligere beskrevet er det nærliggende at drage grundlæggende sociokulturelle sammenligninger mellem kalaallit og inuit i det øvrige Arktis, idet de deler visse sundhedsmæssige udfordringer og kulturelle værdier (Bjerregaard, 2019). Fletcher et al. (2021) beskriver Nunavik-borgernes egne perspektiver på, hvad der er vigtigt for deres trivsel og sundhed der, hvor de bor. Et fremherskende emne er fællesskab som et vigtigt grundlag for trivsel, herunder betydningen af indbyrdes involvering, social støtte og kontakt til de ældre (Fletcher et al., 2021). Disse værdier er i henhold til (Rink og Reimer, 2018, Berliner og Stender, 2013, Olesen et al., 2020) også vigtige sociokulturelle faktorer for sundhed og trivsel i en grønlandsk kontekst.

Et litteraturreview gennemført af Ireland et al. (2019) om lokale doulaers² rolle ved fødsler med en vestlig tilgang til graviditet og fødsel i det nordlige Canada og Amerika viser, at doulaen har en unik rolle, der kan medvirke til at styrke den gravide og fødende generelt, men også i interaktionen med det nyfødte barn. Derudover angives en doula også at være en vigtig støtte for familien kulturelt i

² En doula er en ikke-medicinsk uddannet ledsager for gravide og fødende.

forhold til traditioner, normer og sprog (Ireland et al., 2019). Litteraturreviewet fandt ingen beskrivelser af begrebet doula i en grønlandsk kontekst. En anden undersøgelse af Cidro et al. (2021) beskriver en doula som en person, der yder kontinuerlig psykisk og følelsesmæssig støtte samt ved behov fungerer som talsmand under og efter fødslen, men som hverken yder læge-, jordemoder- eller sygeplejefaglig hjælp (Cidro et al., 2021).

I en grønlandsk kontekst findes begrebet *paaliorti*, som betegner en fødselshjælper eller "jordemoder", som ikke nødvendigvis er uddannet jordemoder (Oqaasileriffik, 2022). I henhold til Ruth Montgomery-Andersen (2013) angives *paaliorti* også på nordgrønlandsk dialekt at betyde "den, der først rører det nyfødte barn", altså en jordemoder eller fødselshjælper (Montgomery-Andersen, 2013). Begrebet *paaliorti* bruges i nutiden også ofte som betegnelse for et familiemedlem, en nær veninde eller pårørende, der er med ved fødslen som støtte for kvinden/familien og ikke nødvendigvis er en jordemoder eller fødselshjælper med den kvalificerende uddannelse i fødselshjælp. Barnet får som regel en form for relation til sin *paaliorti*.

Lokale styrker, som i dette tilfælde kunne være stærke og engagerede lokale borgere, kunne med fordel inddrages som en del af Tidlig Indsats. Disse ressourcepersoner kan i langt højere grad inddrages i arbejdet omkring Tidlig Indsats, specielt i mindre byer og bygder, hvor der mangler fagpersoner som for eksempel hjemmehossere, støttefamilier med videre. Det samme kunne gøre sig gældende i regionsbyerne. Disse ressourcepersoner kan både være familiemedlemmer, lokale ældre og andre lokale frivillige. De menneskelige ressourcer kan netop også ligge i generationernes overlevering af viden og en sårbar families omsorgspersoner eller en *paaliorti/doula*. Det er vigtigt i denne kontekst at gøre opmærksom på, at en *paaliorti/doula* ikke er tænkt som en fødselshjælper eller en erstatning for en jordemoder/sundhedsassistent, men som en betegnelse for en nærværende ressourceperson, der kan støtte de sårbare gravide familier under graviditeten, ved fødslen og ved behov op til to år af barnets liv.

8.5 Naturen

Denne evaluering giver et indtryk af meget engagerede fagprofessionelle, der i deres daglige arbejde er meget fokuserede på de sårbare familiers trivsel og sundhed. Der er et stort fokus på de såkaldte klassiske behandlingstilbud i sager, der vedrører sårbare familier. Disse udgør et meget vigtigt og nødvendigt fundament i forhold til behandling af sårbare gravide familier.

Samtidig er naturen et vigtigt omdrejningspunkt for de fleste mennesker i Grønland (Berliner og Stender, 2013, Ottendahl et al., 2021a), Olesen og Larsen, ikke publiceret). Kærlighed til, accept af og respekt for naturen regnes for et af de sundeste karaktertræk, et menneske kan have (Wistoft, 2009). Ifølge Fletcher et al. (2021) er naturen grundlaget for sundhed, helbredelse og velvære for befolkningen i Nunavik. Historisk har naturen for alle inuitbefolkninger i hele det arktiske område været grundlaget for overlevelse, da man var afhængig af de ressourcer, naturen kunne give (Fletcher et al., 2021). Kendskab til og viden om at være i naturen og om det, naturen kan give, er stadig meget vigtigt for den enkelte borger i dag (Olesen og Larsen, ikke publiceret).

Et systematisk litteraturreview af forskningsprojekter, der har undersøgt beskyttende faktorer og årsagsmekanismer, der fremmer unges mentale sundhed i de arktiske regioner, viser blandt andet, at unges viden om deres egen kultur og de kulturelle færdigheder, eksempelvis viden om naturen gennem fangst og fiskeri, indgår som en del af de beskyttende faktorer for mental sundhed (MacDonald et al., 2013).

Et litteraturreview gennemført af Seidler et al. (ikke publiceret), der omhandler interventioner med fokus på at bruge naturen som en del af interventionen for forebyggelse af selvmord blandt unge i Arktis, viser, at naturen kan være den grundlæggende ramme for mental sundhed for unge i Arktis. Set i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse stemmer dette fint overens med et studie udført af Kelley og Lowe (2018), der i deres undersøgelse konkluderer, at nogle af de mest lovende tilgange til for eksempel langvarige livsstilsændringer blandt unge Native Americans har været gruppe- og fællesskabsbaseret interventioner, der inkluderer kulturelle værdier (Kelley og Lowe, 2018).

Disse fund er relevante i relation til en eventuel videreudvikling af programmet Tidlig Indsats. En informant i nærværende undersøgelse undrer sig eksempelvis over, at man ikke bruger naturen som en naturlig del af både det forebyggende arbejde og behandlingstilbuddene inden for Tidlig Indsats. Naturen relaterer sig både til den fysiske, psykiske og åndelige sundhed, som indgår i begrebet *peqqinneq* (Wistoft, 2012). Mennesker i Grønland har altid været tæt forbundet med naturen og dyrene (Olesen og Larsen 2021, endnu ikke publiceret).

9 anbefalinger

Denne evaluering har afdækket, hvordan den landsdækkende indsats for gravide familier i en sårbar/udsat position, "Tidlig Indsats", er implementeret i de fem grønlandske kommuner. Mere specifikt har vi undersøgt, hvordan indsatsen er implementeret lokalt, og hvilke faktorer der opleves som fremmede og udfordrende i arbejdet med Tidlig Indsats, herunder de fagprofessionelles oplevelse af, hvilken betydning indsatsen spiller for de gravide familier, der er omfattet af arbejdet.

Formålet med Tidlig Indsats er at forebygge tidlig omsorgssvigt af børn fra graviditeten til barnets andet leveår, det vil sige i de første 1000 dage af barnets liv. Indsatsen falder inden for Inuuneritta III's andet pejlemærke, "En sund start på livet", hvor målet er, at alle børn skal have en sund start på livet med tryk og omsorg, der fremmer deres trivsel og udvikling. De første 1000 dage er afgørende for barnets fremtidige muligheder i livet. Indsatsen er tværfagligt forankret i både sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder i kommunen. Oprindeligt var målet desuden, at der skulle tilbydes en kulturel relevant indsats over for de gravide familier.

Evalueringen viser overordnet, at Tidlig Indsats som forebyggende tiltag har mange styrker og opleves som en absolut nødvendig indsats, hvis omsorgssvigt af børn skal forebygges. De sårbare gravide familier har brug for den sammenhængende hjælp, støtte og vejledning, som det tværfaglige team omkring familierne potentielt kan give dem. Der er dog behov for et overordnet lokalt ledelsesmæssigt ansvar, som sikrer, at indsatsen forankres, og at indsatsen styrkes og nytænkes gennem omstrukturering og tilpasning til de lokale forhold i både regionsbyer, mindre byer og bygder.

