

CAST - Center for Anvendt
Sundhedstjenesteforskning og
Teknologivurdering
Winsløwparken 19, 3
5000 Odense C

Tlf.: 6550 1000
Fax: 6591 8296

**Modelprojektet:
Graviditet – Fødsel eller Provokeret Abort**

Evalueringsrapport

Maj 2004

Anne Lee

Indholdsfortegnelse:

1. Forord.....	5
1.1 Læservejledning	6
2. Sammenfatning af rapporten.....	7
3. Præsentation af modelprojektet.....	10
3.1 Modelprojektets målgrupper	11
3.1.1 Gravide kvinder.....	12
3.1.2 Praktiserende læger.....	13
3.1.3 Jordemødre.....	14
3.1.4 Gynækologiske læger og sygeplejersker.....	14
3.2 Modelprojektets organisation og lovgivningsmæssige baggrund	15
3.2.1 Mødrehjælpen	15
3.2.2 Den lokale afdeling	15
3.2.3 Projektleder	16
3.2.4 Socialrådgiver	16
3.2.5 Psykolog.....	16
3.2.6 Projektfølgegruppe.....	16
3.2.7 Økonomi.....	17
3.2.8 Lovgivning	17
4. Modelprojektet som et udviklingsprojekt	18
4.1 Implementering af modelprojektets tiltag efter dets ophør	21
5. Evaluering af modelprojektet.....	22
5.1 Formålet med en evaluering af modelprojektet.....	22
5.2 Evalueringsmetode	24
5.2.1 Baselineundersøgelse	25
5.2.2 Midtvejsevaluering.....	25
5.2.3 Slutevaluering	26
5.2.4 Andre data.....	28
5.3 Henvisning til tabelbilag	29
6. Vurdering af det sociale anamneseskema	31
6.1 Kommunikationen før introduktion af det sociale anamneseskema	31
6.1.1 Kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet.....	31
6.1.2 Tvivlende eller abortsøgende kvinder.....	32
6.1.3 Delkonklusion	33
6.2 Brug af det sociale anamneseskema.....	33
6.2.1 Delkonklusion	34

6.3	Holdninger til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema	34
6.3.1	Praktiserende læger	34
6.3.2	Jordemødre	35
6.3.3	Gynækologiske læger og sygeplejersker	36
6.3.4	Kvinder	37
6.3.5	Delkonklusion	38
6.4	Identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats	38
6.4.1	Emner der indgik i den praktiserede læges samtale med kvinderne	39
6.4.2	Ansvar for at kvinderne er tilstrækkeligt rådgivet	39
6.4.3	Delkonklusion	41
6.5	Sikring af kommunikation mellem forskellige behandler/rådgivergrupper	41
6.5.1	Kvinder henvist, med det sociale anamneseskema, til rådgivning i Jordemodercentret og Abortrådgivningen	41
6.5.2	Kvinder med alvorlige personlige problemer	43
6.5.3	Delkonklusion	43
6.6	Sammenfatning og konklusion	44
7.	Vurdering af tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret	46
7.1	Antal kvinder, som fik rådgivning	46
7.2	Praktiserende lægers henvisning til socialrådgiver i Jordemodercentret	47
7.3	Jordemødres henvisning til socialrådgiver i Jordemodercentret	48
7.4	Sammenfatning og konklusion	50
8.	Vurdering af tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen	51
8.1	Antal kvinder, som fik rådgivning	51
8.2	Praktiserende lægers henvisning til Abortrådgivningen	53
8.3	Gynækologiske lægers og sygeplejerskers henvisning til Abortrådgivningen	53
8.4	Henvisning til psykolog efter Provokeret Abort	54
8.5	Sammenfatning og konklusion	55
9.	Kvindernes vurdering af de rådgivende og støttende samtaler	56
9.1	Interview med syv kvinder	56
9.1.1	Sårbare i situationen	56
9.1.2	At tale med et menneske, som man ikke har et personligt forhold til	57
9.1.3	En rådgiver med viden og erfaring	58
9.1.4	At stille spørgsmål til kvindens beslutning om svangerskabet	59
9.1.5	Mandens rolle	59
9.1.6	Den praktiserende læge	60
9.1.7	Mødrehjælpen	60

9.2 Sammenfatning og konklusion.....	60
10. Samarbejde mellem forskellige behandler/rådgivergrupper før og efter modelprojektet.....	62
10.1 Praktiserende lægers oplevelse af det tværfaglige samarbejde.....	62
10.2 Jordemødres oplevelse af det tværfaglige samarbejde.....	63
10.3 Gynækologiske lægers og sygeplejerskers oplevelse af det tværfaglige samarbejde.....	64
10.4 Konklusion.....	65
11. Vurdering af modelprojektets synliggørelse af gravide kvinders sociale forhold	66
12. Økonomisk evaluering	68
12.1 Metode og datamateriale	68
12.2 Resultater.....	68
12.2.1 Startomkostninger	68
12.2.2 Driftsomkostninger	70
12.3 Omkostninger ved fremtidig implementering	72
13. Evalueringens samlede diskussion og konklusion.....	74
14. Perspektivering og fremtidige anbefalinger.....	77
14.1 Initiativer i Fyns Amt	78
15. Referencer	79
16. Tabelbilag.....	80
17. Bilag.....	89

1. Forord

Mødrehjælpen i Odense har i perioden 2001-2003 gennemført et modelprojekt i Odense Kommune om en bedre måde, hvorpå sundhedsprofessionelle kan identificere, formidle og udveksle information om sociale problemer hos gravide kvinder. Som led i projektet har der desuden været oprettet støttefunktioner i det lokale Jordemodercenter og i Mødrehjælpens Abortrådgivning. Disse tiltag kan opfattes som tre organisatoriske tilføjelser til sundhedsvæsenets eksisterende tilbud for gravide kvinder.

Med henblik på at vurdere og systematisere de opnåede erfaringer med disse tiltag og relatere dem til en bredere kreds af interessenter har Mødrehjælpen i Odense bedt Center for Anvendt Sundheds-tjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST) ved Syddansk Universitet om at indgå i et samarbejde omkring en evaluering af disse nye initiativer. Evalueringen har været tilrettelagt som en fortløbende, alsidig og systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af de tre organisatoriske tilføjelser. Det er intentionen med denne rapport at give både lokale og nationale beslutningstagere på forskellige niveauer en forskningsbaseret, anvendelsesorienteret vurdering af de erfaringer, der er opnået gennem Mødrehjælpens projekt. Rapporten skulle således give beslutningstagerne - både lokalt og nationalt - et informeret grundlag for at vurdere relevansen og effekten af de tre analyserede tiltag.

Planlægningen af denne evaluering begyndte i foråret 2001 med udarbejdelse af en overordnet evalueringsplan bestående af en baseline undersøgelse, en midtvejsevaluering og en slutevaluering, som blev udført af medarbejdere ved CAST. Evalueringens overordnede plan og baselineundersøgelsen blev tilrettelagt af Lene Nøhr-Jensen og Jan Sørensen. Midtvejsevalueringen blev udført af Mads Rieper og Anne Lee. Slutevalueringen er udført af Anne Lee. Nærværende rapport er skrevet af Anne Lee. Jan Sørensen har bidraget til økonomiafsnittet og har deltaget i planlægningen af de forskellige faser.

Projektleder Birte Fangel Poulsen, Mødrehjælpen, har deltaget i drøftelserne omkring tilrettelæggelsen af evalueringens forskellige faser og har læst og kommenteret tidligere udgaver af rapporten.

Med henblik på drøftelse af evalueringens resultater og perspektivering har en tidligere udgave været forelagt Mødrehjælpens projektfølgegruppe.

Evalueringen har via Mødrehjælpen af 1991 modtaget finansielt tilskud fra Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV). En tidligere udgave af evalueringsrapporten har været kommenteret af konsulenter fra CEMTV og to anonyme bedømmere.

1.1 Læservejledning

Denne rapport er en evaluering af et modelprojekt udført i Odense Kommune i årene 2001-2003. I modelprojektet indgik tre tiltag: 1) Udfyldelse af et socialt anamneseskema hos den praktiserende læge. 2) Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordermodercentret. 3) Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen.

Efter sammenfatningen af rapporten i afsnit 2, indledes den egentlige rapport i afsnit 3 og 4 med en kort gennemgang af modelprojektets forudsætninger, indhold og forløb. En mere detaljeret beskrivelse af projektets forudsætninger og tiltag, samt etableringen af det tværfaglige samarbejde og rådgivningen af kvinderne, findes i rapporten "Graviditet – Fødsel eller Provokeret abort - Projektrapport", skrevet af projektleder Birte Fangel Poulsen (1).

Efter baggrundsbeskrivelsen følger i afsnit 5 en beskrivelse af den anvendte evalueringsmetode, som omfattede en baselineundersøgelse, en midtvejsevaluering og en slutevaluering. Evalueringen er udført fortløbende og i sammenhæng med modelprojektets udførelse. De foreløbige analyseresultater og vurderinger har været tilgængelige for projektlederen og har givet anledning til en række justeringer i projektførelsen.

Evalueringens resultater præsenteres i afsnit 6-12 med udgangspunkt i modelprojektets tre tiltag. Resultaterne omfatter beskrivelser og analyser af de tre tiltags anvendelse i forskellige organisationer og deres omkostninger, samt de involverede aktørers vurderinger. Undervejs i resultatgennemgangen præsenteres flere delkonklusioner. I afsnit 11 og 12 gives en beskrivelse af forhold, som er relevante ved fremtidig implementering af tilsvarende tiltag, samt en vurdering af de tre tiltags økonomiske konsekvenser. Til sidst i rapporten præsenteres en samlet diskussion og konklusion af det samlede modelprojekt (afsnit 13) og en perspektivering (afsnit 14). En række tabeller samt dataindsamlingens spørgeskemaer og interviewguides er vedlagt i to bilag.

2. Sammenfatning af rapporten

Denne evaluering giver en forskningsbaseret, anvendelsesorienteret vurdering af Mødrehjælpens modelprojekt "Graviditet – Fødsel eller Provokeret Abort".

Modelprojektet

Modelprojektet blev gennemført i 20 måneder, fra september 2001 til maj 2003. Projektets formål var: 1) at bidrage til tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats i forhold til gravide, 2) at yde rådgivning til sårbare gravide og kvinder, der var i tvivl om gennemførelsen af graviditeten, 3) at yde støttesamtaler før og efter provokeret abort, samt 4) at smidiggøre kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper.

I modelprojektet indgik tre tiltag:

1. Udfyldelse af et socialt anamneseskema hos den praktiserende læge.
2. Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordmodercentret.
3. Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen.

Modelprojektet rettede sig mod alle gravide kvinder i Odense Kommune og omfattede derudover: praktiserende læger, jordemødre og gynækologiske læger og sygeplejersker. Projektorganisationen var forankret i Mødrehjælpens rådgivning i Odense og omfattede en projektleder og en socialrådgiver, som varetog de støttende og rådgivende samtaler.

Evalueringen

Formålet med evalueringen var tosidet. Den skulle dels bidrage til modelprojektets løbende udvikling. Derudover skulle den, gennem en systematisk, tværfaglig, tværsektoriel belysning og vurdering af de tre gennemførte initiativer, opsamle viden og erfaringer med henblik på at give beslutningstagere et empirisk baseret grundlag for at træffe beslutninger om indførelse af initiativer på lokalt og nationalt niveau. Evalueringen tager udgangspunkt i en baselineundersøgelse, en midtvejsevaluering og en slutevaluering af modelprojektet. Evalueringen omfatter såvel modelprojektets tre tiltag, som det samlede modelprojekts forudsætninger, resultater og omkostninger. Derudover vurderes omkostninger ved en fremtidig implementering og der opstilles anbefalinger.

Resultater af evalueringen

Der var i projektperioden ca. 4.150 gravide kvinder, i Odense Kommune, som valgte at gennemføre graviditeten og ca. 782 kvinder, som valgte en provokeret abort. De praktiserende læger udfyldte i alt 796 sociale anamneseskemaer, hvoraf de 44 førte til en henvisning til et af projektets to rådgivningstilbud. Yderligere 12 sociale anamneseskemaer førte til, at jordemoderen efterfølgende henvi-

ste til rådgivning. Uafhængigt af det sociale anamneseskema blev i alt 125 gravide kvinder rådgivet i Jordemodercentret, og i alt 134 kvinder rådgivet i Abortrådgivningen.

Der blev således udfyldt et socialt anamneseskemaer sammen med forholdsvis få af de gravide kvinder (796 ud af 4932 mulige), og det var usikkert i hvilken udstrækning skemaet havde betydning for de praktiserende lægers tidlige identifikation af sociale problemer.

Forud for modelprojektet var der et ønske om en bedre kommunikation mellem de forskellige behandler/rådgivergrupper. Alligevel oplevedes der i projektperioden stort set ingen forbedring i den skriftlige kommunikation.

Modelprojektet øgede kun i beskedent omfang de praktiserende lægers viden om og tilgængelighed til, at henvise gravide kvinder til rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret og til at henvise tvivlende eller abortsøgende kvinder til rådgivning i Abortrådgivningen.

Blandt jordemødre og gynækologiske sygeplejersker oplevedes der en øget opmærksomhed på en tidlig identifikation af sociale problemer. De oplevede at have en viden om, hvordan og hvortil de hurtigt kunne henvise kvinden, samt en sikkerhed for, at der blev taget hånd om problemet. Grunden til den øgede opmærksomhed må anses for at være såvel modelprojektets sikring af henvisningsmuligheder, den information der foregik i forbindelse med projektet, samt nogle organisatoriske ændringer, som fandt sted uafhængigt af, men tidsmæssigt næsten sammenfaldende med projektstart.

Der viste sig et behov for støttende og rådgivende samtaler, men det reelle omfang af behovet kendes ikke. Rådgivningen gav kvinderne mulighed for at tale med en neutral person, som ikke havde personligt kendskab til dem eller var følelsesmæssigt involveret i dem eller i deres graviditet. En rådgiver, som havde erfaringer fra andre kvinder i samme situation, men som også kunne give konkret oplysning og vejledning i forhold til sociale ydelser og som kunne koordinere samarbejdet omkring kvinden.

Konklusion

Evalueringen af modelprojektet viste, at det er relevant med en mulighed for at kunne henvise til kompetent støtte og rådgivning, som et supplement til den praktiserende læges, og andres rådgivning. En mulighed som modelprojektet sikrede.

Evalueringen viste også at såvel en opmærksomhed på behovet for rådgivning, som en viden om henvisningsmuligheden er en forudsætning for brugen af denne mulighed. En opmærksomhed og viden som modelprojektet sikrede hos jordemødrene og de gynækologiske sygeplejersker.

Derudover viste evalueringen et behov for, og et ønske om en forbedret kommunikation så den der henvises til ved hvad henvendelsen handler om, og den der henviser, har sikkerhed for at der tages hånd om henvendelsen. En kommunikation som modelprojektet ikke var i stand til at sikre.

Anbefalinger

Det anbefales, at arbejde for et forbedret samarbejde og koordinering mellem de instanser kvinder kan komme i kontakt med i forbindelse med en graviditet. Herunder at arbejde videre med udviklingen et fælles kommunikationsredskab for de involverede parter. Dette vil sikre at der er klarhed over hvad der samarbejdes omkring, og hvem der tager hånd om hvad.

Derudover anbefales det at sikre et tilbud om støttende og rådgivende samtaler til alle gravide kvinder og deres partner, samt at sikre synligheden af dette tilbud. Rådgivningen kan evt. koncentreres få steder for derved at sikre, at der i tilbudet er tilstrækkelige ressourcer, viden og ekspertise.