Nedenfor præsenteres en række anbefalinger, der er udarbejdet på baggrund af evalueringen. Anbefalingerne retter sig dels mod organiseringen af indsatsen, dels mod indsatsens kulturelle relevans.

9.1 Anbefalinger til organiseringen af Tidlig Indsats

Etablering af regionale styregrupper

Helt grundlæggende er der ifølge informanterne behov for, at ledelsen i alle instanser, der har berøring med Tidlig Indsats, påtager sig et synligt ansvar for implementering af indsatsen. Informanterne i både kommunalt regi og sundhedsvæsenet påpeger enstemmigt, at der er behov for en overordnet styring af programmet. Det anbefales derfor, at der etableres (eller genetableres) en regional styregruppe, der kan følge arbejdet med Tidlig Indsats og påtage sig det overordnede ansvar for, at alle familier får et reelt tilbud inden for rammerne af Tidlig Indsats. Styregruppen kan

bestå af den regionale ledelse i den respektive kommune og sundhedsregion. Det har været hensigten, at disse skulle etableres, men dette er ikke sket i praksis.

Tidlig Indsats-koordinator

Tidlig Indsats-koordinatoren skal være bindeleddet mellem faggrupper og familier. Der gives i nogle kommuner udtryk for, at det fungerer godt med en medarbejder, der har et koordinerende overblik i forhold til de familier, der indgår i Tidlig Indsats, og den tværfaglige indsatsgruppe. Andre kommuner påpeger et behov for, at arbejdet i forbindelse med de tværfaglige møder omkring de sårbare familier bliver koordineret, da det netop drejer sig om flere faggrupper fra forskellige sektorer, som mødes med jævne mellemrum. En koordinator skal fungere som bindeled mellem medlemmerne i det tværfaglige team og de udsatte familier og tage ansvar for, at sagsbehandling og behandlingstilbud bliver udført og udbudt inden for en acceptabel tidshorisont. Der kan være behov for koordinering lokalt i hver enkelt by såvel som overordnet på kommunalt niveau. Sundhedsvæsenet i Region Sermersooq har for eksempel gode erfaringer med en patientvejleder, der fungerer som bindeled mellem patienterne og sundhedsvæsenet.

Etablering af lokale netværksmøder

Specielt i de mindre byer gives der udtryk for faglig ensomhed, men også informanterne i regionsbyerne har et ønske om vidensdeling på tværs af faggrupper. Det anbefales derfor, at der oprettes lokale tværfaglige netværksmøder, som kan give de tværfaglige teams indsigt i lokale styrker, værdier og udfordringer i implementeringen af Tidlig Indsats i byer og bygder i egen kommune. Netværksgrupperne kan på sigt udvides til også at være landsdækkende og dermed give mulighed for sparring og vidensdeling på tværs af landet. Dette kunne foregå via faste netværksmøder, hvor emner, der vedrører Tidlig Indsats, kan drøftes på tværs af faggrupper i hele landet. Her vil der også være mulighed for at oprette særskilte grupper for regionsbyer, mindre byer og bygder. Møderne kan afholdes virtuelt for at sikre bred deltagelse.

9.2 Anbefalinger vedrørende procedurer og kompetenceudvikling

Opdatering af vejledninger og procedurer skal forankres hos Paarisa såvel som hos ledelsen i kommunen og sundhedsvæsenet

Procedurerne for og vejledningerne vedrørende Tidlig Indsats er angiveligt ikke blevet opdateret eller eksisterer slet ikke. Nyankomne medarbejdere, der skal varetage arbejdet med Tidlig Indsats, skal ofte selv finde oplysningerne eller søge efter materiale og personer, der har viden om arbejdet i Tidlig Indsats. Der skal foreligge en lokalt tilpasset skriftlig vejledning om Tidlig Indsats til medarbejdere i både sundhedsvæsenet og kommunerne. Paarisa skal påtage sig ansvaret for at opdatere de overordnede skriftlige procedurebeskrivelser og vejledninger samt holde ledelsen i

regionerne og kommunerne orienteret om eventuelle ændringer. Ledelsen i de respektive instanser skal påtage sig ansvaret for, at alle nye medarbejdere bliver oplært i og introduceret til procedurer, der vedrører arbejdet i Tidlig Indsats i deres praksis lokalt.

Kompetenceudvikling og tydelige rammer for arbejdet inden for persondataloven

Der er stor forskel på, hvordan persondataloven i praksis fortolkes og følges, fra region til region. Det er derfor afgørende, at de fagprofessionelle, som arbejder med familierne inden for Tidlig Indsats, modtager en meget direkte hjælp og støtte til at afklare, hvordan det tværfaglige arbejde med familierne kan foregå inden for rammerne af persondataloven. Det er altafgørende for indsatsen, at det er muligt at udveksle oplysninger på tværs for at støtte familierne bedst muligt på både social- og sundhedsområdet. Kompetenceudviklingen på området bør tilbydes løbende, for eksempel ved hjælp af onlinekurser, og det skal være muligt at få støtte fra centralt hold til at afklare disse spørgsmål, for eksempel ved at Paarisa inddrager Central Rådgivning, der i forvejen støtter kommunerne i deres sagsbehandling. Dialogen herom med de regionale styregrupper og Tidlig Indsats-kordinatorerne skal muliggøre implementering og fastholdelse af kompetencer i arbejdet inden for persondataloven.

Konkret oplæring i og værktøjer til anvendelse af erhvervede efteruddannelser og kurser i praksis

Da denne og tidligere evalueringer har påvist, at mange fagprofessionelle ikke bruger deres erhvervede kompetencer fra kurser og efteruddannelser i praksis, anbefales det, at udbydere af kurser og efteruddannelser også har fokus på, hvordan den enkelte kan anvende den nyerhvervede viden konkret, når denne kommer tilbage til sin praksis. Dette kunne med fordel gøres i løbet af kurset, men også efterfølgende, eksempelvis gennem løbende dialog og erfaringsudveksling med andre fagprofessionelle ved netværksmøder.

9.3 Anbefalinger til gentænkning af Tidlig Indsats

Opnormering af sagsbehandlere

Evalueringer viser, at der er personaleressourcemæssige udfordringer i de lokale faggrupper, der blandt andet skal varetage visitation og sagsbehandling og tilbyde behandling til sårbare familier. Dette er dog mest udtalt blandt sagsbehandlere, da de oftest sidder alene med mange børnesager i kommunen og har svært ved at prioritere Tidlig Indsats. Der anbefales som førsteprioritet en opnormering af lokale sagsbehandlere, der specifikt skal varetage sagsbehandling af sager, der vedrører Tidlig Indsats, så familierne kan få et reelt tilbud inden for rimelig tid.

Omstrukturering af sagsbehandling i kommunalt regi

Det kan overvejes at omstrukturere konceptet Tidlig Indsats således, at en eller flere socialrådgivere overordnet i regionsbyerne visiterer og kategoriserer alle sårbare familier i forskellige grupper. Dette skal forstås således, at alle indkomne Tidlig Indsats-sager visiteres af en eller flere socialrådgivere, hvorefter de lettere sager i både byer og bygder kan uddelegeres til sagsbehandling af andre faggrupper med baggrund inden for socialt arbejde. Dette vil ikke kun lette, men også optimere sagsbehandlingen, så alle sårbare familier kan få et reelt tilbud, optimalt allerede under graviditeten, og senest inden barnet fylder to år. Det anbefales at se nærmere på erfaringer fra Alaska, som med succes blandt andet har oplært medborgere i for eksempel at yde kulturelt relevant støtte til sårbare familier under graviditeten, ved fødslen og i barselsperioden.