3. Præsentation af modelprojektet

Modelprojektets formål var at udvikle og bidrage til bedre måder for en tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats i forhold til gravide, at yde rådgivning til sårbare gravide og kvinder, der var i tvivl om gennemførelsen af graviditeten, at yde støttesamtaler før og efter provokeret abort samt at smidiggøre kommunikationen mellem forskellige behandlere/rådgivergrupper.

I modelprojektet indgik tre tiltag:

1. Udfyldelse af et socialt anamneseskema hos den praktiserende læge.
2. Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret.
3. Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen.

Modelprojektet rettede sig mod alle gravide kvinder i Odense kommune. Ved konsultationen hos den praktiserende læge i forbindelse med konstatering af graviditeten, skulle denne sammen med kvinden udfylde et socialt anamneseskema. Skemaet skulle støtte den praktiserende læge til at identificere sårbare gravide kvinder, samt smidiggøre kommunikationen ved henvisning til og samarbejde med andre faggrupper. Den praktiserende læge kunne derudover henvise kvinden til rådgivende og støttende samtale i henholdsvis Jordemodercentret eller Abortrådgivningen afhængigt af kvindens valg eller eventuelle tvivl i forhold til svangerskabet.

Det sociale anamneseskema:

Det sociale anamneseskema bestod af to skemaer, A og B. Hvert skema havde tre lag/sider med gennemslag. Skema A bestod af blanke felter med overskrifter: Den gravides navn, personnummer, adresse og evt. telefonnummer. Egen læges navn, adresse og telefonnummer, ønsket/uønsket graviditet, tidligere graviditeter, andre børn, civil status, opvækst/socialt netværk, bolig, økonomiske forhold, uddannelse/arbejde, psykiske belastninger, fysiske belastninger, alkohol/rusmidler, evt. kontakter. Skema B bestod af blanke felter, et for hver behandler/rådgivergruppe: praktiserende læge, socialrådgiver i Abortrådgivningen, læger og sygeplejersker i Gynækologisk afdeling, jordemoder i Jordemodercentret, socialrådgiver i Jordemodercentret, kommunen, andre. I felterne kunne temaer for rådgivning, aftaler og henvisninger noteres. Kvinden fik udleveret den første side (originalen) af hvert skema og kunne medbringe denne ved sin videre henvendelse, på lige fod med anden dokumentation som fx vandre- og svangrejournale. Hvis kvinden skriftligt indvilgede, kunne lægen sende side to til Jordemodercentret/Gynækologisk afdeling sammen med henvisningen dertil. Den tredje og sidste side var til den praktiserende læges arkiv. Det var hensigten, at de andre faggrupper skulle skrive videre på skemaet, således at relevant information via kvinden kunne videregives til andre behandlere/rådgivergrupper og tilbage til den praktiserende læge. Det sociale anamne-

seskema var godkendt af Afdelingen for Forebyggelse og af Praksisudvalget, begge under Fyns Amt. Derudover havde Fyns Amt bevilget penge til honorering af de praktiserende lægers udfyldelse af skemaet, idet det blev anset for at kræve udvidet konsultations tid.

Rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret:

Den praktiserende læge eller jordemoderen kunne efter aftale med den gravide kvinde, og i hele graviditetsforløbet, henvise til rådgivende og støttende samtale hos en socialrådgiver som var udstationeret i Jordemodercentret to dage om ugen. Socialrådgiveren tilbød rådgivning om sociale forhold i forbindelse med svangerskab, støtte til kvinden i hendes valg af at gennemføre graviditeten, at fungere som bindeled til bl.a. sociale myndigheder samt at koordinere og sikre eventuelle tiltag eller aftaler herom¹.

Rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen:

Gravide kvinder, som var i tvivl om, hvorvidt de ønskede at gennemføre svangerskabet kunne få rådgivende og støttende samtaler hos en socialrådgiver. Kvinder, som ønskede en provokeret abort, samt kvinder som havde fået foretaget en abort kunne få støttende samtale hos en socialrådgiver². Samtalerne foregik i Abortrådgivning tre dage om ugen. Kvinden kunne selv henvende sig, eller blive henvist af den praktiserende læge eller af personalet på Gynækologisk afdeling. Derudover kunne kvinder, der havde fået en provokeret abort, af praktiserende læge eller projektets socialrådgiver efterfølgende henvises til psykolog i Abortrådgivningen.

Brochure:

I forbindelse med projektet udarbejdede Odense Kommune i samarbejde med projektlederen en brochure ”Gravid – dine muligheder og rettigheder”. Odense Kommune trykte og distribuerede brochuren til bl.a. de praktiserende læger, Gynækologisk Ambulatorium og bibliotekerne.

3.1 Modelprojektets målgrupper

Modelprojektets primære målgruppe var gravide kvinder i Odense Kommune. Derudover henvendte projektet sig til de kontakter indenfor sundhedsvæsenet, som kvinden fik i forbindelse med graviditeten. Udover kontakten med den praktiserende læge, kommer gravide kvinder i kontakt med andre behandler/rådgivergrupper, afhængigt af deres valg i forhold til graviditeten.

Hvis en gravid kvinde vælger at gennemføre svangerskabet, bliver hun henvist til Jordemodercentret, hvor hun kommer i kontakt med en jordemoder. I Jordemodercentret var der i projektperio-

¹ En nærmere beskrivelse af de rådgivende og støttende samtaler samt af de kvinder som kom til samtalerne kan findes i projektrapporten (1)

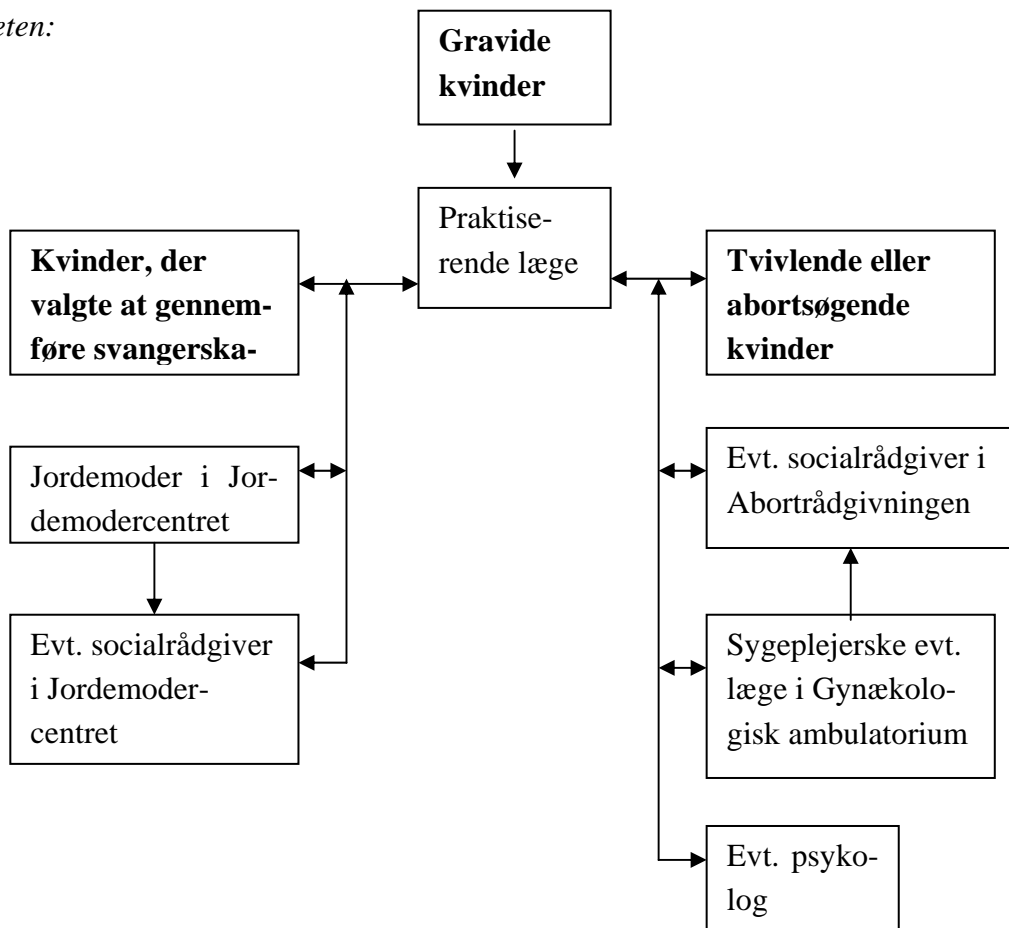
² Der er tale om den lovgivningsmæssigt sikrede ret (7) for kvinden til støttesamtaler før og efter en provokeret abort.

den mulighed for samtale med socialrådgiver efter henvisning fra praktiserende læge eller jordemoder.

Hvis den gravide kvinde var i tvivl, kunne hun henvises, eller selv henvende sig til Abortrådgivningen. Hvis kvinden herefter valgte at gennemføre svangerskabet, blev hun via den praktiserende læge henvist til Jordemodercentret.

Hvis den gravide kvinde valgte en provokeret abort, blev hun henvist til Gynækologisk Ambulatorium, hvor hun kom i kontakt med en sygeplejerske. Kvinden skulle såvel før som efter aborten tilbydes en rådgivende og støttende samtale.

Oversigt over gravide kvinders eventuelle kontakter, afhængigt af deres valg i forhold til graviditeten:



3.1.1 Gravide kvinder

Modelprojektet rettede sig mod alle gravide kvinder i Odense kommune, hvilket ikke er nogen homogen gruppe. En graviditet kan være ønsket og ventet (planlagt), den kan være ønsket men uventet (ikke planlagt) eller den kan være uønsket. Formentlig er langt de fleste kvinder afklarede omkring en gennemførelse af graviditeten, eller (for en noget mindre dels vedkommende) den provokerede

abort, men der er også kvinder som kommer i tvivl. Kvinden kan komme i tvivl, om graviditeten nu også var ønsket, eller om den stadig er ønsket, i tvivl om "det skal være lige nu", eller i tvivl om hvorvidt graviditeten alligevel er uønsket, nu da den er aktuel. Det er uvist, hvor mange kvinder, der er i tvivl om gennemførelse af svangerskabet eller aborten og der er formentlig stor forskel på omfanget af tvivl. Det kan være lige fra en kort tanke til en tvivl som kvinden er nødt til at handle i forhold til.

Hvorvidt en graviditet er ønsket eller uønsket og om den er ventet (planlagt) eller uventet (ikke planlagt) har selvfølgelig betydning for, hvorvidt kvinden vælger at gennemføre svangerskabet eller ej, men derudover er der formentlig mange andre forhold, som også har betydning. I en rapport fra 1994 (2) blev et repræsentativt udsnit af danske kvinder spurgt til deres valg om henholdsvis at gennemføre eller afbryde svangerskabet. Ifølge rapporten var 60% af graviditeterne ønskede og ventede. Ud af disse resulterede en procent i provokeret abort. 24% af graviditeterne var ønskede, men uventede. Ud af disse resulterede en fjerdedel i provokeret abort. 16% af graviditeterne var uønskede. Ud af disse resulterede halvfems procent i provokeret abort. Rapporten konkluderede at det udover familiens generelle levevilkår især var parforholdet, men også kvindernes alder, børnetal samt hvor de boede i landet, som havde betydning for deres valg (2).

I de 20 måneder som modelprojektets forløb strakte sig over valgte ca. 4.150 gravide kvinder, bosiddende i Odense Kommune, at gennemføre svangerskabet³. Der var i perioden ca. 780 kvinder, bosiddende i Odense Kommune, som valgte at få en provokeret abort⁴. Herudover var der et ukendt antal kvinder som aborterede spontant i løbet af svangerskabet. Det er uvist hvor mange kvinder der var i tvivl om gennemførelse af svangerskabet eller den provokerede abort.

3.1.2 Praktiserende læger

Ved modelprojektets start i 2001 var der 114 praktiserende læger, ved projektets afslutning i 2003 var tallet steget til 121 praktiserende læger, organiseret i 77 praksis i Odense Kommune. Der var såvel enkeltlæge praksis som praksisfællesskaber mellem flere læger. De praktiserende læger ses som nøglepersoner i forhold til de gravide kvinder. Hvis en kvinde har konstateret eller ønsker at få konstateret en graviditet, henvender hun sig til sin praktiserende læge. Ved denne 1. graviditetskonsultation rådgiver den praktiserende læge kvinden ud fra hendes ønske og samlede situation. Derefter henviser lægen kvinden til henholdsvis jordemoder, speciallæge/sygehus, socialforvaltning eller andre efter behov. Med henvisningen sendes de relevante oplysninger om kvinden. Gravide kvinder er dog ikke en gruppe, som ofte ses i lægens konsultation. Ifølge en opgørelse fra Sygesikringen, så de praktiserende læger i Odense Kommune i alt 4.193 kvinder i 1. graviditetskonsultation i projekt-

³ Antallet er beregnet ud fra, at der i perioden medio 2001- medio 2002 blev henvist ca. 2490 gravide kvinder, bosiddende i Odense Kommune, til Jordemodercentret (se også afsnit 5.2.4 Andre data).

⁴ Antallet er beregnet ud fra, at der i 2002 var 469 provokerede aborter blandt kvinder bosiddende i Odense Kommune (oplysninger fra Odense Universitetshospital) (se også afsnit 5.2.4 Andre data).

perioden⁵. Derudover så de et ukendt antal tvivlende og abortsøgende kvinder. Den enkelte praktiserende læge så, for de flestes vedkommende, mellem en og to kvinder til 1. graviditets konsultation per måned, og langt de fleste læger så mindre end én tvivlende eller abortsøgende kvinde per måned.⁶

Inden modelprojektet blev igangsat, havde de praktiserende læger mulighed for at henvise gravide kvinder til Mødrehjælpens forskellige rådgivningsfunktioner, samt at henvise særligt sårbare gravide kvinder til en speciel gruppe ved fødeafdelingen på sygehuset. I Mødrehjælpen var der ca. 170 henvendelser om året, som handlede om graviditet. Til gruppen ved fødeafdelingen henvises der årligt ca. 60 kvinder med psykiatriske lidelser, misbrugsproblemer m.m. Disse henvisningsmuligheder blev ikke berørt af projektet, og indgår heller ikke i evalueringen.

3.1.3 Jordemødre

Gravide kvinder i Odense Kommune bliver af den praktiserende læge henvist til et Jordemodercenter, placeret centralt i byen og udenfor sygehusets regi. Jordemodercentret har tilknyttet ca. 50 jordemødre, som ud over konsultationen i centret, betjener flere mindre konsultationer i Odense Kommune samt konsultationer i de nord- og østfynske kommuner og fødestedet ved Odense Universitetshospital. Nogle af konsultationerne ligger i tilknytning til praktiserende lægers konsultationer. Efter henvisning til Jordemodercentret, via den udfyldte vandre- og svangrejournale, bliver kvinderne centralt visiteret til en jordemoder i en af konsultationerne. Derudover kan kvinden henvises til en speciel omsorgsgruppe i Jordemodercentret. Omsorgsgruppen blev startet i februar 2002 og består af fem jordemødre med speciel interesse og kompetence i forhold til sårbare gravide. Alle jordemødre kan henvise til gruppen, hvis de vurderer at en kvinde i deres konsultation vil være bedre hjulpet der. Ved kvindernes henvendelse medbringer de en vandrejournal, som er udfyldt af den praktiserende læge og som sammen med svangrejournalen tjener som kommunikationsmiddel mellem lægen og jordemoderen.

3.1.4 Gynækologiske læger og sygeplejersker

Gynækologisk Ambulatorium er en del af Odense Universitetshospital. I ambulatoriet foretages bl.a. provokerede aborter efter henvisning fra praktiserende læger. Såvel den praktiserende læge som kvinden underskriver en anmodning om svangerskabsafbrydelse. På anmodningen står der bl.a.

⁵ Tallene kan være behæftet med forskellige former for fejl, fx usikkerhed i forhold til hvordan den praktiserende læge koder en 1. graviditetskonsultation hvis kvinden er i tvivl om hvorvidt hun ønsker at gennemføre svangerskabet. (se også afsnit 5.2.4 Andre data).

⁶ De angivne tal er data fra slutevalueringen, hvor de praktiserende læger blev spurgt, hvor mange henholdsvis gravide kvinder til 1. konsultation (20% så <1, 43% så 1-2 og 30 % så 3-5 (n=44)) og abortsøgende kvinder (76% så <1, 17% så 1-2 (n=46)), de så i løbet af en måned.

at kvinden har modtaget information om indgrebet, herunder eventuelle risici, at hun har modtaget information om muligheden for støtte ved gennemførelse af svangerskabet, samt muligheden for støttesamtaler før og efter den provokerede abort. De abortsøgende kvinder bliver indkaldt til et sygeplejeambulatorium, hvor de bl.a. bliver ultralydsscannet, inden der tages stilling til, om indgrebet skal foregå medicinsk eller kirurgisk.

Hvis kvinden er mindre end 8 uger inde i svangerskabet, kan hun tilbydes medicinsk abort. Hvis medicinsk abort vælges, får kvinden udleveret et lægemiddel til indtagelse i ambulatoriet, samt et til senere indtagelse derhjemme. Kvinden kan efter indtagelse af det første lægemiddel gå hjem. Kvinden kommer to uger efter indgrebet til kontrol i ambulatoriet. Ved behov bliver kvinden tilset af den gynækologiske læge.

Hvis indgrebet skal foregå kirurgisk, får kvinden en ny tid til dette. På tidspunktet for det kirurgiske indgreb, bliver kvinden tilset af den gynækologiske læge, som foretager indgrebet. Kvinden skal efter den kirurgiske abort gå til kontrol hos sin praktiserende læge. Sygeplejersker og læger i Gynækologisk Ambulatorium havde i projektperioden mulighed for at henvise kvinden til Abortrådgivningen, hvis kvinden var i tvivl, og hvis kvinden efter aborten ønskede en støttesamtale der.

3.2 Modelprojektets organisation og lovgivningsmæssige baggrund

3.2.1 Mødrehjælpen

Mødrehjælpen var vært for modelprojektet. Mødrehjælpen blev oprettet som en selvejende organisation i 1983⁷. Mødrehjælpen har Rådgivninger i København, Århus og Odense. Til de to afdelinger i Århus og Odense er der tilknyttet mindre rådgivninger i henholdsvis Randers og Svendborg. Ved Mødrehjælpens Rådgivning er der ansat et tværfagligt team af socialrådgivere, psykologer, læger, jurister, jordemødre, sundhedsplejersker og kontormedarbejdere. Mødrehjælpen yder støttende og rådgivende funktioner, og samarbejder i den forbindelse med relevante samarbejdspartnere. Mødrehjælpen har ingen myndighedskompetence.

3.2.2 Den lokale afdeling

Projektet var organisatorisk forankret i Mødrehjælpens afdeling i Odense. I forbindelse med projektet blev Abortrådgivningen indrettet med samtalerum og kontor i nabobygningen til Mødrehjælpen.

⁷ Den tidligere Mødrehjælp, som var i offentligt regi, var blevet nedlagt i forbindelse med lovgivningen om fri abort og den nye bistandslov i henholdsvis 1973 og 1976.

3.2.3 Projektleder

Modelprojektet havde baggrund i projektlederens 20 års arbejdserfaring med udgangspunkt i Mødrehjælpen. Projektlederen havde det overordnede ansvar for projektets gennemførelse, udvikling og dokumentation, og var i projektperioden ansat 25 timer om ugen på projektet.

3.2.4 Socialrådgiver

I projektperioden blev der ansat en fuldtids socialrådgiver til at varetage rådgivningen de to steder, samt til at indgå i udviklingen og dokumentationen af denne. Socialrådgiveren var tilgængelig i rådgivningsfunktionen i Jordemodercentret to dage om ugen og i Abortrådgivningen to-tre dage om ugen, idet ca. en dag om ugen blev brugt på udvikling og dokumentation.

Rådgiverens rolle var at være et menneske med en socialfaglig viden og uden en personlig følelsesmæssig involvering. Rådgiveren skulle lytte, støtte og rumme det, som kvinden anså for betydningsfuldt. Rådgiveren skulle hjælpe kvinden med at se muligheder og konsekvenser, samt med redskaber til at få samling på usikkerhed, tvivl og eventuelt kaos. Derudover skulle rådgiveren rådgive om konkrete sociale forhold og rettigheder. Rådgiveren havde ingen bevillingsmæssig myndighed, men kunne henvise til relevante instanser, følge op på aftaler og støtte kvinden som en samlende og koordinerende person, fx når flere instanser var involveret. Efter endt rådgivning blev de overordnede emner, samt anden relevant information tilføjet det sociale anamneseskema. Hvis skemaet ikke var udfyldt hos den praktiserende læge, blev der udfyldt et alternativt skema, som kvinden fik med sig. Derudover blev der, med kvindens accept, sendt et brev til den praktiserende læge med information om, at kvinden havde været til rådgivning, samt en opfordring til at bruge det sociale anamneseskema. (Denne sidste opfordring ophørte efter og direkte foranlediget af midtvejsevalueringen).

3.2.5 Psykolog

Det blev i forbindelse med projektet muligt at henvise kvinder, som havde fået en abort, til en psykolog. Kvinderne kunne få en akut tid en dag ugentligt, hvor psykologen var til stede i Mødrehjælpen. Den enkelte kvinde kunne højst få to konsultationer. Psykologen var allerede en del af Mødrehjælpens team, og kunne bruge tid i Abortrådgivningen efter behov. Derudover fungerede psykologen som supervisor for socialrådgiveren, i forbindelse med Mødrehjælpens almindelige praksis med tværfaglig sparring.

3.2.6 Projektfølgegruppe

I forbindelse med modelprojektet blev der dannet en følgegruppe bestående af personer fra de deltagende, de beslutningstagende, samt den evaluerende organisation. Følgegruppen skulle sikre projektets kvalitet, den ledelsesmæssige støtte og en bæredygtig implementering.

3.2.7 Økonomi

En bevilling fra Afdeling for forebyggelse og sundhed i Fyns Amt, gjorde det muligt at yde de praktiserende læger honorar for udfyldelse af det sociale anamneseskema. Derudover blev modelprojektet støttet med 1,2 millioner kr. fra Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse og med 400.000 kr. fra Sygekassernes Helsefond. Støttesamtalerne før og efter provokeret abort blev støttet med 433.000 kr. fra Aborthandlingsplanen. Odense Kommune støttede med 225.000 kr. til aflønning af socialrådgiver i de to rådgivningstilbud.

3.2.8 Lovgivning

Modelprojektets grundlag hvilede på en række af love og retningslinier herunder: Lov om svangerskabsafbrydelse fra 1973, senest ændret i 2003 (3), Lov om svangerskabshygiejne fra 1997 (4), Sundhedsstyrelsens retningslinier og redegørelse for svangeromsorg fra 1998 (5), Handlingsplan for nedbringelse af antallet af provokerede aborter fra 1999 (6) og Cirkulære om støttesamtaler før og efter svangerskabsafbrydelse (7)

Ifølge lov om svangerskabsafbrydelse har alle kvinder, som bor i Danmark, ret til at få foretaget en provokeret abort inden udgangen af 12. uge af svangerskabet. Abort efter 12. svangerskabsuge kan tillades efter særlige regler. Anmodningen om provokeret abort skal fremsættes overfor en læge eller en amtskommune, og kvinden skal af en læge vejledes om indgrebet, samt om eventuelle risici. I et cirkulære fra 2000 (7) præciseres det, at den praktiserende læge udover vejledning om indgrebet, skal vejlede kvinden om muligheden for støttesamtaler før og efter indgrebet. Kvinden skal orienteres om, hvor hun kan få støttesamtaler, herunder hos den praktiserende læge, samt at det er hendes valg, hvilket rådgivningstilbud hun eventuelt ønsker at gøre brug af. Kvinden skal vejledes såvel mundtligt som skriftligt og såvel hun, som den praktiserende læge skal på anmodningen om svangerskabsafbrydelse skrive under på, at vejledningen er givet.

Antallet af provokerede aborter har været faldende siden 1975. For yderligere at styrke denne tendens blev der i 1999, på regeringsniveau, udarbejdet en "Handlingsplan for nedbringelse af antallet af provokerede aborter"(6). Af denne fremgår det, at den væsentligste indsats er en styrkelse af præventionsoplysningen til alle, der ønsker at undgå graviditet. En anden væsentlig indsats er at give kvalificeret rådgivning til gravide kvinder eller par, som overvejer provokeret abort. Der ønskes en forbedret rådgivning om personlige, sociale og økonomiske forhold, som kan være afgørende for, om svangerskabet ønskes gennemført eller ej. Samtidig skal det sikres, at den rådgivning om personlige, sociale og økonomiske forhold, som har dannet baggrund for den gravide kvindes efterfølgende valg om at gennemføre svangerskabet, også bliver fulgt op i den efterfølgende svangreomsorg.

4. Modelprojektet som et udviklingsprojekt

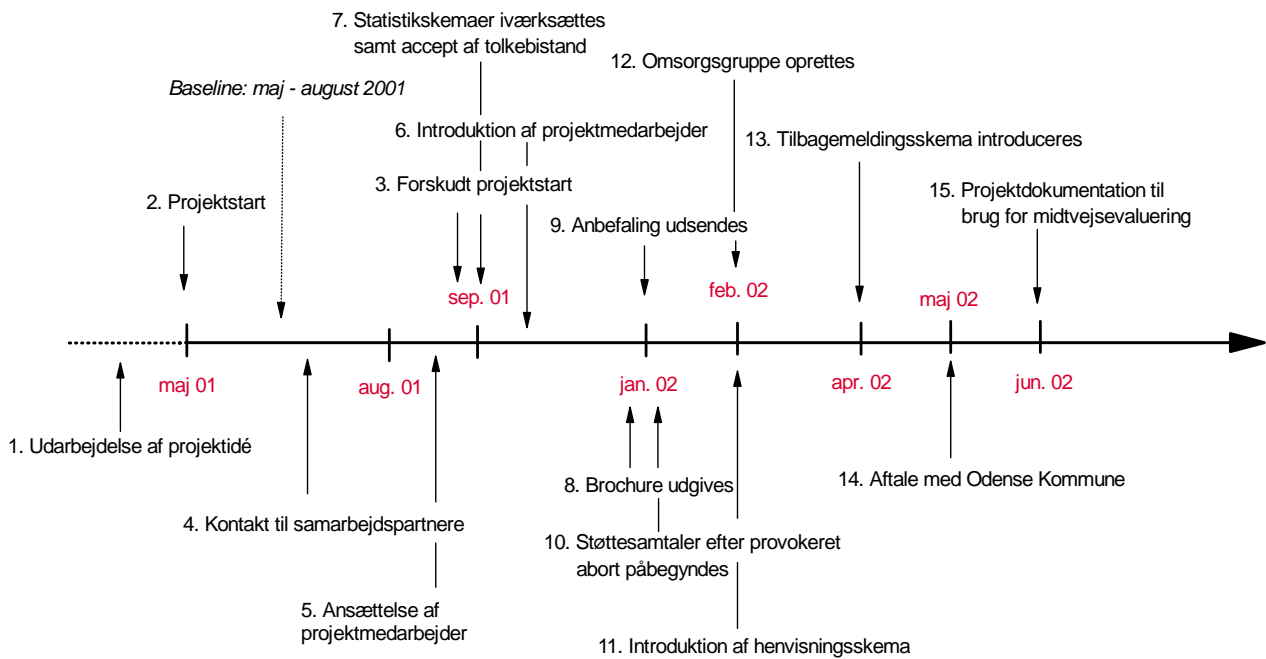
Modelprojektet var struktureret som et udviklingsprojekt, som kunne ændre sig over tid, bl.a. foranlediget af den information, den sideløbende evaluering frembragte. Formålet med dette afsnit er at vise det samlede forløb, samt at vise forholdet mellem modelprojektet og evalueringen af det. Derudover tjener afsnittet som en overgang fra beskrivelsen af modelprojektet til evalueringen af det, som starter i afsnit 5. Sidst i afsnittet beskrives den implementering, der er sket af dele af modelprojektet efter dets ophør.

Inden projektstart blev alle deltagende professionelle informeret såvel skriftligt som mundtligt af projektlederen. De 90 praktiserende læger (ud af 114 mulige), som havde givet tilsagn om deltagelse, blev besøgt enkeltvis eller i deres praksisfællesskaber. Ved besøget blev de informeret om projektet, og de fik udleveret de to spørgeskemaer, som indgik i baselineundersøgelsen. Jordemødrene blev informeret ved møder i Jordemodercentret, og via personlige breve til hver enkelt jordemoder. Gynækologiske læger og sygeplejersker blev informeret ved møder i Gynækologisk Ambulatorium og ved personlige breve. Baselinespørgeskemaet til jordemødre, læger og sygeplejersker blev sendt ud med de personlige breve. Derudover blev der løbende informeret om modelprojektet i forskellige nyhedsbreve, faglige tidsskrifter og i pressen.

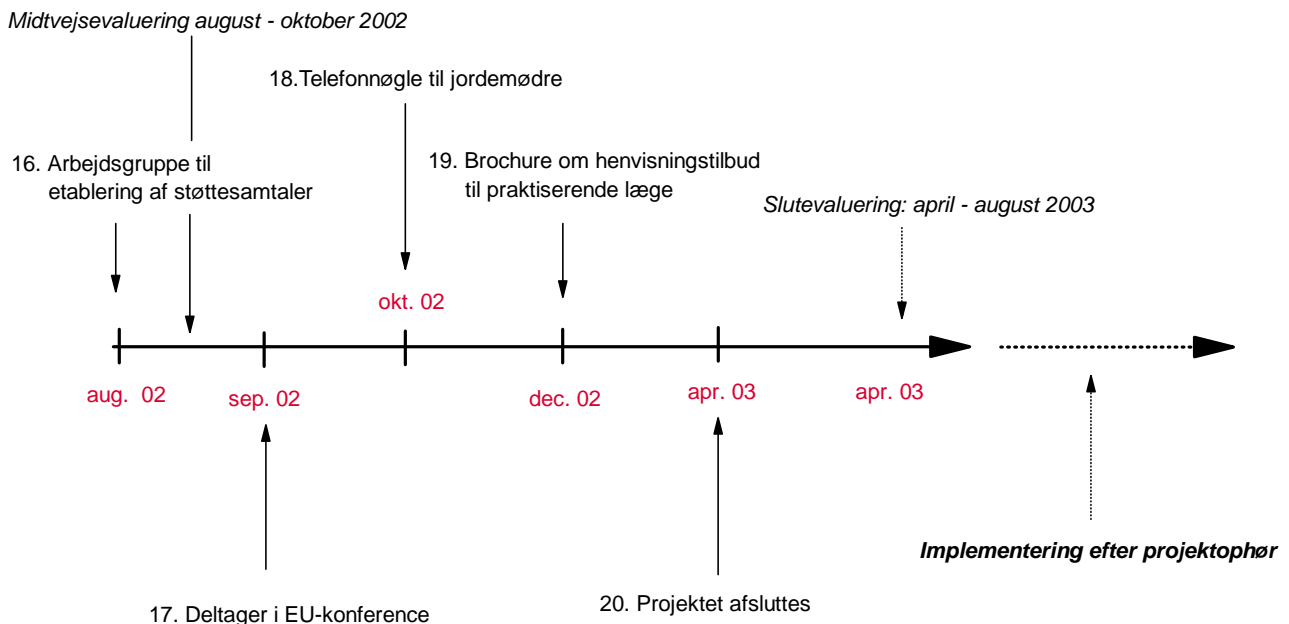
På nedenstående historiske akse præsenteres et forløbsdiagram⁸ med udvalgte milepæle såvel i modelprojektets forløb som i evalueringen.