Deltagerorienteret udvikling af konceptet Tidlig Indsats og mere individuelt tilrettelagte behandlingstilbud

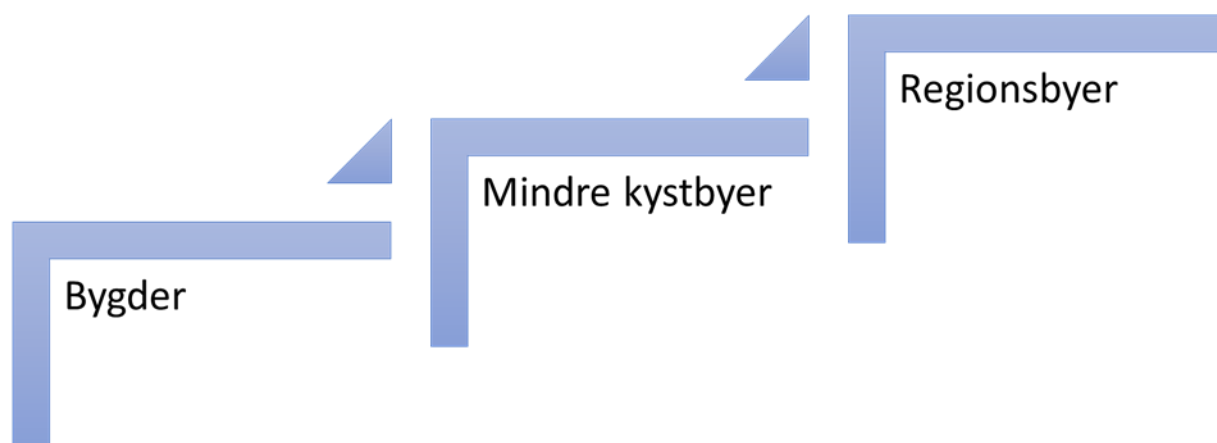
Informanterne oplever, at der bliver flere sårbare familier, at deres udfordringer er blevet tungere og er meget forskellige, og at der derfor er behov for en nytænkning af programmet Tidlig Indsats, specielt med fokus på udbuddet af behandlingstilbud. Der ønskes mulighed for mere individuelt tilrettelagte behandlingstilbud for de enkelte familier og større fleksibilitet i visitationsmulighederne for familierne. Dette kunne desuden medvirke til at minimere risikoen for, at nogle familier falder mellem to stole, da de eksisterende visitationskriterier i visse tilfælde kan være en hindring for deltagelse i Tidlig Indsats. Derudover bør der også i højere grad være fokus på de sårbare familier, der er mindre belastede, så omsorgssvigt kan forebygges tidligere og dermed mere effektivt. Det anbefales at inddrage relevante fagprofessionelle, de berørte familier samt ældre og andre borgere i både regionsbyer, mindre byer og bygder i videreudviklingen af Tidlig Indsats. Det vil give mulighed for et mere nuanceret grundlag for udvikling af Tidlig Indsats i henhold til lokale værdier, styrker og udfordringer. Dette er i overensstemmelse med de metodiske principper i Inuuneritta III.

Differentierede rammer for Tidlig Indsats i regionsbyer, mindre byer og bygder

Det anbefales, at hele programmet Tidlig Indsats omstruktureres således, at strukturen opbygges i henhold til den lokale kapacitet i henholdsvis regionsbyer, mindre byer og bygder. Tidlig Indsats bør tilrettelægges ud fra de lokale muligheder, så konceptet tager udgangspunkt i de styrker, udfordringer og personaleressourcer, som måtte findes lokalt. Som det er i dag, eksisterer Tidlig Indsats ikke i bygderne. Der er derfor et behov for at udarbejde et koncept omkring Tidlig Indsats, der er tilpasset bygderne og de ressourcer, der måtte være til stede her. Det er derfor væsentligt at få opbygget kapacitet lokalt i både mindre byer og bygder. Der skal i langt højere grad ses på muligheder for relevante behandlingstilbud til sårbare gravide familier og undervisning af medarbejdere og ressourcepersoner via webinarer mellem regionsbyer, mindre byer og bygder lokalt. Det anbefales at se på erfaringer med brugen af Telemedicin fra Nordnorge, Canada og Alaska.

Figur 4 skal illustrere de ydre rammer for en nytænkning af Tidlig Indsats. Indholdet af konceptet i regionsbyer, mindre byer og bygder skal indarbejdes ud fra målene for Tidlig Indsats og lokal kapacitet i byer og bygder, med inddragelse af lokale fagprofessionelles og borgeres perspektiv. Tidlig Indsats vil således som koncept kunne opbygges ud fra de muligheder, der findes lokalt, frem for et fokus på faglige anbefalinger, som ikke kan gennemføres i praksis. Tidlig Indsats skal gennem dialog og med inddragelse af borgerne omstruktureres, så konceptet tager udgangspunkt i lokale styrker, værdier og udfordringer. Målet bør også være, så vidt det er muligt, at give de sårbare gravide familier i de enkelte byer og bygder i kommunen mulighed for at få hjælp, støtte og vejledning der, hvor de bor.

Figur 4 skal derfor illustrere rammerne for nytænkning af konceptet for Tidlig Indsats, der skal bygges op på baggrund af inddragelse, dialog, ressourcer og virtuelle løsninger. Figuren illustrerer ikke nødvendigvis en indsats, der er niveauopdelt i forhold til byer og bygder.



Figur 4. Niveauopdeling af implementering.

9.4 Anbefalinger vedrørende den kulturelle relevans af Tidlig Indsats for de gravide familier

Øget fokus på lokal kapacitet, sprog, relationer og natur

Lokale ressourcpersoner kan i langt højere grad inddrages i arbejdet med Tidlig Indsats, specielt i mindre byer og ikke mindst i bygderne. Disse kan både være ældre og andre frivillige. De menneskelige ressourcer ligger netop også i generationernes overlevering af viden. Her er det vigtigt at være bevidst om, at inuitkulturen er forskellig fra den skandinaviske kultur, som mange tiltag udvikles i, hvorfor behov og forventninger til forældreskab og børneopdragelse kan være anderledes

blandt grønlandske fagprofessionelle i mødet med danske eller nordiske fagprofessionelle. En fælles forståelse kan opnås gennem dialog og gensidig respekt. Der kan overvejes oplæring af lokale ressourcepersoner (doulaer eller *paaliorti*), der kan opnå generelle kompetencer til at hjælpe og støtte de familier, der ofte ikke tilbydes støtte og hjælp, fordi de ikke vurderes som værende tilstrækkeligt belastede eller sårbare.

Det er desuden afgørende at have en forståelse for, at de lokale værdier, styrker og udfordringer er forskellige fra by til by og fra bygd til bygd. Det er derfor nødvendigt at have indblik i de enkelte byers og bygders styrker og udfordringer, når man arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme. Arbejdet med at kortlægge værdier og styrker pågår allerede som en del af arbejdet med Inuuneritta III, og der kan med fordel drages nytte af borgernes input og perspektiver herfra i den videre udvikling af Tidlig Indsats.

Respekt for sprog og kultur

Det anbefales, at der så vidt muligt er respekt for og plads til, at der som udgangspunkt tales kalaallisut i alle sammenhænge, hvor de sårbare familier indgår, og at der er en tolk til stede for faggrupper, der ikke taler kalaallisut. At have mulighed for at tale kalaallisut bør derfor være et krav, som er gældende ved jordemodersamtalerne i forbindelse med visitering af familierne, ved sagsbehandlingen og under alle behandlingsforløb. Muligheden for at tale kalaallisut med tolkning for dansktalende faggrupper ved de tværfaglige møder bør også være til stede for det tværfaglige team.

Øget opmærksomhed på familie, relationer og fællesskab

Det er vigtigt, at Tidlig Indsats som koncept i højere grad tager udgangspunkt i hele familien i forhold til visitation, udarbejdelse af handlingsplaner og behandlingstilbud til den sårbare familie. Inddragelse af familien, både de ældre og de yngre, med mulighed for deltagelse af en eller flere nære pårørende under både den indledende visitation, sagsbehandlingen og et behandlingsforløb vil ikke alene gavne behandlingsforløbet for alle parter, men også give en følelse af fællesskab og fælles ansvar for den pågældende families trivsel.

Inddragelse af naturen som en del af Tidlig Indsats

Det anbefales, at kulturel overlevering af viden, kulturelle færdigheder og naturen inddrages som en naturlig integreret del af de eksisterende tilbud til sårbare familier og deres omsorgspersoner. Naturen er indbegrebet af mange menneskers opfattelse af sundhed i krop, sjæl og ånd. Historisk har naturen for alle inuitbefolkninger i hele det arktiske område været grundlaget for overlevelse, da man var afhængig af de ressourcer, naturen kunne give. Litteraturen om faktorer og årsagsmekanismer, der fremmer for eksempel unges mentale sundhed i de arktiske regioner, viser blandt andet, at unges kulturelle viden og færdigheder indgår som en del af de beskyttende faktorer for mental sundhed. Det anbefales derfor, at man har fokus på og bruger naturen som en naturlig del af de aktiviteter, der tilbydes sårbare familier.