⁸ Forløbsdiagrammet er udarbejdet af Mads Rieper.

Milepæle i projektet



Milepæle i projektet - fortsat..



På baggrund af den begrænsede plads i diagrammet og af hensyn til forståelsen, blev det valgt at uddybe nogle af milepælene i følgende tekst, hvor numrene refererer til numre i ovenstående diagram. For en større uddybning henvises til rapporten "Projekt: Graviditet – Fødsel eller Provokeret abort" (1):

3. Modelprojektets start blev rykket fra den 1. maj til den 1. september 2001. Dette skete for at tilgodese evaluators ønske om en baselineundersøgelse.
5. Den 15. august 2001 blev en projektmedarbejder (socialrådgiver) ansat til at varetage rådgivningsfunktionen i Jordemodercentret og i Abortrådgivningen.
7. Fra den 1. september udfyldtes et statistiskskema for alle kvinder, der henvendte sig på de to rådgivningssteder.
8. I januar 2002 udgav Odense Kommune, efter oplæg fra projektet, brochuren "Gravid? – dine muligheder og rettigheder".
9. I samme måned udsendtes information til samtlige praktiserende læger i Odense Kommune. Informationen indeholdt bl.a. en anbefaling om at tilbyde en konsultation til kvinder efter et abortindgreb.
10. Samtidigt startedes et tilbud om støttesamtaler efter provokeret abort i Abortrådgivningen. Tilbudet omfattede en mulighed for henvisning til psykolog.
11. I Jordemodercentret blev et henvisningsskema indført, som internt dokumentationsredskab mellem jordemoder og socialrådgiver i tilfælde af manglende socialt anamneseskema.
12. I februar 2002 blev en omsorgsgruppe blandt jordemødrene oprettet uafhængigt af modelprojektet, men koordineret således, at der var sammenfald i ugedagen mellem gruppens tilbud og modelprojektets rådgivningstilbud (se evt. afsnit 3.1.3 Jordemødre).
13. I april 2002 blev et tilbagemeldingsskema fra socialrådgiver til jordemoder indført.
14. I maj 2002 blev der indgået en aftale med Odense Kommune om en skriftlig tilbagemelding til kommunen, forudsat den enkelte kvindes skriftlige accept, og omhandlende konkrete støttebehov afdækket i forbindelse med rådgivning.
16. I august 2002 nedsattes en tværfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe, som skulle arbejde med en beskrivelse af støttesamtaler samt med en fremtidig implementering af disse i Fyns Amt.
18. I oktober 2002 blev et lille hæfte med direkte telefonnumre til de praktiserende læger i Odense Kommune trykt og udleveret til alle jordemødre.
19. I december 2002 blev et lille opslag med oplysninger om de to rådgivningssteder trykt på kraftigt og kulørt papir og sendt til alle praktiserende læger i Odense Kommune.

Perioderne for baselineundersøgelsen (maj-august 2001), midtvejsevalueringen (august-oktober 2002) og slutevalueringen (april-august 2003) fremgår ligeledes af oversigten.

4.1 Implementering af modelprojektets tiltag efter dets ophør

I forbindelse med modelprojektet, blev der arbejdet for at fortsætte og udvide de to støtte- og rådgivningstilbud til hele Fyns Amt efter modelprojekts ophør. Resultatet blev en aftale med Fyns Amt om indførelse af et tilbud om støttesamtaler før og efter provokeret abort gældende til og med december 2004. Tilbudet gives i regi af Mødrehjælpens to rådgivninger i Odense og Svendborg.

Modelprojektets tiltag og foreløbige resultater indgik også i drøftelser i Fyns Amts Fødeplansgruppe om etablering af tværfaglige teams på amtets to fødesteder. De to tværfaglige teams har et bredt og socialt fokus i tilgangen til sårbare gravide. Det blev i amtet vedtaget at udbygge disse teams med ansættelse af psykolog og socialrådgiver til at opretholde og supplere de tværfaglige teams samt tilbyde relevant henvisning eller indsats.

5. Evaluering af modelprojektet

5.1 Formålet med en evaluering af modelprojektet

Modelprojektet var struktureret som et udviklingsprojekt, som kunne ændre sig over tid, bl.a. informeret af den sideløbende evaluering. Formålet med evalueringen var således tosidet. Den skulle dels bidrage til modelprojektets udvikling. Derudover skulle den, gennem en systematisk, tværfaglig, tværsektoriel belysning og vurdering af de tre gennemførte initiativer, opsamle viden og erfaringer med henblik på at give beslutningstagere et empirisk baseret grundlag for at træffe beslutninger om indførelse af lignende initiativer på lokalt og nationalt niveau.

Modelprojektets tre initiativer var:

1. Udfyldelse af et socialt anamneseskema hos den praktiserende læge.
2. Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret.
3. Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen.

Modelprojektet forventedes at bidrage til

- En bedre kommunikation mellem de forskellige behandler/rådgivergrupper
- En større opmærksomhed omkring rådgivning om sociale forhold
- At flere kvinder ville modtage en rådgivning, som skulle støtte dem til at træffe beslutning om abort eller om gennemførelse af svangerskabet
- At der skete en ændring i, hvordan kvinderne blev rådgivet om sociale forhold i relation til graviditet og fødsel
- At flere kvinder var bedre afklaret med hensyn til at gennemføre graviditeten
- At øge kvindens tilfredshed med rådgivningen og et eventuelt forløbet op til en beslutning
- At kvinderne oplevede en bedre kommunikation mellem de forskellige behandler/rådgivergrupper

Modelprojektet forventedes

- At kræve supplerende rådgivningsressourcer
- At kræve øget honorarudbetaling til praktiserende læger
- At kunne give et mindre behov for at andre faggrupper (end socialrådgiveren) drøftede konkrete sociale problemer
- At kunne frigøre arbejdstid hos de andre faggrupper til andre opgaver

Modelprojektet forventedes ikke

- At give anledning til flere eller færre aborter

- At give anledning til færre gennemførte graviditeter

Med udgangspunkt i modelprojektets tre initiativer og de opstillede forventninger søger evalueringen svar på følgende spørgsmål:

Udfyldelse af et socialt anamneseskema hos den praktiserende læge:

- Spørgsmålet er, om det sociale anamneseskema smidiggjorde kommunikation mellem de forskellige behandler/rådgivergrupper og om det øgede opmærksomheden omkring rådgivning om sociale forhold? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 6, hvor der ses på:
 - Hvordan oplevede de forskellige behandler/rådgivergrupper deres indbyrdes kommunikation forud for introduktionen af det sociale anamneseskema - var der brug for et nyt skema?
 - I hvor høj grad blev det sociale anamneseskema brugt?
 - Hvordan var holdningen til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema?
 - Bidrog det sociale anamneseskema til en tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats?

Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret:

- Spørgsmålet er, om der skete en ændring i hvordan kvinderne blev rådgivet om sociale forhold i relation til graviditet og fødsel? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 7, hvor der ses på:
 - Hvor mange kvinder fik rådgivning, og hvor mange gange?
 - Hvordan oplevede de praktiserende læger at kunne henvise til socialrådgiver i Jordemodercentret?
 - Hvordan oplevede jordemødrene at kunne henvise til socialrådgiver i Jordemodercentret?

Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen:

- Spørgsmålet er, om flere kvinder modtog en rådgivning, som skulle støtte dem til at træffe beslutning om abort eller om gennemførelse af svangerskabet? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 8, hvor der ses på:
 - Hvor mange kvinder fik rådgivning, og hvor mange gange?
 - Hvordan oplevede de praktiserende læger at kunne henvise til socialrådgiver i Abortrådgivningen?
 - Hvordan oplevede læger og sygeplejersker på Gynækologisk Ambulatorium at kunne henvise til socialrådgiver i Abortrådgivningen?

Modelprojektet som helhed:

- Spørgsmålet er, om kvinderne tilfredshed med rådgivningen og et eventuelt forløbet op til en beslutning blev øget? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 9.
- Spørgsmålet er, om modelprojektet havde betydning for det tværfaglige samarbejde? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 10
- Spørgsmålet er, om synligheden af gravide kvinders sociale forhold blev øget? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 11.
- Spørgsmålet er, hvilke økonomiske ressourcer der var forbundet med opstarten og driften af det specifikke implementeringsprojekt? Spørgsmålet søges besvaret i afsnit 12.

5.2 Evalueringsmetode

Med udgangspunkt i ovenstående forventninger, et beskedent forhåndskendskab til de mulige konsekvenser af initiativerne, samt et ønske om at evalueringen skulle bidrage med information til udviklingen af modelprojektet, blev der valgt en evaluering med indsamling af data før projektets start, midtvejs i projektet samt i forbindelse med afslutning af projektet. Data omfattede de tidligere nævnte målgrupper: gravide kvinder, praktiserende læger, jordemødre, gynækologiske læger og sygeplejersker.

Erfaringer med den valgte dataindsamlingsmetode gjorde at denne blev ændret undervejs, hvilket vil fremgå af en gennemgang af de tre dataindsamlinger.

I fremlægningen af evalueringen tages der udgangspunkt i de tre initiativer: 1) Udfyldelse af et socialt anamneseskema hos den praktiserende læge. 2) Udstationering af socialrådgiver, samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret. 3) Udstationering af socialrådgiver samt tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen.

I evalueringen skelnes der mellem de kvinder, som fik rådgivning i Jordemodercentret, i det følgende kaldet ”kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet”, og de kvinder, som fik rådgivning i Abortrådgivningen, i det følgende kaldet ”tvivlende eller abortsøgende kvinder”.

I det følgende bliver de tre dataindsamlinger gennemgået i forhold til tidspunkt, omfang og praktisk udførelse⁹. Dernæst bliver andre og supplerende data beskrevet.

⁹ Spørgeskemaer og interviewguides er gengivet i rapportens bilag.

5.2.1 Baselineundersøgelse

Baseline undersøgelsen blev udført i maj til august 2001 og var således afsluttet inden projektstart.

Undersøgelsens data bestod af:

- to spørgeskemaer til praktiserende læger
- et spørgeskema til jordemødre
- et spørgeskema til gynækologiske læger og sygeplejersker
- et spørgeskema til gravide kvinder, der kom i henholdsvis Jordemodercentret og Gynækologisk Ambulatorium.

Ved baselineundersøgelsen blev der udleveret to spørgeskemaer til de 90 (ud af 114) praktiserende læger i kommunen, som havde givet tilsagn om deltagelse i projektet. Et spørgeskema, hvor der blev spurgt til forhold omkring kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet og et spørgeskema hvor der blev spurgt til forhold omkring tvivlende eller abortsøgende kvinder. 32 praktiserende læger (35%) returnerede spørgeskemaet om kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet og 35 praktiserende læger (38%) returnerede spørgeskemaet om tvivlende eller abortsøgende kvinder.

Der blev sendt et spørgeskema til 41 jordemødre i Jordemodercentret. 14 jordemødre (34%) returnerede spørgeskemaet. Der blev ligeledes sendt et spørgeskema til 30 læger og 10 sygeplejersker i Gynækologisk Ambulatorium. 25 læger (83%) og 8 sygeplejersker (80%) returnerede skemaet. Det fremgik af de gynækologiske lægers besvarelser, at de ikke alle arbejdede med abortsøgende kvinder. Hvor mange af de deltagende læger og sygeplejersker, det drejede sig om, er uvist.

I perioden maj til juli fik alt 180 kvinder, som kom i Jordemodercentret, et spørgeskema med hjem. 75 kvinder (42%) returnerede spørgeskemaet. Ligeledes fik 100 kvinder, som i samme periode kom i Gynækologisk Ambulatorium med henblik på abort, et spørgeskema med hjem. 38 kvinder (38%) returnerede spørgeskemaet. I spørgeskemaerne blev der spurgt til kvindens baggrundsdata, og til hendes overvejelser og erfaringer i forhold til støtte og rådgivning i forhold til den nuværende graviditet eller abort. Imidlertid svarede en så lille andel af kvinderne på den sidste del af spørgeskemaet, at det ikke var muligt at analysere disse data.

Alle spørgeskemaer blev besvaret anonymt.

Den generelt lave svarprocent, den udvalgte del af praktiserende læger og usikkerheden i forhold til gynækologiske læger og sygeplejersker udgjorde et problem i forhold til repræsentativiteten og betød, at besvarelserne måtte tolkes med forsigtighed. Derudover havde det betydning for valget af en anderledes dataindsamling i midtvejs- og slutevalueringen.

5.2.2 Midtvejsevaluering

Midtvejsevalueringen blev udført fra august til oktober 2002.

Evalueringens data bestod af:

- seks individuelle interviews med praktiserende læger
- et fokusgruppeinterview med jordemødre
- et fokusgruppeinterview med gynækologiske læger
- et fokusgruppeinterview med gynækologiske sygeplejersker

Ud fra ønsket om, at midtvejsevalueringen skulle støtte projektledelsen i modelprojektets praktiske udformning, og især i de professionelles brug af det, i den resterende projektperiode, blev det valgt at udføre en række interviews med de involverede faggrupper. Interviewformen blev valgt ud fra de faglige grupperes organisationsform, hvor de praktiserende læger ofte fungerer i hver deres praksis, jordemødrene fungerer i en fælles organisation, med en vis form for fagligt samarbejde, og hvor gynækologiske læger og især gynækologiske sygeplejersker fungerer i et tættere fællesskab.

Seks praktiserende læger blev interviewet individuelt. Lægerne blev udvalgt således, at to læger tilsammen repræsenterede en ud af tre forskellige grupper, der så ud til at være opstået i den første halvdel af projektførelsen¹⁰: 1) Læger, som brugte det sociale anamneseskema 2) Læger, som oprindeligt var indstillet på at bruge det sociale anamneseskema, men som enten ikke, eller kun få gange, havde gjort det 3) Læger, som ikke ønskede at deltage i projektet, herunder at bruge det sociale anamneseskema. Der blev brugt en semistruktureret interviewform.

Henholdsvis fem jordemødre, seks gynækologiske læger og fire gynækologiske sygeplejersker deltog i fokusgruppeinterviews. I alle tre fokusgruppeinterviews blev der taget udgangspunkt i, hvad faggruppen oplevede som gode og dårlige sider ved det tværfaglige samarbejde. Antal og deltagere i fokusgruppeinterviewene var tilfældige. Der var forinden sendt en skriftlig henvendelse til de respektive ledelser, for at bede om et interview med 4-6 medarbejdere. De medarbejdere, der ønskede at deltage, og som var på arbejde den aftalte dato, deltog. Alle steder blev det en del af en større medarbejdergruppe, nemlig de personer, som havde viden og interesse i projektets tiltag. De gennemførte interviews blev analyseret som meningskondensering ud fra båndoptagelserne.

5.2.3 Slutevaluering

Slutevalueringen blev udført i april til august 2003, således at spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterviews fandt sted umiddelbart inden projektophør.