10.Referencer

- ADAMS, L. V. & DOROUGH, D. S. 2022. Accelerating Indigenous health and wellbeing: the Lancet Commission on Arctic and Northern Health. *J Lancet*, 399, 613-614.
- ALLORFIK 2018. Statusrapport 2017 - Tidlig indsats overfor gravide familier. Videncenter om Afhængighed, Departementet for Sundhed.
- ALLORFIK 2019. Overdragelsesnotat for Tidlig Indsats i forbindelse med ressortændring per 31. juli 2019. Allorfik.
- ANDERSON, M. & HEALEY, G. K. 2012. Inunnguiniq Parenting Support Program for Nunavummiut: Evaluation Report. Kugluktuk, NU: Qaujigiartiit Health Research Centre.
- BERLINER, P. & STENDER, A.-K. 2013. Glæde og Styrker - En undersøgelse af værdier hos ældre mennesker i Paamiut *Psyke & Logos*, 34, 559-575.
- BEST START BY HEALTH NEXUS 2019. Atuaqsijut: Following the Path, Sharing Inuit Specific Ways. Resource for Service Providers Who Work With Parents of Inuit Children in Ontario. Toronto, Ontario.
- BJERREGAARD, P. 2019. Regional studies of indigenous health: Europe and Russia. *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*.
- BRINKMANN, S. & TANGGAARD, L. 2010. *Kvalitative metoder: en grundbog*, Hans Reitzels Forlag.
- CIDRO, J., DOENMEZ, C., SINCLAIR, S., NYCHUK, A., WODTKE, L. & HAYWARD, A. 2021. Putting them on a strong spiritual path: Indigenous doula responding to the needs of Indigenous mothers and communities. *International journal for equity in health*, 20, 1-11.
- CUEVA, K., RINK, E., LAVOIE, J. G., STOOR, J. P. A., HEALEY AKEAROK, G., GLADUN, E. & LARSEN, C. V. L. 2021. Diving below the surface: A framework for arctic health research to support thriving communities. *Scand J Public Health*, 14034948211007694.
- CURTIS, T. 2001. *Kommunikation mellem læge og patient i Grønland-en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale*, Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed.
- DATATILSYNET 2016. Anordning om ikrafttræden for Grønland af lov om behandling af personoplysninger.
- DYRLØV, C. 2012. Det fremtidige samarbejde omkring risikofamilier uden for "tidlig indsats". PAARISA.
- FLETCHER, C., RIVA, M., LYONNAIS, M.-C., SAUNDERS, I., BARON, A., LYNCH, M. & BARON, M. 2021. Definition of an inuit cultural model and social determinants of health for Nunavik. Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
- FREDERIKSEN, K. & OLSEN, C. 2017. Det grønlandske sprog i dag: Rapport over det grønlandske sprog, standpunkt og anbefalinger. Nuuk: Saammaateqatigiinnissamut Isumalioqatigiissitaq.
- HANSEN, B. & SKAFTE, I. 2009. Tidlig Indsats overfor gravide familier.
- HEALEY AKEAROK, G., CUEVA, K., STOOR, J., LARSEN, C., RINK, E., KANAYURAK, N., EMELYANOVA, A. & HIRATSUKA, V. 2019. Exploring the Term "Resilience" in Arctic Health and Well-Being Using a Sharing Circle as a Community-Centered Approach: Insights from a Conference Workshop. *Social Sciences*, 8, 45.
- INGEMANN, C. & LARSEN, C. V. L. 2018. Evaluering af Grønlands Sundhedsreform: Oplevede og målbare effekter 2017.

- IRELAND, S., MONTGOMERY-ANDERSEN, R. & GERAGHTY, S. 2019. Indigenous doulas: a literature review exploring their role and practice in western maternity care. *Midwifery*, 75, 52-58.
- KELLEY, M. N. & LOWE, J. R. 2018. A culture-based talking circle intervention for native American youth at risk for obesity. *Journal of community health nursing*, 35, 102-117.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2009. *Interview: introduktion til et håndværk*, København, Hans Reitzel.
- LARSEN, C. V. L., HANSEN, C. B., INGEMANN, C., JØRGENSEN, M. E., OLESEN, I., SØRENSEN, I., KOCH, A., BACKER, V. & BJERREGAARD, P. 2019. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Levevilkår, livsstil og helbred: Oversigt over indikatorer for folkesundhed.
- MACDONALD, J. P., FORD, J. D., WILLOX, A. C. & ROSS, N. A. 2013. A review of protective factors and causal mechanisms that enhance the mental health of Indigenous Circumpolar youth. *International journal of circumpolar health*, 72, 21775.
- MONTGOMERY-ANDERSEN, R. 2006. Tidlig indsats overfor gravide familier Direktoratet for sundhed.
- MONTGOMERY-ANDERSEN, R. 2013. *Faces of Childbirth: The Culture of Birth and the Health of the Greenlandic Perinatal Family*. Nordic School of Public Health NHV Göteborg, Sweden.
- MULVAD, G. & AAGAARD, T. 2020. Familier og velfærd: Mere udvikling - mindre behandling. In: AAGAARD, T., HOUNSGAARD, L. (ed.) *Mennesker - Sundhed, samfund og kultur*. Aarhus: forfatterne og Klim.
- MØLLER, J. 2002. Hvad er kompetenceudvikling? In: LARSEN, H. H. & SVABO, C. (eds.) *Fra kursus til kompetenceudvikling på jobbet*. Djøf Forlag.
- NAALAKKERSUISUT. 2014. *Der er kommet flere familiecentre i Grønland* [Online]. Available: <https://naalakkersuisut.gl/da/Naalakkersuisut/Nyheder/2014/06/250614-Der-er-kommet-flere-familiecentre-i-Groenland> [Accessed 2021].
- NAALAKKERSUISUT. 2021a. *Behandlingstilbud* [Online]. Available: https://allorfik.gl/emner/behandlingstilbud?sc_lang=da [Accessed].
- NAALAKKERSUISUT 2021b. Kortlægning af personaleressorcerne i den sociale sektor. Naalakkersuisut - Departementet for Uddannelse, Kultur og Kirke.
- OLESEN, I., HANSEN, N. L., INGEMANN, C., ARNARULUK, L. & LARSEN, C. V. L. 2020. Brugernes oplevelse af det grønlandske sundhedsvæsen - En pilotundersøgelse.
- OLSEN, A. R. 2021. *En antropologisk undersøgelse af kulturmøder mellem danske gymnasielærere og de grønlandske elever* Ilisimatusarfik - Grønlands Universitet
- OQAASILERIFFIK. 2022. *Dictionary DAKA* [Online]. Available: <https://iserasuaat.gl/daka/> [Accessed].
- OTTENDAHL, C. B., BJERREGAARD, P., SVARTA, D. L., SØRENSEN, I., OLESEN, I., NIELSEN, M. S. & LARSEN, C. V. L. 2021a. Mental sundhed og helbred blandt 15-34 årige i Grønland: Betydningen af opvækstvilkår, beskyttende faktorer og risikofaktorer. Center for Public health in Greenland National Institute of Public Health.
- OTTENDAHL, C. B., BJERREGAARD, P., SVARTÁ, D. L., SØRENSEN, I. K., OLESEN, I., NIELSEN, M. S. & LARSEN, C. V. L. 2021b. Mental sundhed og helbred blandt 15-34-årige i Grønland - Betydningen af opvækstvilkår, beskyttende faktorer og risikofaktorer. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- OTTENDAHL, C. B., SVARTÁ, D. L., BJERREGAARD, P., OLESEN, I. & LARSEN, C. V. L. 2021c. Kommunal sundhedsprofil Kommuneqarfik Sermersooq.
- PEQQISSAANERMIK ILINNIARFIK. 2021. *Familiekonsulent uddannelse* [Online]. Available: <https://pi.gl/da/Kurser/Oversigt/Familiekonsulent-uddannelse> [Accessed].
- PAARISA 2010. Tidlig Indsats overfor Gravide Familier - Midtvejsevaluering og status 2010. Styrelsen for Sundhed og Forbyggelse
- REIMER TRÓNDHEIM, G. A. 2012. Den moderne grønlandske familie. *Tidsskrift for forskning, fagkritik og teoretisk debat*.
- RINK, E. & REIMER, A. G. 2018. Population Dynamics in Greenland

- SOCIAL OG INDENRIGSMINISTERIET, JUSTITSMINISTERIET & NAALAKKERSUISUT 2020. Grønlandsk-Dansk tværgående arbejde for en styrket indsats for udsatte børn og unge i Grønland
- STATESTIKBANKEN. 2020. *Befolkningens bevægelser 1950-2020 [BEDSAT2]* [Online]. Available: https://bank.stat.gl/pxweb/da/Greenland/Greenland_BE_BE10/BEXSAT2.PX/ [Accessed].
- WISTOFT, K. 2009. *Sundhedspædagogik - viden og værdier*, Hans Reitzels Forlag
- WISTOFT, K. 2012. Værdier og mening med sundhed. In: SIMOVSKA, V., JENSEN, J, M. (ed.) *Sundhedspædagogik i sundhedsfremme*. Gads Forlag.

Bilag 1

Evaluering af Tidlig
Indsats overfor gravide
familier –

Litteraturgennemgang

Astrid Beck og Christine Ingemann

Baggrund

I forbindelse med evalueringen af Tidlig Indsats er der foretaget en litteraturgennemgang for at få et overblik over eksisterende lignende indsatser. Denne litteraturgennemgang er foretaget på baggrund af det femte forskningsspørgsmål fra evalueringen af Tidlig Indsats, som er: *Hvilke effekter af lignende indsatser er der dokumenteret i den videnskabelige litteratur, og hvilke effektmål kan med fordel inddrages mere systematisk i arbejdet med Tidlig Indsats med henblik på monitorering af mulige effekter fremadrettet?*

Metode

Litteraturgennemgangen er gennemført som et scoping review. I modsætning til et systematisk review, der tager udgangspunkt i et veldefineret og snævert forskningsspørgsmål samt et passende studiedesign, kan et scoping review omfatte flere emner og tage udgangspunkt i forskellige studiedesign samtidig. Ved en litteratursøgning, som danner fundamentet for et scoping review, er det muligt at kortlægge omfanget af eksisterende litteratur (Arksey & O'Malley, 2005).

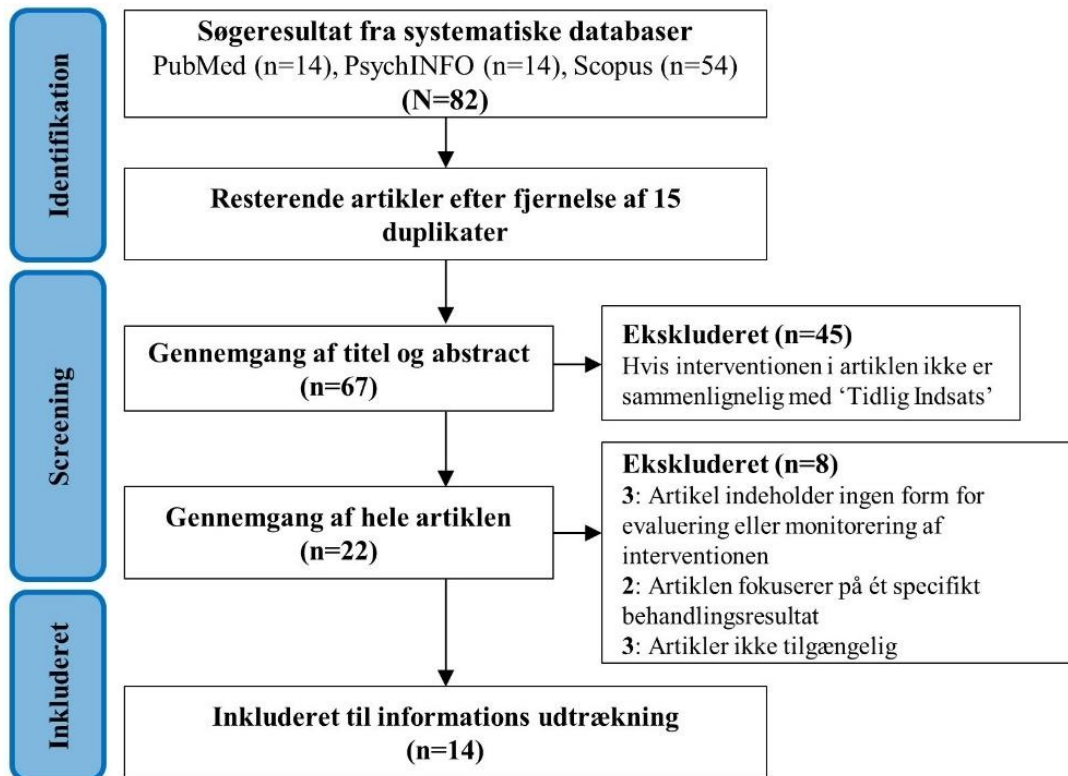
Litteratursøgningen blev foretaget med en bloksøgningsstrategi i de systematiske databaser PubMed, PsychINFO og Scopus. Da Tidlig Indsats er en omfattende og kompleks intervention, blev der afprøvet flere søgebegreber og -strengte for at finde litteratur om lignende indsatser. Den endelige søgning bestod af tre blokke, henholdsvis "vulnerable families", "parental support" og "intersectoral collaboration". Begreberne tilhørende disse tre blokke er vist i tabel 1. Disse tre blokke udgjorde en samlet søgestreng, som blev anvendt i alle tre databaser, hvor der ikke blev sat nogen tidsramme for litteraturens udgivelsesår. Søgningerne blev afsluttet den 16. oktober 2020 og resulterede i 67 unikke videnskabelige artikler.

Tabel 1. Anvendte søgeblokke og søgebegreber

Blok 1. Målgruppe: Vulnerable families	Blok 2. Område for interventionen: Parental support	Blok 3. Type intervention: Intersectoral collaboration
Vulnerable families	Parental support	Intersectoral collaboration
Single parent	Maternal health service*	Public-private sector partnerships
High-risk parent*	Social service*	Interprofessional collaboration
At-risk parent*	Parenting*	Cross-sector approach
Adolescent mother*	Perinatal	Collaboration
Adolescent parent*	Prenatal education	Interdisciplinary*
Teenage pregnanc*	Parent education	Transdisciplinary*
	Parent training	
	Parent-child relation*	

De 67 fundne artiklers titel og abstract blev gennemgået, og artikler, der omhandlede en intervention, der vurderes sammenlignelig med Tidlig Indsats, blev inkluderet. Dette resulterede i 22 artikler. De 22 artikler blev gennemgået i deres fulde længde i forhold til, om de indeholdt følgende informationer: 1) effektevalueringer af lignende indsatser, 2) monitoreringsredskaber for lignende indsatser og 3) erfaringer med lignende indsatser. På dette trin blev otte artikler ekskluderet, heraf tre, som vi ikke

kunne få adgang til i deres fulde længde. Litteraturgennemgangen blev gennemført i referenceprogrammet EndNote X9, og udtrækning af informationer blev udført i Excel.



Figur 1. Oversigt over screeningsprocessen

Resultater

Den systematiske søgning af international litteratur resulterede i 14 artikler, som vurderes relevante for nærværende formål. I de følgende afsnit og tabeller gives der et overblik over artiklernes karakteristika og relevans for nærværende undersøgelse.

Litteraturen stammer fra blandt andet Canada (n=5)¹⁻⁵, USA (n=3)⁶⁻⁸, Storbritannien (n=2)^{9 10}, Tyskland (n=2)^{11 12}, Australien (n=1)¹³ og Danmark (n=1)¹⁴. Den ældste er fra 1982, og de nyeste fra 2020. Ti af de inkluderede artikler er videnskabelige artikler^{1 2 5 7 9-14}, tre er ph.d.-afhandlinger^{3 6 8}, og én er et bogkapitel⁴, som er baseret på et tidligere gennemført studie. I de følgende afsnit vil litteraturen samlet blive betegnet som artikler, undersøgelser eller studier. I seks af studierne er der anvendt et kvantitativt forskningsdesign^{2 4 7 9 10 14}, i fem af dem et kvalitativt design^{1 3 6 12 13}, og i tre er der anvendt en blandet tilgang^{5 8 11} med både kvantitative og kvalitative metoder. Tabel 2 giver et overblik over de anvendte metoder i de udvalgte studier.