Evalueringens data bestod af:

- to spørgeskemaer til praktiserende læger
- et interview med den socialrådgiver, som foretog de rådgivende samtaler
- et fokusgruppeinterview med jordemødre
- et fokusgruppeinterview med gynækologiske læger

¹⁰ Informanterne blev valgt på baggrund af deres tilsagn om deltagelse i projektet, samt udtræk fra sygesikringens opgørelser over ydelse for udfyldelse af det sociale anamneseskema.

- et fokusgruppeinterview med gynækologiske sygeplejersker
- syv individuelle interviews med kvinder der havde modtaget rådgivning, i enten Jordmodercentret eller i Abortrådgivningen.

Som oprindeligt planlagt blev der udsendt to spørgeskemaer til de praktiserende læger ved slutevalueringen. Derudover blev det, med baggrund i erfaringer fra baselineundersøgelsen og midtvejs-evalueringen, besluttet at interviewe de andre involverede faggrupper og kvinder, frem for som planlagt at udsende spørgeskemaer.

Det var ikke muligt at rekonstruere listen af de læger, som havde modtaget spørgeskema i forbindelse med baselineundersøgelsen. Derudover var der kommet nye praktiserende læger til, siden baselineundersøgelsen og samtlige læger (de på forhånd interesserede/uinteresserede og de i projektperioden tilkomne) havde haft adgang til projektets henvisningstilbud. Derfor blev der udsendt to spørgeskemaer til samtlige, på det tidspunkt 121, praktiserende læger i kommunen; et spørgeskema om kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet og et spørgeskema om tvivlende eller abortsøgende kvinder.

44 praktiserende læger (36%) returnerede spørgeskemaet om kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet og 46 praktiserende læger (38%) returnerede spørgeskemaet om tvivlende eller abortsøgende kvinder. En enkelt læge returnerede brevet, med besked om manglende ønske om at deltage. Den lave svarprocent udgjorde ligesom i forundersøgelsen et problem i forhold til repræsentativiteten. Derudover var respondenterne lidt anderledes, idet alle praktiserende læger denne gang havde fået spørgeskemaerne, hvor det i baselineundersøgelsen var et bestemt udvalg af praktiserende læger. Dette betød dels at resultaterne måtte tolkes forsigtigt og dels at det ikke var muligt at sammenligne resultaterne direkte med resultaterne fra baselineundersøgelsen.

Der blev gennemført tre fokusgruppeinterviews med henholdsvis tre jordemødre, tre gynækologiske læger og tre gynækologiske sygeplejersker. I de tre fokusgruppeinterviews blev der taget udgangspunkt i såvel deltagernes fortællinger, som i en interviewguide. Interviewguiden var udformet som stikord med baggrund i analyse af baselineundersøgelsen, midtvejsevalueringen samt i et interview, lavet kort forinden, med den socialrådgiver, som foretog de rådgivende samtaler.

Deltagerantallet var tilfældigt, men det var tydeligvis medarbejdere, som havde en interesse og involvering i projektet. Fra Gynækologisk Ambulatorium var det de sygeplejersker, som arbejdede i sygeplejeambulatoriet, hvortil abortsøgende kvinder henvises. Lægerne havde meldt sig til dette interview, fordi de havde en interesse for abortsøgende kvinder. I Jordmodercentret var det de jordemødre, som en gang om ugen indgik i en gruppe, hvortil sårbare gravide kunne henvises. Det betød, at det var selekterede grupper, som til gengæld var gode informanter, idet de havde gjort sig mange overvejelser, og dermed kunne bidrage med mere dybde til evalueringen. De gennemførte fokusgruppe interviews blev analyseret som meningskondensering ud fra båndoptagelserne.

Endvidere blev der gennemført personlige interviews med såvel kvinder, der havde valgt at gennemføre graviditeten, kvinder som havde været i tvivl og kvinder, som havde valgt en provokeret abort. Rekrutteringen foregik de sidste fire måneder af projektet ved at socialrådgiveren ved slutningen af de(n) rådgivende samtale(r) spurgte kvinden, om hun var interesseret i at deltage i et evaluerende interview. Ved afslutningen af projektperioden videresendte socialrådgiveren et brev forfattet og underskrevet af interviewer til de kvinder, som havde været positive i forhold til at deltage. I brevet blev kvinden bedt om at underskrive og returnere en tilmelding til interviewer, hvis hun ønskede at blive interviewet. Kvindens identitet blev således først kendt af interviewer ved kvindens accept, og blev behandlet i overensstemmelse med Datatilsynets vilkår for forskningsprojekter. De interviewede kvinder havde på tidspunktet for interviewet afsluttet deres rådgivningsforløb. Projektleder og socialrådgiver har kun haft adgang til analyser af interviewdata, og er således ikke i stand til at koble den enkelte kvinde med hendes udsagn.

I alt syv kvinder blev interviewet enten i eget hjem eller på Syddansk Universitet. Hvert interview varede omkring en time og tog udgangspunkt i kvindens fortælling, støttet af en semistruktureret interviewguide. På interviewtidspunktet var tre af kvinderne gravide, og fire havde fået en provokeret abort. En af kvinderne havde været til samtale i Jordemodercentret, fordi hun ønskede rådgivning i forbindelse med gennemførelse af graviditeten. En af kvinderne havde været til samtale i Abortrådgivningen på grund af personlige problemer efter en provokeret abort. Resten af kvinderne havde været til samtale i Abortrådgivningen i forbindelse med overvejelser om gennemførelse/afbrydelse af graviditeten. Kvinderne var mellem 19 og 37 år.

De kvinder, som blev interviewet, havde alle oplevet en støtte- og rådgivende samtale. Det fremgik af interviewene, at de havde meldt sig, fordi de var glade for rådgivningen, og fordi de gerne ville støtte modelprojektet. Det var således ikke rimeligt at forvente, at de deltagende informanter var repræsentative eller utilfredse. Men det var dem, som bedst kunne give et indtryk for, hvad der havde haft betydning for, at de kom til rådgivning og for, at denne var lykkedes.

De gennemførte interviews blev transskriberet af interviewer. Interviewmaterialet blev analyseret ved at lytte hvert bånd igennem, samt læse den fulde udskrift. Derefter blev gennemgående temaer udvalgt, genfundet i teksterne og plukket ud som citater.

5.2.4 Andre data

Statistikskema

I forbindelse med modelprojektet valgte Mødrehjælpen at dokumentere den rådgivning, der blev givet. Det skete ved at socialrådgiveren/projektmedarbejderen udfyldte et statistikskema for samtlige kvinder, der kom til samtale (n=259). Statistikskemaet bestod af to dele: 1) Data om personlige forhold så som alder, civilstand, etnisk baggrund, uddannelse, arbejde, indtægtsgrundlag samt op-

lysninger om tidligere og nuværende graviditet, henvisningsårsag og form, anden rådgivning, erfaring med det sociale anamneseskema. 2) Afslutningsdata omfattende antal samtaler, overordnet emne for samtale, hvem der deltog i samtalen, temaer i samtalen, samt eventuelle henvisninger. Der blev i alt udfyldt 125 statistikskeemaer i Jordemodercentret og 134 i Abortrådgivningen. Disse data er efterfølgende stillet til rådighed for evalueringen.

Sygesikringens opgørelse

En opgørelse fra sygesikringen over ydelser til praktiserende lægers udfyldelse af det sociale anamneseskema viste, at der var udfyldt 796 sociale anamneseskemaer fordelt på 39 praksis. Udfra disse data er ikke muligt at vide, hvor mange læger det reelt drejer sig om, da opgørelsen blev foretaget på praksisniveau og ikke individniveau. Ifølge sygesikringen udførtes der i projektperioden (1. september 2001- 31 april 2003) 4.193 1. graviditetskonsultationer i de 77 praksis i Odense Kommune.

Jordemodercentrets opgørelse

En opgørelse fra Jordemodercentret viste at ca. 2.490 gravide kvinder, bosiddende i Odense Kommune i perioden medio 2001- medio 2002 blev henvist til Jordemodercentret. Det svarer til at ca. 4.150 kvinder i projektperioden valgte at gennemføre svangerskabet ($2.490/12 \times 20 = 4.150$).

Odense Universitetshospitals opgørelse

En opgørelse fra Odense Universitetshospital viste at der i 2002 var 469 provokerede aborter blandt kvinder bosiddende i Odense Kommune. Det svarer til at ca. 782 kvinder i projektperioden valgte en provokeret abort ($469/12 \times 20 = 782$).

Ovenstående tal må dog anses for blot at være skøn, og de kan være behæftet med forskellige former for fejl. Fx usikkerhed i forhold til hvordan den praktiserende læge koder en 1. graviditetskonsultation hvis kvinden er i tvivl om hvorvidt hun ønsker at gennemføre svangerskabet. Derudover er antallet af spontane aborter ukendt.

5.3 Henvisning til tabelbilag

For at øge læsbarheden, er det valgt at samle de fleste af de fremstillede tabeller i et tabelbilag sidst i rapporten (afsnit 16). I tabelbilaget kan den læser, som ønsker et dybere indblik i baggrundsdata, finde tabeller for afsnittene:

6.3.1 Holdning til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema - de praktiserende læger.

6.4 Identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats – ansvar for at kvinderne er tilstrækkeligt rådgivet.

6.5 Sikring af kommunikation og samarbejde mellem forskellige behandler/rådgivergrupper - adskiller de kvinder, der er henvist via det sociale anamneseskema sig fra resten af kvinderne der rådgives.

10.1 Praktiserende lægers oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

10.2 Jordemødres oplevelse af det tværfaglige samarbejde.

Bilag for spørgeskemaer og interviewguides, som er brugt i dataindsamlingen er at finde i afsnit 17.

6. Vurdering af det sociale anamneseskema

Et af de tre tiltag, som indgik i modelprojektet, var anvendelse af et socialt anamneseskema. Skemaet skulle bidrage til tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats, samt smidiggøre kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper og sikre et tværfagligt samspil. Skemaet anvendtes i lighed med og som et supplement til de allerede eksisterende journaler og henvisningsformularer og skulle udfyldes sammen af den praktiserende læge og den gravide kvinde ved dennes første konsultation. I modelprojektet blev skemaet således anvendt til alle gravide kvinder, dvs. kvinder som ønskede at gennemføre svangerskabet, kvinder som var i tvivl om gennemførelsen, samt kvinder som ønskede provokeret abort.

I evalueringen af det sociale anamneseskema søges følgende spørgsmål besvaret:

- Hvordan oplevede de forskellige behandler/rådgivergrupper deres indbyrdes kommunikation forud for introduktionen af det sociale anamneseskema - var der brug for et nyt skema?
- I hvor høj grad blev det sociale anamneseskema brugt?
- Hvordan var holdningen til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema?
- Bidrog det sociale anamneseskema til en tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats?
- Smidiggjorde det sociale anamneseskema kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper og sikrede (modelprojektet) det tværfaglige samspil?

6.1 Kommunikation før introduktion af det sociale anamneseskema

I dette afsnit søges spørgsmålet om hvordan de forskellige behandler/rådgivergrupper oplevede deres indbyrdes kommunikation forud for introduktionen af det sociale anamneseskema, samt om var der brug for et nyt skema, besvaret.

Ved *baselineundersøgelsen* blev der, som tidligere nævnt, udsendt spørgeskemaer til de praktiserende læger og jordemødre samt til læger og sygeplejersker i Gynækologisk ambulatorium. Heri blev der blandt andet spurgt til kommunikationen med andre behandler/rådgivergrupper om gravide kvinders personlige, sociale og økonomiske situation.

6.1.1 Kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet

Næsten alle de praktiserende læger mente, at de videregav relevante informationer til jordemoderen om de kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet. Det skete oftest via vandre- og svangrejournaler. De savnede dog en bedre måde at gøre dette på, samt for enkelte lægers vedkommende,

en mulighed for at kunne mødes med jordemoderen. Godt halvdelen mente, at de modtog den fornødne information fra jordemoderen, oftest via vandre- og svangrejournalen. Også her savnedes bedre måder at gøre det på, samt en mere fyldestgørende information.

Selvom de fleste praktiserende læger mente at videregive informationer til jordemødrene, så var det kun en lille del af jordemødrene, som mente at de modtog relevant information fra de praktiserende læger. Det skyldtes i de fleste tilfælde, at svangrejournalen ikke var udfyldt godt nok. Derimod mente langt størstedelen af jordemødrene, at de selv videregav relevant information til lægen, oftest via vandrejournalen. Jordemødrene kunne dog tænke sig en bedre telefonisk eller personlig kontakt med de praktiserende læger.

Praktiserende læger og jordemødres angivelser af henholdsvis at videregive og modtage information om kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet

Praktiserende læger (n=32)		Jordemødre (n=14)	
Videregav information	Modtog information	Videregav information	Modtog information
94% (30 læger)	56% (18 læger)	71% (10 jordemødre)	21% (3 jordemødre)

6.1.2 Tvivlende eller abortsøgende kvinder

I forhold til de tvivlende eller abortsøgende kvinder mente 12 ud af 35 praktiserende læger, at de videregav information, hvis de henviste til anden rådgivning. Hvis der blev videregivet information, var det via kvinden selv, eventuelt via samarbejdspapirer eller telefon, idet ikke alt egnede sig til skrift. Ni mente, at de fik den fornødne information tilbage om kvindens valg efter henvisning til rådgivning. Det skete oftest gennem kvinden selv. I forhold til Gynækologisk Ambulatorium, mente 34 derimod, at de videregav relevant information.

Lidt anderledes så det ud for læger og sygeplejersker i Gynækologisk Ambulatorium. Her mente 15 ud af 33, at modtage tilstrækkelig information om kvindernes personlige forhold og 14, at modtage tilstrækkelig information om kvindernes sociale og økonomiske forhold. Kun 11 mente at få tilstrækkelig information om den rådgivning, som kvinden havde fået forud for valget af abort. Enkelte angav, at der ikke var behov for denne viden, idet ansvaret for rådgivningen lå hos den praktiserende læge. De ønskede blot en afkrydsning på anmodningen om svangerskabsafbrydelse, som viste at dette ansvar var opfyldt. Informationen fik de oftest af kvinden selv, hvorimod oplysningerne fra de praktiserende læge blev angivet som sparsomme.

Praktiserende læger samt gynækologiske læger og sygeplejerskers angivelser af at videregive og modtage information om tvivlende eller abortsøgende kvinder

Praktiserende læger (n=35)		Modtog information om kvindens valg	Gynækologiske læger og sygeplejersker (n=33)		
Videregav information til			Modtog information om		
Gynækologisk ambulatorium	Anden rådgivning		Personlige forhold	Sociale og økonomiske forhold	Rådgivning forud for valget af abort
97% (34 læger)	34% (12 læger)	26% (9 læger)	46% (15 læger og sygeplejersker)	42% (14 læger og sygeplejersker)	33% (11 læger og sygeplejersker)

6.1.3 Delkonklusion

Samlet må det vurderes at der var et misforhold mellem hvad de forskellige behandlere/rådgivergrupper mente at videregive af relevant information, og hvad de andre mente at modtage. Der var således et behov for og et ønske om at forbedre denne kommunikation forud for introduktionen af det sociale anamneseskema.

6.2 Brug af det sociale anamneseskema

I dette afsnit søges spørgsmålet om, i hvor høj grad det sociale anamneseskema blev brugt, besvaret.