Tabel 2. Oversigt over de udvalgte artiklers anvendte metoder og oprindelsesland (fra ældste til nyeste)

Artikel	Land	Design	Metoder
Nelson et al. (1982)	USA	Kvantitativt	Case-kontrol-studie
Onyskiw et al. (1999)	Canada	Blandet	Interviews & journalgennemgang
Drummond et al. (2008)	Canada	Kvantitativt	Semirandomiseret kontrolstudie
Fonseca (2010)	Canada	Kvalitativt	Interviews, observation & dokumentanalyse
Clavier et al. (2012)	Canada	Kvalitativt	Dokumentanalyse & interviews
Ayerle et al. (2012)	Tyskland	Blandet	Journalgennemgang & interviews
Coleman (2015)	USA	Kvalitativt	Interviews & dokumentanalyse
Longhi et al. (2016)	Storbritannien	Kvantitativt	Randomiseret kontrolstudie (study protocol)
Moss et al. (2018)	Canada	Kvantitativt	Randomiseret kontrolstudie

Renner et al. (2018)	Tyskland	Kvalitativt	Dokumentanalyse, interviews & workshop
Slade et al. (2019)	Storbritannien	Kvantitativt	Randomiseret kontrolstudie
Williams (2020)	USA	Blandet	Interviews & spørgeskema
Aarestrup et al. (2020)	Danmark	Kvantitativt	Randomiseret kontrolstudie (study protocol)
Eastwood et al. (2020)	Australien	Kvalitativt	Interviews

Interventionerne, som er undersøgt i de 14 inkluderede studier, blev vurderet at være sammenlignelige med Tidlig Indsats. Tabel 3 giver en kort beskrivelse af hver intervention. Interventionerne er selektive programmer målrettet familier^{1 4 5 8 11 13 14}, der vurderes som udsatte eller med psykosociale eller sundhedsrelaterede udfordringer, eller unge mødre^{2 3 6 7 9 10}. Dog ydes interventionen i Renner et al.¹² som et universelt tilbud for at undgå stigmatisering ved brug af ydelserne. Alle programmer har det til fælles, at de ønsker at forebygge mistrivsel, fremme børns udvikling og understøtte børnenes og familiernes mentale sundhed. Fire af studierne, der har unge mødre som målgruppe for deres intervention, er også optaget af at støtte de unge kvinder i overgangen fra barndom til forældreskab, hvor skoleuddannelsen anses som en vigtig del og et vigtigt forum for forebyggelse^{2 3 6 7}.

Omfanget af det tværfaglige og/eller tværsektorielle samarbejde i de forskellige interventioner varierer. Primært beskrives der et samarbejde tværfagligt i sundhedssektoren og på tværs af sundheds- og socialektoren^{1 2 5-14}. Derudover samarbejdes der også med eller på tværs af uddannelsessektoren^{1 3 6 7 12}, socialektoren^{3 4}, justitsområdet^{5 13} med flere¹. I dette samarbejde er der ofte involveret både statslige og ikke-statslige organisationer. Indsatserne i programmerne omfatter forældreuddannelse, perinatal pleje, hjemmebesøg, studievejledning, mentorer eller støttegrupper samt det at gøre ydelserne lettere tilgængelige ved hjælp af identificering af sociale determinanter.

Tabel 3. Oversigt over interventioner undersøgt i de udvalgte artikler

Artikel	Intervention	Kort beskrivelse
Ayerle et al. (2012)	Familiejordemødre (Family midwives)	Målet for dette tilbud er at understøtte og sikre den fysiske og mentale sundhed blandt spædbørn født i psykosocialt og sundhedsmæssigt udsatte familier . Der tilbydes støtte ved løbende og vedvarende hjemmebesøg hos familierne med udgangspunkt i deres behov fra begyndelsen af graviditeten til barnets etårsfødselsdag. Tilbuddet fremmer den bedst mulige sundhed både for barnet og familien som helhed ved at advokere for barnet

		som det mest udsatte individ i familien. Gennem samarbejde med andre fagprofessionelle fra sundheds- og socialektoren arbejdes der frem mod lighed inden for sundhed og lige muligheder for disse familier samt mod at forbedre ikke kun adgangen til, men også brugen af de præventive tilbud.
Clavier et al. (2012)	<p>Integreret tilbud til udsatte familier i den perinatale periode og tidlige barndom (SIPPE)</p> <p>(Integrated Perinatal and Early Childhood Services for Families Living in Vulnerable Situations (SIPPE))</p>	SIPPE er dannet af ministeriet for sundhed og sociale anliggender i Quebec for at hjælpe udsatte familier , lette forældres sociale inklusion og sikre børns optimale udvikling. Dette gennem to programmer. I det første tilbydes der prænatale, postnatale og spædbørnsydelse, samtidig med at der tilbydes støtte til udsatte familier inden for de kliniske individualiserede primære sundhedsydelse. I dette studie fokuseres der på det andet program, kaldet "the SIPPEeHE programme", der tilvejebringer midler til lokale organisationer, der arbejder med de sociale determinanter for udsatte familiers sundhed gennem tværsektorielt sundhedsarbejde.
Coleman (2015)	Tulsa Margaret Hudson Program (TMHP)	TMHP er en gennemførlig metode til at hjælpe unge mødre gennem den svære overgang fra barndom til forældreskab. TMHP består af uddannelsesydelser, sociale ydelser, rådgivning, sundhedsydelse og børnepasningsydelse. Yderligere programmer kaldet "Healthy Start" og "Pointers for Parenting" indeholder opsøgende ydelser, et mentorprogram og ydelser for kvinder, nyfødte og børn. Alt i alt et program og en metode, der hjælper gravide teenagere til at færdiggøre deres uddannelse og blive klar til forældreskabet.
Drummond et al. (2008)	<p>Programmet "Keys to Caregiving"</p> <p>(Keys to Caregiving Program)</p>	Keys to Caregiving-programmet har til formål at bibringe forældrene viden og færdigheder. Ved hjælp af en systematisk tilgang undervises forældrene i at aflæse den nyfødtes signaler og får hjælp til at etablere en varig lydhørhed for barnets behov. Programmet implementeres af en fagprofessionel og er udformet, så forældrene gradvist introduceres til fem koncepter, der giver dem de nødvendige ressourcer til at opnå en bedre interaktion med den nyfødte. Programmets lektioner kombineres med en kort intervention med social støtte. Alt i alt et program, der klæder unge mødre på til moderskabet gennem tilegnelse af viden og forældrefærdigheder.

<p>Eastwood et al. (2020)</p>	<p>Stedbaserede initiativer under det integrerede omsorgsprogram (PBI) Sunde hjem og nærmiljøer (HHAN) (Healthy Homes and Neighbourhoods (HHAN) Integrated Care Program's place-based initiatives (PBI))</p>	<p>PBI har udviklet en lokalt baseret, helhedsorienteret intervention i samarbejde med familierne. De primære egenskaber er en styrkebaseret tilgang til familien som helhed, hvor der ses på familiestrukturen og dynamikker mellem familiens medlemmer. Det gør det muligt for de fagprofessionelle at se, hvordan en aktivitet, for eksempel fremmøde ved lægeundersøgelser, kan være påvirket af sociale determinanter for sundhed, herunder adgangen til tøj og mad.</p>
<p>Fonseca (2010)</p>	<p>1) Unge mødre 2) Håbets søstre 3) En ny start</p> <p>1) Young Moms 2) Sisters of Hope 3) New beginnings</p>	<p>Interventioner, der tilbydes i form af ydelser, som er knyttet til undervisningsinstitutioner, hvor der tilbydes støtte til unge gravide og mødre.</p>
<p>Longhi et al. (2016)</p>	<p>Pas godt på dit barn (MTB) (Minding the Baby (MTB))</p>	<p>MTB er en tværfaglig hjemmebesøgsordning udviklet med henblik på at støtte unge førstegangsmødre. Ordningen integrerer tilgange inden for primære sundhedsydelser og mental sundhed i én samlet, intensiv intervention, der løber fra graviditetens sidste trimester til barnets toårsfødselsdag. Interventionens formål er primært at fremme sensitivitet i omsorgen og sekundært at fremme både barnets og moderens sociale og emotionelle tilstand.</p>
<p>Moss et al. (2018)</p>	<p>Video og feedback om tilknytning (AVI) (Attachment Video-Feedback Intervention (AVI))</p>	<p>AVI er udviklet til udsatte forældre og deres børn i alderen 0-5 år. Formålet med interventionen er at fremme forældrenes sensibilitet, øge børnenes tilknytningstryghed og reducere forstyrrelser i tilknytningen mellem børn og forældre, der er anmeldt for børnemishandling og/eller omsorgssvigt. Interventionen omfatter otte hjemmebesøg af 90 minutters varighed, som er bygget op om fire segmenter: 1) 20 minutters samtale om et emne, som vælges af forældrene ud fra en liste af emner, som omhandler barnets behov i forældre-barn-relationen. 2) En 10-minutters videofilm interaktiv session, hvor</p>