Ifølge en opgørelse fra sygesikringen så de praktiserende læger i Odense kommune i alt 4.193 kvinder i 1. graviditetskonsultation i projektperioden. I dette tal indgår de kvinder, som allerede ved denne konsultation havde valgt en provokeret abort ikke. Derfor må antallet af provokerede aborter i perioden lægges til, hvorefter antallet af gravide kvinder bliver: $4.193 + 782 = 4.932$. Der blev i samme periode udfyldt 796 sociale anamneseskemaer fordelt på 39 ud af i alt 77 lægepraksis i kommunen.

Det betyder at halvdelen af lægepraksis benyttede sig af skemaet og at kun 16% af kvinderne fik udfyldt et socialt anamneseskema. Det er ikke muligt at vide hvorfor det sociale anamneseskema kun blev udfyldt af nogle læger og kun sammen med nogle kvinder. Det er heller ikke muligt at vide i hvor mange tilfælde de 796 skemaer identificerede et støtte og rådgivningsbehov, som den praktiserende læge selv påtog sig, eller henviste til anden form for rådgivning, end den i modelprojektet indeholdte rådgivning.

Derimod er det muligt, via *statistikskemaet*, at følge de sociale anamneseskemaer, som kvinder der kom til rådgivning i Jordemodercentret og Abortrådgivningen havde fået udfyldt. I alt 64, eller en fjerdedel af de 259 kvinder som kom til rådgivning, havde udfyldt et socialt anamneseskema sammen med deres praktiserende læge. Imidlertid medbragte kun 44 kvinder skemaet ved rådgivningen.

Opgørelse over brugen af det sociale anamneseskema ved rådgivning i Jordemodercentret og Abortrådgivningen

Brug af det sociale anamneseskema	Antal kvinder	I procent
Medbragte et socialt anamneseskema	44	17%
Havde udfyldt, men ikke medbragt, et socialt anamneseskema	20	8%
Var ikke tilbudt udfyldelse af socialt anamneseskemaer	165	65%
Havde sagt nej til udfyldelse af sociale anamneseskemaer	5	2%
Ønskede ikke kontakt til/fra praktiserende læge	22	9%
Manglende data	3	
Antal kvinder til rådgivning	259	

Af *statistikskemaet* fremgik det også, at jordemødrene i projektperioden havde henvist 84 kvinder til socialrådgiveren i Jordemodercentret. Heraf var 74 kvinder henvist uden, og 12 med, det sociale anamneseskema. De 12 skemaer havde den praktiserende læge udfyldt sammen med kvinden, hvorefter jordemødrene havde skrevet deres tilføjelser på skemaet i forbindelse med henvisningen. En enkelt kvinde blev rådgivet i Abortrådgivningen efter henvisning fra en jordemoder, med brug af det sociale anamneseskema.

På baggrund af de få sociale anamneseskemaer blev der et halvt år efter modelprojektets start indført et henvisningsskema, som internt dokumentationsredskab mellem jordemoder og socialrådgiver, i tilfælde af manglende socialt anamneseskema. I starten af projektforsløbet sendte socialrådgiveren, med kvindens accept, et brev til den praktiserende læge med en orientering om at en rådgivning havde fundet sted, samt en opfordring til at benytte sig af det sociale anamneseskema (det sidste ophørte som en konsekvens af midtvejsevalueringen).

6.2.1 Delkonklusion

Det var tanken i modelprojektet at alle kvinder sammen med den praktiserende læge skulle udfylde et socialt anamneseskema ved konstatering af en graviditet. Skemaet skulle støtte den praktiserende læge til at identificere sårbare gravide kvinder, samt smidiggøre kommunikationen ved henvisning til og samarbejde med andre faggrupper. Det viste sig dog at kun 16% af de gravide kvinder fik udfyldt et socialt anamneseskema.

6.3 Holdninger til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema

I dette afsnit søges spørgsmålet om hvordan holdningen til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema var, besvaret.

6.3.1 Praktiserende læger

Af de individuelle interviews ved *midtvejsevalueringen* fremgik det, at de praktiserende læger havde meget forskellige holdninger til det sociale anamneseskema. Holdningerne spændte lige fra at skemaet var godt i forhold til at sætte fokus på og strukturere dialogen om kvindens sociale om-

stændigheder til, at skemaet var grænseoverskridende i forhold til hovedparten af kvinderne. En læge fortalte, at kvinderne havde givet udtryk for at de følte sig gjort til sociale tilfælde, og at de ikke ønskede, at papir flød rundt i systemet.

Derudover blev skemaet betegnet som tungt og ressourcekrævende i en i forvejen presset konsultation, og i forhold til udbyttet. Det var især ved de vanskelige konsultationer, at lægerne oplevede at skemaet fyldte for meget, hvorimod det fungerede godt ved de ukomplicerede forløb. Der oplevedes at være en del ens oplysninger i vandre- og svangrejournalen og i det sociale anamneseskema, som så skulle udfyldes begge steder. Flere læger angav at glemme skemaet, idet de forholdsvis sjældent så gravide kvinder. Enkelte læger angav at være stoppet med skemaerne, idet de ikke oplevede at få feedback på udfyldelsen i form af øget information fra andre faggrupper.

Ifølge *slutevalueringens* spørgeskemaer havde 11 ud af 44 praktiserende læger ikke prøvet at udfylde et socialt anamneseskema. 11 ud af 44 oplevede at skemaet øgede deres opmærksomhed på kvindens personlige og sociale forhold. 10 ud af 44 mente, at skemaet øgede kvaliteten af den information de videregav til samarbejdspartnerne, og kun to mente, at det øgede kvaliteten af den information, som de modtog fra samarbejdspartnerne. 15 ud af 44 mente, at skemaet var ekstra papir om forhold, som de allerede beskrev andre steder. Derudover oplevede tre, at kvinden ikke ønskede dialogen skrevet ned og nogle foretrak mundtlig dialog. Især i forhold til de tvivlende eller abortsøgende kvinder syntes det svært at videregive informationer på skrift (se evt. tabel i Tabelbilag).

De praktiserende læger oplevede ikke en forbedring i forhold til at modtage den fornødne tilbagemelding fra andre faggrupper efter introduktionen af det sociale anamneseskema. 13 ud af 44 mente, at de modtog tilstrækkeligt fra jordemødrene, hvorimod 10 mente at de modtog tilstrækkeligt fra socialrådgiveren i Jordemodercentret. Kun 8 ud af 46 praktiserende læger mente at de modtog tilstrækkeligt fra socialrådgiveren i Abortrådgivningen. Ingen af lægerne angav, at tilbagemeldingen skete via det sociale anamneseskema (Se evt. tabel i Tabelbilaget).

Efter rådgivning i Jordemodercentret eller Abortrådgivningen sendte socialrådgiveren, med kvindens accept, et brev til den praktiserende læge med en orientering om at rådgivningen havde fundet sted, samt de overordnede emner for denne. At kun få af de praktiserende læger angav, at have fået tilstrækkelig tilbagemelding fra socialrådgiveren kan enten være et udtryk for, at denne ikke var tilstrækkelig, eller at det drejede sig om så få kvinder (jævnfør det lille antal gravide i den enkelte praksis), at lægerne ikke huskede at have fået denne.

6.3.2 Jordemødre

Ved *midtvejsevalueringens* fokusgruppeinterview fortalte jordemødrene om en gensidig mangelfuld skriftlig kommunikation mellem dem og de praktiserende læger. Derudover oplevede de en praktisk

barriere for en mundtlig dialog, idet lægerne var svære at komme i kontakt med i den afsatte telefonid, som oftest også lå på et tidspunkt, hvor jordemødrene ikke havde tid til en kontakt.

Direkte foranlediget af midtvejsevalueringen blev der udarbejdet en liste med alle praktiserende lægers direkte telefonnumre, som blev udleveret til jordemødrene.

I interviewet ved *slutevalueringen* gav jordemødrene udtryk for kun at have set få sociale anamnese-skemaer, og at disse ikke havde haft betydning for en bedre kommunikation med de praktiserende læger. Derimod synes de, at det var godt at have fået det lille hæfte med direkte numre til praktiserende læger, som et redskab til en bedre mundtlig kommunikation.

6.3.3 Gynækologiske læger og sygeplejersker

I *midtvejsevalueringens* interview med sygeplejerskerne fremgik det, at der blev arbejdet med en ny type journal, hvor praktiserende læger blev bedt om at afkrydse en række spørgsmål. Baggrunden var en oplevelse af, at informationerne fra de praktiserende læger var mangelfulde. Sygeplejerskerne havde ingen skriftlig tilbagemelding til de praktiserende læger eller skriftlig kontakt med socialrådgiveren i Abortrådgivningen. Hvis de opfordrede en kvinde til at tage kontakt med en af dem, beskrev de dette i et ark i sygehusjournalen.

Ved *slutevalueringen* fortalte sygeplejerskerne, at de kun var stødt på meget få sociale anamnese-skemaer og ikke kunne huske, at de havde haft betydning for informationen. Ingen af de gynækologiske læger havde set et socialt anamnese-skema.

Sygeplejerskerne fortalte, at der var forskel på de praktiserende lægers henvisninger, og at der enkelte gange var beskrevet lidt om kvindens situation i forbindelse med aborten. Det var ikke deres indtryk, at dette havde ændret sig i projektføreløbet. Deres erfaring fra implementering af andre tiltag var, at ting tager tid, og at 20 måneder måske ikke var tilstrækkeligt til at måle en ændring.

Kommunikationen fra ambulatoriet til praktiserende læge foregik ved at lægen udfyldte en standardiseret epikrise, hvoraf det kun fremgik, at kvinden havde fået en abort. Det fremgik ikke, hvis kvinden havde været i tvivl eller havde haft brug for yderligere rådgivning og støtte, hvilket en gynækologisk læge betegnede som "et missing link", idet en sådan viden måske ville være af værdi for den praktiserende læge, forud for en samtale med kvinden efter indgrebet.

Læger og sygeplejersker informerede altid kvinden om muligheden for en opfølgende samtale hos praktiserende læge efter indgrebet. I projektperioden foregik en henvisning til Abortrådgivningen altid telefonisk og inden kvinden forlod ambulatoriet, hvilket fungerede godt.

6.3.4 Kvinder

Det fremgik af *statistikskemaet* at 64 ud af i alt 259 kvinder, som i projektperioden modtog støtte og rådgivning ved socialrådgiver i Jordemodercentret eller i Abortrådgivningen, havde udfyldt et socialt anamneseskema sammen med deres praktiserende læge.

Ved rådgivning i Jordemodercentret, havde 32 kvinder medbragt det sociale anamneseskema, hvorimod 9 kvinder ikke havde medbragt skemaet. I Abortrådgivningen havde 12 kvinder medbragt det sociale anamneseskema, hvorimod 11 kvinder ikke havde medbragt skemaet. Det var ikke muligt at vide, hvorfor kun nogle af kvinderne havde valgt at medbringe det udfyldte skema ved rådgivningen. Kun en enkelt kvinde angav at være blevet overrasket over, at den praktiserende læge havde tilbudt en udfyldelse af det sociale anamneseskema, for resten af kvinderne havde det været i orden.

I *slutevalueringens* individuelle interviews fortalte kvinderne, at det var af stor betydning at den, der blev henvist til, havde de informationer som var relevante for henvisningen, men også at kvinderne gerne ville vide hvilke informationer, der blev videregivet.

Ingen af de interviewede kvinder havde fået udfyldt et socialt anamneseskema, men flere af kvinderne havde oplevelser omkring videregivelse af information. En kvinde, som både før og tidligt i graviditeten, havde været til flere speciallæger undrede sig over og syntes at det var uhensigtsmæssigt, at hun selv skulle videregive alt dette til jordemoderen. Det havde taget lang tid at overbevise jordemoderen om alvoren i og betydningen af kvindens tidligere sygehistorie.

En kvinde fortalte, at hun nogen gange undrede sig over, om der dog overhovedet var styr på noget, når hun hver gang blev spurgt om de samme ting.

En kvinde fortalte, at den praktiserende læge havde stillet flere spørgsmål, bl.a. om bolig, hvilket hun havde undret dig over. Alligevel mente hun, at det var vigtigt at disse oplysninger gik videre, således at de andre, som hun skulle i kontakt med, vidste tilstrækkeligt til, at hun ikke skulle besvare de samme spørgsmål flere gange. Hun mente, at det især var vigtigt, da hun var meget i tvivl om graviditeten, og da der kørte så meget andet rundt i hendes hoved, at hun ikke havde overskud til også at svare på alle de faktuelle spørgsmål.

En kvinde oplevede, at det var rart, at den praktiserende læge havde bestilt tid i Gynækologisk Ambulatorium, og fik besked fra Abortrådgivningen. Hun følte, at der var et netværk omkring hende på et tidspunkt, hvor hun havde svært ved selv at overskue det hele.

To kvinder fortalte, at den praktiserende læge havde givet Gynækologisk afdeling besked om, at de havde været i tvivl om, hvorvidt de skulle vælge at bevare svangerskabet. Kvinderne syntes, at det var rart, idet det så var lettere at snakke om tvivlen. Dog huskede den ene kvinde ikke, at lægen havde informeret hende om, at beskeden gik videre, hvilket hun ville have ønsket at vide.

6.3.5 Delkonklusion

Der synes at være et bredt ønske hos såvel behandler/rådgivergrupperne som hos kvinderne om en høj grad af indbyrdes information. Kvindernes erfaringer tyder på at det er vigtigt at der er en fælles viden om dem blandt de behandlergrupper, som de kommer i berøring med. Da det kan være svært for kvinden selv at sikre dette må der gerne kommunikeres på skrift mellem behandler/rådgivergrupper så længe kvinden ved hvad der videregives og til hvem. Alligevel synes en høj grad af indbyrdes information svær at opnå, og måske især i forhold til de tvivlende eller abortsøgende kvinder og kvinder med komplicerede forhold. En læge gav udtryk for, at kvinderne følte sig gjort til sociale tilfælde og ikke ønskede at have papirer flyvende rundt. De fleste behandlere mente selv at videregive tilstrækkelig og relevant information og samtidig mente de færreste at modtage selv samme.

Det ser ud til at hvis denne fælles viden om den enkelte kvinde i behandlerkredsen skal lykkes, så kræves såvel en viden om hvilke informationer der er relevante for andre behandlergrupper, som en hensigtsmæssig måde at videregive disse på. Derved vil det også være muligt overfor kvinden at godtgøre hvilken information der videregives og til hvem.

Det sociale anamneseskema opfyldte hverken kravet om en fælles viden om hvilke informationer der er relevante at videregive eller om en hensigtsmæssig måde at gøre dette på. 10 ud af 44 praktiserende læger oplevede, at det sociale anamneseskema øgede kvaliteten af den information de videregav til samarbejdspartnerne, og to oplevede at det øgede kvaliteten af den information som de modtog fra samarbejdspartnerne. Hverken jordemødre eller læger og sygeplejersker på Gynækologisk Ambulatorium havde oplevet at det sociale anamneseskema havde haft betydning for informationen. Derudover blev skemaet anset for at være tungt at arbejde med, og at det var u hensigtsmæssigt at den samme information nu skulle skrives flere steder.

6.4 Identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats

Det er ikke muligt at vide i hvor mange tilfælde det sociale anamneseskema bidrog til en tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats, selvom 11 ud af de 44 praktiserende læger, som deltog i slutevalueringen, mente at skemaet øgede deres opmærksomhed på kvindens personlige og sociale forhold. Derfor vil der i dette afsnit blive set på, om de praktiserende læger, eller andre, generelt taler med den enkelte kvinde om hendes sociale og personlige forhold, og om hendes eventuelle tvivl eller beslutning i forhold til gennemførelse af graviditeten. Det vil også blive drøftet, hvis ansvar det anses for at være, at kvinderne er tilstrækkeligt rådgivet, når de står i en situation, hvor de skal vælge at bevare eller afbryde et svangerskab.