		<p>en aktivitet og instruktion vælges af fagpersonen ud fra barnets alder og evner. For eksempel efterligning og turtagning, etablering af øjenkontakt eller en snak om forældrenes evne til at påtage sig forældrerollen.</p> <p>3) 20 minutters feedback, hvor fagpersonen afspiller den optagede video og indleder en samtale om forældrenes og barnets følelser og observationer om dem selv og barnet under interaktionen. Fagpersonen sætter fokus på positive sekvenser og giver feedback, der forstærker forældrenes lydhøre adfærd over for barnet og den indvirkning, den har på barnets adfærd.</p> <p>4) 10-15 minutters opsamling, hvor udviklingen fremhæves, og forældrene opfordres til at fortsætte lignende aktiviteter med deres barn i den kommende uge.</p>
Nelson et al. (1982)	Teen-Tot-klinik (Teen-Tot Clinic)	<p>En Teen-Tot-klinik er en tværfaglig klinik, hvor personalet består af børnelæger, børnesygeplejersker, socialrådgivere og diætister. Her tilbydes primære sundhedsydelser til nyfødte og mødre i de første 18 måneder af barnets liv. Der iværksættes tiltag til fremme af barnets fysiske, følelsesmæssige og sociale udvikling. Teenagemødre får tilbudt ydelser, der har til formål at styrke deres forældreevne, tilskynde dem til fremtidig familieplanlægning og støtte og hjælpe dem til at færdiggøre deres uddannelse. Disse ydelser, der tilbydes mødre og deres nyfødte, gennemføres i form af individuelle og gruppebaserede møder mellem deltagerne og det fagprofessionelle team.</p>
Onyskiw et al. (1999)	Sammen for børnene (Together for Kids)	<p>"Together for Kids" er et forebyggelsesprojekt for omsorgssvigtede børn, der tilbydes børn og familier i to lokalområder i mellemstore byer i Canada. Projektet er et samarbejde mellem forskellige arbejdsgrupper i sundhedsvæsenet, socialsektoren og retlige instanser, der sammen fokuserer på at forebygge omsorgssvigt gennem familiestøtte og planlægning. Formålet med projektet er at yde integrerede ydelser til børn og deres familier, som er nemme at få adgang til og fleksible i forhold til de specifikke lokale behov. Disse ydelser er primært institutionsbaserede, men der kan foretages individuelle hjemmebesøg. Arbejdsgruppen arbejder også med de lokale om at identificere forebyggelsesstrategier og programmer for</p>

		<p>enkeltpersoner og grupper (for eksempel forældreundervisning og støttegrupper, forebyggelse af omsorgssvigt blandt skolebørn samt venne-/mentorstøttegrupper for børn og unge i udskolingen. Arbejdsgruppen består af lokale sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer, en politibetjent og en efterforsker i sager om omsorgssvigt.</p>
Renner et al. (2018)	<p>Intervention i den tidlige barndom (ECI)</p> <p>(Early Childhood Intervention (ECI))</p>	<p>ECI er et kommunalt tværfagligt samarbejdsnetværk i Tyskland. Der tilbydes ydelser til alle gravide og småbørnsfamilier samt ekstra psykosocial støtte til familier med behov for støtte. Det er frivilligt, om man vil benytte sig af tilbuddene, og der er ingen screening til identificering af familier med problemer, da dette kan føre til stigmatisering af målgruppen. ECI-netværket i den enkelte kommune er udformet og implementeret, så det passer til og imødekommer de specifikke lokale situationer og behov, mens en landsdækkende ramme sikrer kvalitetsstandarder, faglig uddannelse og kompetenceudvikling samt ansvarlighed, med det samlede formål at sikre hurtige og effektive ydelser til familierne.</p>
Slade et al. (2019)	<p>Pas godt på dit barn (MTB)</p> <p>(Minding the Baby (MTB))</p>	<p>(Et andet studie om samme projekt, som er nævnt tidligere)</p> <p>Under MTB ydes intensive hjemmebesøg hos førstegangsmødre, spædbørn og deres familier, der starter i løbet af andet trimester. Familierne besøges ugentligt i løbet af graviditeten, fødslen og barnets første leveår samt enkelte gange i barnets andet leveår. MTB udbydes af et tværfagligt team bestående af sygeplejersker og kliniske socialrådgivere. Det er et relationsbaseret program, hvilket betyder, at tilbuddets kvalitet afhænger af kvaliteten af den relation, den fagprofessionelle opbygger med mødre og familierne.</p>
Williams (2020)	<p>Partnerskab mellem sygeplejerske og familie (NFP)</p> <p>(Nurse-Family Partnership (NFP))</p>	<p>NFP har til formål at hjælpe mødre til at forudse farezoner og udvikle færdigheder til at nå deres mål. NFP-programmet er designet til førstegangsmødre med lav indkomst og er baseret på over 30 års erfaring og resultaterne af tre store randomiserede kliniske undersøgelser blandt befolkningsgrupper fra forskellige steder. Programmet er i dag implementeret i 41 stater i USA og har hjulpet 309.000 familier. Programmet har vist sig at have en vedvarende effekt</p>

		i forhold til at forbedre forældreomsorgen og livet som gravid blandt deltagerne i den oprindelige undersøgelse. Resultaterne af gentagelsesforsøg viser en lidt mindre effekt, hvilket kan forklares ved en anden sammensætning af det tværfaglige samarbejde mellem de lokale institutioner m.m.
Aarestrup et al. (2020)	Forældreprogrammet Tryghedscirklen (COSP) (Circle of Security Parenting Program (COSP-Program))	Denne intervention består af fire hovedkomponenter, der starter under graviditeten og fortsætter i op til ni måneder efter fødslen. Den tilbydes til psykisk eller socialt sårbare kvinder . Komponenterne består i at 1) se efter symptomer på psykisk sygdom og indlede behandling, hvis det er muligt, 2) opstarte et individuelt forældretilknytningsprogram, som gennemføres af en sygeplejerske, 3) støtte amningsbeslutninger om varighed m.m. gennem undervisning i teknikker og strategier og 4) formidle viden om og organisere behandlingsforløb for familier på tværs af sektorer for at undgå huller i den præ- og postnatale pleje til gravide og nye mødre. Interventionens komponenter gennemføres på hospitalet ved mødrene med jordemoderen og ved hjemmesøg i mødrenes hjem. Derudover gøres der en indsats for at undervise mødrene og deres partnere i vigtigheden af amning, og hvordan denne bedst kan lykkes. Det gøres på et møde af en times varighed med jordemoderen og sygeplejersken, der kommer på hjemmebesøg og fokuserer på en vellykket amning.

Effekter og målemetoder

I dette afsnit nævnes kort, hvilke måleredskaber der i studierne er brugt til vurdering af, om den undersøgte intervention var eller forventes at være vellykket. For at kunne sammenligne de anvendte måleredskaber er interventionselementerne opdelt i kategorier af samme type.

Hjemmebesøg

Ayerle et al.¹¹ påpeger positive resultater ved forældrenes deltagelse i "Family midwife"-interventionen, idet mødre, som modtog hjemmebesøg i mindst seks måneder, havde en øget positiv vurdering af "parent-child relationship" og "maternal care for child". Derudover viste de supplerende interviews med mødre, som deltog i interventionen, at de værdsatte den faglige støtte, de modtog, og den nemme overlevering på tværs af afdelinger.¹¹ Både Longhi et al.⁹ og Slade et al.¹⁰ undersøger interventionen "Minding the Baby" ved hjælp af et randomiseret kontrolstudie. Longhi et al.⁹ måler interventionens udfald ved primært at fokusere på "quality of maternal sensitivity" og sekundært at se på tryk i tilknytningen, barnets kognitive/sproglige udvikling, adfærdsproblemer, udsat/forsinket fødsel, moderens mentale sundhed og myndighedsindsatser til sikring af barnets sikkerhed. I studiet af Slade et al.¹⁰ måles graden af "parental reflective functioning", "quality of dyadic affective communication", tilknytningskvalitet, fødselsdepression og posttraumatisk stress.