6.4.1 Emner der indgik i den praktiserede læges samtale med kvinderne

De praktiserende læger blev såvel ved *baselineundersøgelsen* som ved *slutevalueringen* spurgt, om de talte med kvinderne om udvalgte emner. Emnerne omfattede de emner, som indgik i det sociale anamneseskema: ønsket/uønsket graviditet, tidligere graviditeter, andre børn, civil status, opvækst/socialt netværk, bolig, økonomiske forhold, uddannelse/arbejde, psykiske belastninger, fysiske belastninger, alkohol/rusmidler. Samt emnet: Forhold til barnefar.

Langt de fleste læger angav at tale med kvinderne om alle de opridsede emner. Det emne som færrest, men dog over halvdelen af lægerne, talte med kvinderne om, var økonomiske forhold. Angivelserne var stort set ens i *baselineundersøgelsen* og *slutevalueringen*.

Derimod var det lidt forskellige emner, som de praktiserende læger vægtede i forhold til kvindens valg. Lægerne talte i højere grad med kvinden om, hvorvidt graviditeten var ønsket, forholdet til barnefar og det sociale netværk, hvis kvinden fortalte, at hun overvejede eller ønskede en provokeret abort (se evt. tabel i tabelbilag).

40 ud af 44 praktiserende læger angav ved *slutevalueringen*, at de ikke havde de store problemer med at spørge kvinden om hendes personlige, sociale og økonomiske forhold i forbindelse med gennemførelse eller afbrydelse af graviditeten.

6.4.2 Ansvar for at kvinderne er tilstrækkeligt rådgivet

Praktiserende læger:

De praktiserende læger blev i *baselineundersøgelsens* og *slutevalueringens* spørgeskemaer spurgt om, hvem der havde ansvaret for, at den gravide kvinde var rådgivet tilstrækkeligt. Det var muligt at sætte mere end et kryds og dermed at vælge flere aktører.

31 ud af 32 praktiserende læger angav, at det var deres ansvar, 18 at det var jordemoderens ansvar og 19, at det var kvindens eget ansvar. Denne fordeling ændrede sig stort set ikke fra *baselineundersøgelsen* til *slutevalueringen*. De praktiserende læger angav således, at være bekendte med deres rolle som nøglepersoner i forhold til de gravide kvinder, men også i et vist omfang at dele dette ansvar med såvel jordemoderen som den gravide kvinde (se evt. tabel i tabelbilag).

Af de individuelle interviews med de praktiserende læger ved *midtvejsevalueringen* fremgik det, at en forudsætning for at øge lægernes motivation for at afdække sociale og personlige problemer var et synligt og tilstrækkeligt beredskab at henvise til.

Jordemødre:

Tilsvarende blev jordemødrene, ved *baselineundersøgelsen*, spurgt om hvem der havde ansvaret for, at den gravide kvinde var rådgivet tilstrækkeligt. Her angav lige mange (13 ud af 14), at det var henholdsvis jordemoderens og den praktiserende læges ansvar (se evt. tabel i tabelbilag).

Jordemødrene blev spurgt om det samme i interviewet ved *slutevalueringen*. Deres svar var, at det var kvindens, jordemoderens og den praktiserende læges fælles ansvar, men at ansvaret var forskelligt, idet kvinden havde ansvaret for at give udtryk for et behov, men ikke for at få den rette rådgivning. Samtidig mente de, at det var blevet lettere at spørge til kvinden, idet de nu havde en mulighed for at handle på de problemer, der måske kom frem.

Gynækologiske læger og sygeplejersker:

Imidlertid angav 21 ud af 33 læger og sygeplejersker på Gynækologisk Ambulatorium, ved *baselineundersøgelsen*, at se kvinder, som ikke var helt afklarede om deres valg af provokeret abort, og 4 angav, at det skete en til to gange om ugen. Det må anses for ønskeligt, men formentlig ikke realistisk at forvente, at kvinder aldrig er uafklarede helt op til indgrebet, da beslutningen om abort er vanskelig. Imidlertid kan ovenstående være et udtryk for, at rådgivning og støtte forud for indgrebet var mangelfuld.

I *slutevalueringens* fokusgruppeinterviews så de gynækologiske læger deres rolle i forhold den abortsøgende kvinde som perifer. De så oftest kun de kvinder, som fik en kirurgisk abort og først i forbindelse med indgrebet. Lægerne vedkendte sig en overordnet interesse i, og et medansvar i forhold til, at kvinderne blev støttet og var velovervejede i deres beslutning. Udfra et juridisk ansvar skulle de umiddelbart inden aborten spørge kvinden, hvorvidt hun stadig ønskede indgrebet. Det var ikke deres indtryk, at det var ret mange kvinder, der på det tidspunkt var uafklarede omkring deres beslutning. Derimod mente de gynækologiske læger, at den praktiserende læge var afgørende i forhold til støtte og rådgivning. De mente også, at sygeplejerskerne i Gynækologisk Ambulatorium, ved samtalen med kvinderne forud for abortindgrebet kunne opfange de kvinder, som yderligere havde brug for støtte og rådgivning.

Sygeplejerskerne mente først og fremmest, at ansvaret for at kvinden var tilstrækkeligt rådgivet lå hos den praktiserende læge. Derudover følte de selv at have et ansvar i forhold til at kvinden vidste, at hun havde mulighed for at få en støttende og rådgivende samtale, samt at henvise til denne. Derimod mente de ikke at have et ansvar i forhold til den konkrete rådgivning, idet der ikke var afsat tid til dette. De oplyste altid kvinderne om deres ret til en samtale hos den praktiserende læge efter abortindgrebet, og oplevede ofte at kvinden allerede havde en aftale om dette.

Sygeplejerskerne mente selv at være meget opmærksomme på, om kvinden var afklaret i forhold til sin beslutning. Kvinderne gav sjældent udtryk for tvivl under de forskellige undersøgelsesprocedurer, det kom oftest først ved den efterfølgende samtale om indgrebets forløb. Hvis kvinden ikke selv bragte det op, spurgte sygeplejerskerne til beslutningen om abort, og det var deres indtryk, at de

havde let ved at spørge. De spurgte oftest til, hvorvidt kvinden havde haft lejlighed til at drøfte sin beslutning med nogen, og sygeplejerskerne havde et klart indtryk af, at kvinderne syntes, at det var i orden at de spurgte. Sygeplejerskerne mente bestemt, at deres opmærksomhed i forhold til kvindens eventuelle behov for støtte og rådgivning var blevet øget i forbindelse med modelprojektet. Som et resultat af modelprojektet udleverede sygeplejerskerne rutinemæssigt folderen ”Gravid – dine muligheder og rettigheder”, samt informerede alle kvinder om tilbudet om støttesamtale hos den praktiserende læge eller i Abortrådgivningen.

Kvinder:

Kvinderne blev i de personlige interviews ved *slutevalueringen* spurgt om, hvis ansvar de mente, det var, at en kvinde havde fået tilstrækkelig støtte og rådgivning, inden hun tog beslutning om, hvorvidt hun ville gennemføre graviditeten. Kvinderne svarede, at det selvfølgelig var kvindens eget, men derudover først og fremmest den praktiserende læges ansvar, idet alle havde kontakt med denne, og idet ikke alle kvinder selv var i stand til at bede om støtte og rådgivning i den konkrete situation. Det var lægens ansvar såvel at tilbyde rådgivning som at informere om, at rådgivningen kunne fås et andet sted, så kvinden selv kunne vælge.

6.4.3 Delkonklusion

Der var generel enighed om at ansvaret for tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats først og fremmest lå hos den praktiserende læge. Derudover havde andre, som kom i kontakt med den gravide, samt kvinden selv et medansvar. Da en identifikation forudsætter en dialog, og da ikke alle kvinder selv magter at bede om støtte og rådgivning i den konkrete situation, må de forskellige behandler/rådgivergrupper sikre denne dialog. En mulighed for at henvise til et synligt og tilstrækkeligt beredskab til at yde støtte og rådgivning ser ud til at øge motivationen for denne dialog.

6.5 Sikring af kommunikation mellem forskellige behandler/rådgivergrupper

I dette afsnit bliver det beskrevet, om de kvinder, der blev henvist via det sociale anamneseskema adskilte sig fra resten af de kvinder, der kom til rådgivning i Jordemodercentret eller Abortrådgivningen, og som enten var henvist på anden måde eller selv henvendte sig. Spørgsmålet er, om det sociale anamneseskema bidrog til en identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats, samt om det smidiggjorde kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper og sikrede det tværfaglige samspil.

6.5.1 Kvinder der, med det sociale anamneseskema, blev henvist til rådgivning i Jordemodercentret og Abortrådgivningen

I alt 259 kvinder kom til rådgivning i Jordemodercentret og Abortrådgivningen. Heraf var i alt 83 kvinder henvist fra praktiserende læge til rådgivning, 44 gennem det sociale anamneseskema, 13

gennem telefonen og 2 gennem brev. Derudover havde 24 kvinder henvendt sig efter opfordring fra egen læge men uden at medbringe et udfyldt anamneseskema.

Jordemodercentret:

Ifølge *statistikskemaet* var det oftest kvinder i aldersgruppen 15-19 år, eller 35-39 år, som var henvist fra praktiserende læger til rådgivning i Jordemodercentret med det sociale anamneseskema. Det var oftest samlevende kvinder med en 10. klasse skoleuddannelse og ingen afsluttet erhvervsuddannelse. Ingen af disse forskelle var dog signifikante. Det var såvel kvinder, som havde arbejdsindtægt, som kvinder der modtog revalidering, eller var uden egen indtægt. Kvindernes etniske oprindelse udgjorde ingen forskel (se evt. tabel i tabelbilag).

Henvendelsesårsagen havde ingen betydning for, hvem der blev henvist med eller uden det sociale anamneseskema. Blandt de kvinder, der var henvist med det sociale anamneseskema, var henvendelsesårsagerne¹¹: Oplysninger om sociale rettigheder, økonomi, bolig, personlige problemer og parforhold. De hyppigste henvendelsesårsager for de resterende kvinder i Jordemodercentrets rådgivning var: Økonomi, oplysning om sociale rettigheder, bolig, personlige problemer og parforhold. Kun hvis henvendelsesårsagen var fysisk/psykisk sygdom, var kvinden signifikant hyppigere henvist fra praktiserende læge med det sociale anamneseskema end på anden måde (67% versus 33%).

Abortrådgivningen:

Ifølge *statistikskemaet* var det oftest kvinder i aldersgruppen 20-24 år eller 35-39 år, som var henvist til Abortrådgivningen fra praktiserende læge, og med det sociale anamneseskema. Det var oftest enlige kvinder og kvinder med en kort skoleuddannelse og ingen afsluttet erhvervsuddannelse, eller det var kvinder med en lang videregående uddannelse. Det var oftest kvinder som modtog sygedagpenge eller kontanthjælp. Det var oftere kvinder af anden etnisk oprindelse end dansk. Forskellene var dog ikke signifikante (se evt. tabel i tabelbilag).

Henvendelsesårsagen havde heller ikke her betydning for, hvem der blev henvist med eller uden det sociale anamneseskema. Blandt de kvinder, der var henvist med det sociale anamneseskema, var henvendelsesårsagerne især: Parforhold, personlige problemer, økonomi, bolig, sociale rettigheder og arbejde. De hyppigste henvendelsesårsager for de resterende kvinder i Abortrådgivningen var: Parforhold, personlige problemer, økonomi, uddannelse og bolig. Kun hvis henvendelsesårsagen var fysisk/psykisk sygdom, var kvinden signifikant hyppigere henvist fra praktiserende læge med det sociale anamneseskema end på anden måde (57% versus 43%).

¹¹ Henvendelsesårsagerne er angivet i rækkefølge i forhold til antallet af henvendelser, startende med størst antal.

6.5.2 Kvinder med alvorlige personlige problemer

Statistikskemaet viste, at kun en mindre andel af de kvinder, som henvendte sig i rådgivningerne med personlige problemer og problemer som må antages at være alvorlige, var videreformidlet fra den praktiserende læge via det sociale anamneseskema.

I nedenstående tabel ses antal henvendelser med baggrund i personlige og andre alvorlige problemer, samt hvor mange af disse der var henvist af praktiserende læger gennem det sociale anamneseskema, telefonen og brev.

Henvendelsesårsager med baggrund i personlige og andre alvorlige problemer, samt henvisningsmåde

Henvendelsesårsag	Antal henvisninger gennem det sociale anamneseskema	Antal henvisninger gennem telefon	Antal henvisninger gennem brev	Antal henvendelser i alt
Personlige problemer	23	8	1	127
Fysisk eller psykisk vold	6	2		31
Behov for psykolog-hjælp	1	1		8
Seksuelt misbrug	1			6
Misbrug af hash eller alkohol	1			5

Det er uvist om de praktiserende læger var bekendte med de forhold, som kvinderne henvendte sig med. Derimod viser optællingen, at det sociale anamneseskema kun i ringe udstrækning sikrede det tværfaglige samspil i forhold til gravide kvinders personlige og alvorlige sociale problemer.

I alt 13 kvinder var henvist til rådgivning af en praktiserende læge via telefonen, og to via brev. I 11 tilfælde af telefonisk henvendelse drejede det sig om alvorlige sociale problemer. Det kan derfor tænkes, at skriftligheden i de tilfælde udgjorde en barriere for formidlingen til andre faggrupper. Såvel ved *midtvejsevalueringen*, som i spørgeskemaet ved *slutevalueringen* gav de praktiserende læger udtryk for, at det forekom at de, især i forhold til tvivlende eller abortsøgende kvinder, foretrak mundtlig dialog. Derudover var der kvinder, som ikke ønskede dialogen nedskrevet og videregivet.

I forbindelse med *midtvejsevalueringen* blev seks praktiserende læger interviewet. Her blev tilliden mellem kvinden og den praktiserende læge set som en afgørende faktor i forhold til at videregive information. En risiko for et brud på denne tillid blev set som en barriere i forhold til det tværfaglige samarbejde.

6.5.3 Delkonklusion

Samlet set adskilte de kvinder, som blev henvist til rådgivning med det sociale anamneseskema, sig fra resten af de rådgivne kvinder ved, at de hyppigere var syge. I forhold til henvendelsesårsag adskilte de sig derimod ikke fra resten af de kvinder, som modtog støtte og rådgivning. Derimod var

kun en mindre andel af de kvinder, som henvendte sig i rådgivningerne med, hvad der må antages at være alvorlige sociale problemer, videreformidlet via det sociale anamneseskema. Det ser derfor ikke ud til, at det sociale anamneseskema øgede identifikationen af sociale problemer. Ej heller at det smidiggjorde kommunikationen og øgede det tværfaglige samspil. Det kan tænkes, at skriftligheden i nogle tilfælde udgjorde en barriere for formidlingen til andre behandler/rådgivergrupper.

6.6 Sammenfatning og konklusion

Formålet med modelprojektets sociale anamneseskema var at det skulle bidrage til tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats, samt smidiggøre kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper og sikre et tværfagligt samspil.

Det var tanken, at de praktiserende læger skulle udfylde et skema sammen med alle gravide kvinder. Dette skete dog kun for 16% af kvinderne. Der blev i alt udfyldt 796 sociale anamneseskemaer. 44 af disse skemaer førte til, at den praktiserende læge henviste kvinden til rådgivning i Jordemodercentret eller Abortrådgivningen. Yderligere 12 kvinder, som havde udfyldt et socialt anamneseskema sammen med den praktiserende læge, blev henvist af en jordemoder til rådgivning i Jordemodercentret.