Undervisning, vejledning og støtte til forældrene

Om forældreundervisningen er vellykket, måler Drummond et al.² for eksempel ved at påvise, at forældre, som har deltaget i interventionen, fremviser en øget "maternal-infant contingent response" over tid sammenlignet med forældre, som ikke har deltaget i interventionen. Aarestrup et al.¹⁴ ville i deres randomiserede kontrolstudie primært måle udfald ved "maternal sensitivity", og som sekundære resultater inkluderes spædbarnets socio-emotionelle udvikling, forældres mentalisering, forældrenes stressniveau, depressive symptomer og forældrenes trivsel.

I interventioner med fokus på unge mødre, hvor der tilbydes støtte til gennemførelse af moderens uddannelse, finder Coleman⁶ gennem interviews en positiv oplevet effekt blandt deltagere. I studiet af Fonseca³ vurderes det, at de unge mødre, som har deltaget i de skolebaserede interventioner, fremstår styrkede og håbefulde. Samtidig påpeger undersøgelsen også støttende og udfordrende faktorer i det tværfaglige samarbejde af de tre undersøgte interventioner. Nelson et al.⁷ vurderer interventionens succes ved at måle, om barnet har modtaget alle anbefalede vacciner, barnets vægt ved 6 måneder, brugen af prævention, deltagelse i uddannelse og graviditetshyppigheden.

Tværasektorielle indsatser

De tværasektorielle indsatser måles primært på baggrund af den oplevede effekt hos de fagprofessionelle og interventionsmodtagerne gennem interviews. I Clavier et al.¹ er det undersøgt, hvilke tværasektorielle indsatser der er udviklet med støtte fra SIPPE-interventionen. Mange af initiativtagerne rapporterer i undersøgelsen, at dialogen mellem samarbejdspartnerne, som er involveret i indsatsen, har været minimal, hvilket har været et fokuspunkt for interventionen generelt.¹ Eastwood et al.¹³ beskriver, at de fagprofessionelle oplever positive effekter ved brugen af det

tværsektorielle program på grund af programmets fleksibilitet og anvendelighed, men at også familierne oplever, at programmet har sat øget fokus på deres behov, og at de har fået en større tillid til de tilbudte ydelser. Resultater fra interviews i undersøgelsen af Onyskiw et al.⁵ viser, at brugerne af "Together for Kids" oplever, at ydelserne er mere tilgængelige, personlige og imødekommende over for brugernes individuelle behov end de tidligere tilbud, de har modtaget. Adgangen til et tværfagligt team med kort responstid blev pointeret.

Forskellige variationer af "Early Childhood Intervention"-programmet er vurderet i undersøgelsen af Renner et al.¹². Resultaterne af dokumentanalyse og interviews viser blandt andet, at det i højere grad lykkes at nå ud til de udsatte familier, hvis indsatserne udbydes som valgfrie frem for universelle programmer. En styrke i interventionen er fleksibiliteten i implementeringen, som muliggør lokal tilpasning af det tværfaglige samarbejde i de enkelte kommuner¹². Samarbejdet på tværs af sundheds- og socialektoren i intervention "Nurse-Family Partnership" undersøges af Williams⁸ ved hjælp af spørgeskemaer, som kortlægger samarbejdets omfang og egenskaber. Disse resultater er derefter kombineret med udfald for fastholdelse af interventionsmodtagere, rygestop og børneulykker/skader.

Opsamling

Litteraturgennemgangen resulterede i 14 relevante videnskabelige artikler, der hver undersøger indsatser, der kan relateres til Tidlig Indsats, heraf litteratur fra henholdsvis Canada, USA, Storbritannien, Tyskland, Australien og Danmark. Disse viser specifikke interventionsdesign og metoder, der alle har det fælles formål at forebygge mistrivsel, fremme børns udvikling og understøtte barnets og familiens mentale sundhed.

Indsatserne på tværs af programmerne inkluderer forældreundervisning, perinatal pleje, hjemmebesøg, studievejledning, mentorer og støttegrupper. Derudover arbejdes der også med at gøre ydelserne lettere tilgængelige ved hjælp af identificering af sociale determinanter. Der ses en varierende grad af tværfagligt eller tværsektorielt samarbejde på tværs af studierne. Der beskrives primært et samarbejde mellem og på tværs af sundheds- og socialsektoren, men i nogle programmer involveres også uddannelsessektoren og retlige instanser, alt efter hvilken målgruppe der arbejdes med. Studierne beskriver overordnet positive effekter ved indsatser, der inkluderer hjemmebesøg, undervisning, vejledning og støtte til forældrene og tværsektorielle indsatser.

Litteraturen beskæftiger sig hovedsagelig med afgrænsede og specifikke interventionsprojekter og kan ikke sammenlignes direkte med en landsdækkende indsats som Tidlig Indsats, der består af en bred vifte af tilbud, og som leveres med stor variation fra sted til sted. Litteraturen giver dog inspiration til udformningen af indsatser samt erfaringer med tværsektorielt samarbejde og undersøgelsesmetoder.

Referencer

1. Clavier, C., Gendron, S., Lamontagne, L. et al. Understanding similarities in the local implementation of a healthy environment programme: Insights from policy studies. *Social Science and Medicine* 2012;75(1):171-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.044.
2. Drummond, J.E., Letourneau, N., Neufeld, S.M. et al. Effectiveness of teaching an early parenting approach within a community-based support service for adolescent mothers. *Research in nursing & health* 2008;31(1):12-22. doi: 10.1002/nur.20235 [udgivet online første gang: 2008/01/01].
3. Fonseca, S. An analysis of discourses within the context of school-linked integrated services for pregnant and parenting young women. University of Ottawa, 2010.
4. Moss, E., Tarabulsky, G.M., Dubois-Comtois, K. et al. The attachment video-feedback intervention program: Development and validation. *Steele, Howard [Ed]; Steele, Miriam [Ed] (2018) Handbook of attachment-based interventions (pp 318-338) xvii, 526 pp New York, NY, US: Guilford Press; US 2018:318-38.*
5. Onyskiw, J.E., Harrison, M.J., Spady, D. et al. Formative evaluation of a collaborative community-based child abuse prevention project. *Child Abuse and Neglect* 1999;23(11):1069-81. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00080-0.
6. Coleman, G.M. A descriptive case study of the comprehensive services provided to pregnant adolescents and adolescent mothers by the Tulsa Margaret Hudson Program. Oral Roberts University, 2015.
7. Nelson, K.G., Key, D., Fletcher, J.K. et al. The Teen-Tot clinic. An alternative to traditional care for infants of teenaged mothers. *Journal of Adolescent Health Care* 1982;3(1):19-23. doi: 10.1016/S0197-0070(82)80023-5.
8. Williams, V.N. A mixed-methods approach to characterizing cross-sector collaboration and its effects in nurse-family partnership. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2020;81(9-B):Ingen sideinddeling angivet.
9. Longhi, E., Murray, L., Hunter, R. et al. The NSPCC UK Minding the Baby® (MTB) home-visiting programme, supporting young mothers (aged 14-25) in the first 2 years of their baby's life: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2016;17(1) doi: 10.1186/s13063-016-1618-4.
10. Slade, A., Holland, M.L., Ordway, M.R. et al. Minding the Baby®: Enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. *Development and psychopathology* 2019;32(1):123-37. doi: 10.1017/S0954579418001463.
11. Ayerle, G.M., Makowsky, K., Schücking, B.A. Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives. *Midwifery* 2012;28(4):E469-77. doi: 10.1016/j.midw.2011.05.009 [udgivet online første gang: 2011/07/26].

12. Renner, I., Saint, V., Neumann, A. et al. Improving psychosocial services for vulnerable families with young children: Strengthening links between health and social services in Germany. *BMJ (Online)* 2018;363 doi: 10.1136/bmj.k4786.
13. Eastwood, J., Barmaky, S., Hansen, S. et al. Refining program theory for a place-based integrated care initiative in Sydney, Australia. *International Journal of Integrated Care* 2020;20(3):1-16. doi: 10.5334/ijic.5422.
14. Aarestrup, A.K., Skovgaard Væver, M., Petersen, J. et al. An early intervention to promote maternal sensitivity in the perinatal period for women with psychosocial vulnerabilities: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychology* 2020;8(1):41. doi: 10.1186/s40359-020-00407-3 [udgivet online første gang: 2020/04/30].