Der var ingen væsentlig forskel i henvendelsesårsager mellem de kvinder, der var henvist af praktiserende læge med det sociale anamneseskema og resten af de kvinder som havde modtaget rådgivning. Kun hvis henvendelsesårsagen var fysisk/psykisk sygdom, var signifikant flere kvinder henvist med det sociale anamneseskema. Ved alvorlige sociale henvendelsesårsager som vold, ønske om psykologhjælp, seksuelt misbrug, anbringelse af børn eller misbrug af hash og alkohol, var højest hver tredje, og oftest langt færre, henvist af praktiserende læge med det sociale anamneseskema.

Der var bred enighed om at ansvaret for at identificere et støtte- og rådgivningsbehov først og fremmest, men ikke udelukkende, lå hos den praktiserende læge og det kan ikke udelukkes at skemaet i nogle tilfælde har været medvirkende til at identificere et behov, som den praktiserende læge selv påtog sig at tage hånd om, eller som førte til anden form for rådgivning end den i modelprojektet indeholdte rådgivning. 11 ud af 44 af de praktiserende læger, som deltog i slutevalueringens spørgeskemaundersøgelse mente således, at det sociale anamneseskema havde øget deres opmærksomhed på kvindernes personlige og sociale forhold.

Som udgangspunkt synes der at være et bredt ønske hos såvel behandler/rådgivergrupperne som hos kvinderne om en høj grad af indbyrdes information. En mindre del af de praktiserende læger mente da også at det sociale anamneseskema øgede kvaliteten af den information de videregav til andre

behandler/rådgivergrupper. Modtagerne oplevede derimod ikke at skemaet havde haft betydning for informationen. Derudover anså en del af de praktiserende læger skemaet for at være tungt at arbejde med og som endnu et dokument i en række af dokumenter, som skulle udfyldes i forbindelse med konsultationen ved konstatering af graviditeten. Dokumenter som truede med at stjæle fokus i konsultationen.

Det lykkedes således ikke for det sociale anamneseskema at bidrage til tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats, eller at smidiggøre kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper og sikre et tværfagligt samspil.

7. Vurdering af tilbud om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret

Det var forventet, at modelprojektet ville bidrage til en ændring af, hvordan kvinderne blev rådgivet om sociale forhold i relation til graviditet og fødsel. I dette afsnit bliver der set på det af modelprojektets i alt tre tiltag, som handlede om udstationering af socialrådgiver i Jordemodercentret.

Gravide kvinder kunne henvises til Jordemodercentrets rådgivning af den praktiserende læge og jordemoderen. De kvinder, som blev rådgivet i Jordemodercentret, adskilte sig på flere områder fra de kvinder, som blev rådgivet i Abortrådgivningen. De var generelt lidt ældre, lidt oftere socialt sårbare, og emnerne for rådgivningen var lidt anderledes. Deres forløb var selvfølgelig længere, og dermed mindre akut end det ofte var i Abortrådgivningen. Samtidig var der i såvel det sundhedsfaglige som det socialfaglige regi en lang tradition for opmærksomhed og rådgivning af den gravide kvinde¹².

Kvindernes oplevelse af tilbudet om rådgivende og støttende samtaler bliver belyst i et senere afsnit.

I evalueringen af tilbudet om rådgivende og støttende samtale i Jordemodercentret søges følgende spørgsmål besvaret:

- Hvor mange kvinder fik rådgivning, og hvor mange gange?
- Hvordan oplevede de praktiserende læger at kunne henvise til socialrådgiver i Jordemodercentret?
- Hvordan oplevede jordemødrene at kunne henvise til socialrådgiver i Jordemodercentret?

7.1 Antal kvinder, som fik rådgivning

I dette afsnit søges spørgsmålet om hvor mange kvinder der fik rådgivning i Jordemodercentret, og hvor mange gange de fik rådgivning, besvaret.

Ifølge *statistikskemaet* fik i alt 125 kvinder tilsammen 327 rådgivende og støttende samtaler i Jordemodercentret.

De i alt 327 rådgivende samtaler fordelte sig således:

125 kvinder fik i alt 183 samtaler alene med socialrådgiveren, derudover fik

- 44 af kvinderne i alt 87 telefonsamtaler med socialrådgiveren
- 30 af kvinderne i alt 46 samtaler med hendes partner og socialrådgiveren
- 11 af kvinderne i alt 11 samtaler med ”andre” og socialrådgiveren

¹² For en uddybende beskrivelse af den ydede rådgivning og de kvinder, som fik denne rådgivning henvises til Projekt-rapporten (1)

De 125 kvinder fik således i gennemsnit 2-3 samtaler. 30 af kvinderne fik parsamtaler. Derudover støttede socialrådgiveren 11 kvinder ved at deltage i deres kontakt med andre, fx socialrådgiveren i kommunen eller andre støttefunktioner. Der var flere samtaler, samt en større inddragelse af manden og af andre, end det viste sig at være tilfældet i Abortrådgivningen (se senere). Dette er formentligt et udtryk for såvel disse kvinders noget anderledes baggrund, som deres længere forløb, idet de på det tidspunkt havde valgt at gennemføre graviditeten.

Det var ikke alle kvinderne, som var planlagte gravide. Udfra de udfyldte *statistikskemaer* fremgik det, at 33% af graviditeterne var ønskede og ventede (planlagte), 55% af graviditeterne var ønskede, men uventede (ikke planlagte) og 12% af graviditeterne var uønskede.

Det fremgik også at 32% af de kvinder, som fik rådgivning, havde været i tvivl om gennemførelsen af graviditeten. Ud af disse tvivlende kvinder havde de 73% ikke fået et tilbud om rådgivning i forhold til deres beslutning om at gennemføre svangerskabet.

Det ligger i hele modelprojektets ide, at identifikation af eventuelle sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats så tidligt som muligt i et graviditetsforløb har betydning for, at kvinden på det bedst mulige grundlag træffer det, for hende, rigtige valg. Derudover må det antages, at en tidlig og grundig afklaring om at gennemføre en graviditet har betydning for kvindens velbefindende i svangerskabet. Derfor er det problematisk at næsten trefjerdedele af de kvinder, som var i tvivl om graviditeten, ikke på et tidligere tidspunkt havde modtaget et tilbud om støtte og rådgivning.

Det er uvist, om det manglende tilbud om rådgivning er begrundet i manglende viden om kvindens overvejelser eller i manglende viden om muligheder for at give eller for at henvise til rådgivning. Derudover kan det tænkes, at de to ting hænger sammen, således at muligheden for at handle, evt. ved en henvisning, er en motivation eller måske endda en forudsætning for at afdække et problem.

I forbindelse med *midtvejsevalueringen* blev de praktiserende læger, jordemødrene og læger og sygeplejersker på Gynækologisk Ambulatorium interviewet. Af interviewene fremgik det, at der manglede kapacitet, synlighed og gennemsigtighed i henvisningstilbudene. Det blev bl.a. anset for at være et problem, at der var lang ventetid ved henvisning til psykolog, især da behovet oftest var akut.

7.2 Praktiserende lægers henvisning til socialrådgiver i Jordemodercentret

Det var den praktiserende læge, som kvinden henvendte sig til i forbindelse med konstatering af en graviditet, hvorefter den praktiserende læge henviste til andre behandler/rådgivergrupper. I projektperioden henviste de praktiserende læger 28 kvinder til rådgivning i Jordemodercentret. I dette af-

snit søges spørgsmålet om hvordan de praktiserende læger oplevede at kunne henvise til socialrådgiver i Jordemodercentret besvaret.

Ved *baselineundersøgelsen* blev de praktiserende læger (n=32) spurgt til deres behov for og brug af henvisninger i forbindelse med rådgivning af gravide. 17 (53%) af de praktiserende læger angav at henvise til Mødrehjælpens forskellige rådgivningsfunktioner, 21 (66%) at henvise til socialrådgiver i kommunen og 6 (19%) at henvise til andre, herunder Obstetrisk Ambulatorium.

Ved *slutevalueringen* angav 21 (48%) af de praktiserende læger (n=44), at de henviste kvinder til rådgivning i Jordemodercentret og 14 (32%) til socialrådgiver i kommunen og 15 (34%) til andre, herunder Obstetrisk Ambulatorium. Kun en enkelt læge angav at have behov for at henvise til andre (psykolog). De noget forskellige henvisningstilbud, den lille svarprocent og den lidt forskellige gruppe af praktiserende læger i de to dataindsamlinger gør det svært at sammenligne andelen fra baseline og slutevaluering. Procentandelene skal derfor mere ses som et udtryk for, at halvdelen af de praktiserende læger, som svarede på spørgeskemaerne, henviste til anden rådgivning.

Ved *slutevalueringen* angav de praktiserende læger (n=44), at modelprojektet for 15 ud af 44 lægers vedkommende havde øget deres viden om henvisningsmuligheder og for elleves vedkommende havde gjort henvisningsmulighederne lettere tilgængelige.

	øget viden om henvisningsmuligheder	lettere tilgængelige henvisningsmuligheder
Ja	34% (15 læger)	25% (11 læger)
Nej	48% (21 læger)	50% (22 læger)
Ved ikke	18% (8 læger)	25% (22 læger)

7.3 Jordemødres henvisning til socialrådgiver i Jordemodercentret

Jordemødrene henviste 86 kvinder til rådgivning i Jordemodercentret. I dette afsnit søges spørgsmålet om hvordan jordemødrene oplevede at kunne henvise til socialrådgiver i Jordemodercentret besvaret.

I interviewet ved *slutevalueringen* gav jordemødrene indtryk af, at de havde haft stort udbytte af at have en socialrådgiver udstationeret i Jordemodercentret. De var usikre på, hvorvidt de var blevet mere opmærksomme på kvindernes sociale og personlige forhold end tidligere, men mente, at de formentlig var blevet mere opmærksomme på økonomiske forhold. Derimod havde de oplevet, at det var blevet lettere at henvise kvinderne til rådgivning, vejen var blevet kortere.

Af større betydning havde det været, at de havde fået en større sikkerhed for, at der blev taget hånd om de ting, som de henviste for. Det var blevet muligt at henvise til en kendt person, hvilket oplevedes som forpligtende. At henvise til en socialrådgiver, specielt i en stor kommune, kunne opleves

som diffust, især fordi der aldrig skete en tilbagemelding. Ved at kende socialrådgiveren var det muligt at få en dialog og dermed en tilbagemelding, hvilket gav kontinuitet og helhed omkring den enkelte kvinde, men også faglig kontinuitet og udvikling for jordemødrene. Ved at få en tilbagemelding oplevede jordemoderen en mulighed for at reflektere over de initiativer hun havde taget, samt for at tilrette dem i fremtiden. Jordemødrene blev bedre til at gå ind i en problemstilling, hvor de før måske havde valgt at glide af. Det blev lettere at spørge kvinden, idet der nu var en oplevelse af at have mulighed for at handle på de problemer, der måske kom frem.

Næsten sammenfaldende med at socialrådgiveren blev udstationeret i Jordemodercenteret, blev der oprettet en lille gruppe af jordemødre, hvortil særligt omsorgskrævende gravide kunne henvises. Det var planlagt således, at såvel denne gruppes jordemødre som socialrådgiveren var til stede i Jordemodercentret samme ugedag. Det betød, at kvinder henvist til gruppen kun kunne komme denne ene ugedag. Til gengæld havde det stor betydning for jordemødrene, som dermed fik mulighed for at bruge hinanden og socialrådgiveren til faglig udvikling. Det havde også betydet meget, at den udstationerede socialrådgiver havde interesse og stor viden omkring gravide kvinder. Det var i projektperioden blevet helt almindeligt for jordemødrene i gruppen at snakke indbyrdes og med socialrådgiveren, at udtrykke tvivl og usikkerhed og sammen at reflektere over praksis. Noget som jordemødre, ifølge de interviewede, ikke altid havde lige let ved, formentlig fordi de arbejdede meget alene. Det var oftest samtaler som foregik spontant og uformelt i forbindelse med kaffe- eller frokostpause.

Jordemødrene oplevede, at det havde stor betydning for kvinderne, at der var en socialrådgiver i samme hus, og at kvinden kunne få aftalt en tid med det samme. Derudover kunne det arrangeres sådan, at kvinden kunne se såvel socialrådgiver som jordemoder den samme dag. Den udstationerede socialrådgivers opgave havde været at udrede og at give en uvildig rådgivning. Hun havde ingen kompetence til ydelser, og da der intet socialt eller økonomisk mellemværende var mellem hende og kvinden, var der heller intet konfliktgrundlag. Socialrådgiveren kunne henvise til andre instanser, samt ved behov koordinere og fastholde de her indgåede aftaler.

Udstationeringen af socialrådgiver i Jordemodercentret havde ikke betydet en besparelse i forhold til jordemoderens arbejde. Kvinderne var ikke kommet færre gange eller i kortere konsultationer, men det havde betydet et bedre tilbud.

En henvisningsmulighed som manglede, og som modelprojektet ikke ændrede på, var henvisning til psykolog. En ventetid på ofte flere måneder var lang tid i forbindelse med en graviditet. Et ønske for fremtiden var, at såvel en socialrådgiver som en psykolog var tilstede i Jordemodercentret en dag om ugen.

7.4 Sammenfatning og konklusion

125 kvinder, som valgte at gennemføre graviditeten, blev rådgivet af socialrådgiveren i Jordemodercentret. En tredjedel af kvinderne havde været i tvivl om graviditeten. Heraf havde kun godt en fjerdedel tidligere fået et tilbud om rådgivning. Det er uvist hvorfor, og hvor tvivlende kvinderne var, men en tidlig og grundig afklaring om at gennemføre en graviditet har formentlig betydning for kvindens velbefindende i svangerskabet. Hvis usikkerhed om sociale forhold indgår i tvivlen er det derfor relevant med en grundig rådgivning omkring dette. Derudover er det vigtigt, at en eventuel støtte koordineres og følges op. Der er således et behov for et tilbud om støtte og rådgivning til gravide kvinder, hvis reelle omfang ikke kendes.

En årsag til det manglende tilbud om rådgivning kan være begrundet i såvel manglende viden om kvindens overvejelser, som i manglende viden om henvisningsmuligheder. Modelprojektet formåede i et vist omfang at gøre de praktiserende læger opmærksomme på muligheden for at henvise til de to rådgivningstilbud, idet 15 ud af 44 praktiserende læger angav, at modelprojektet havde øget deres viden om henvisningsmuligheder og 11 ud af 44 angav, at modelprojektet havde øget tilgængeligheden af henvisningsmulighederne.

Rådgivningens tilstedeværelse i Jordemodercentret betød en langt større synlighed og tilgængelighed for jordemødrene. Jordemødrene fik et personligt kendskab til rådgiveren og oplevede at have fået en større sikkerhed for, at der blev taget hånd om de ting som de henviste for. Dette havde betydning i forhold til at identificere eventuelle problemer. Det var en forudsætning for jordemødrenes brug af rådgivningen, at rådgiveren havde en interesse og viden om gravide kvinder, samt en vilje og evne til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Rådgivningen havde ikke betydet en besparelse i forhold til jordemødrenes arbejde, men det var deres indtryk, at det havde betydet et bedre tilbud til de gravide kvinder.

8. Vurdering af tilbud om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen

Det var forventet, at modelprojektet ville bidrage til en ændring af hvordan kvinderne blev rådgivet om sociale forhold i relation til eventuel tvivl om graviditet og valg af abort. I dette afsnit bliver der set på det af modelprojektets i alt tre tiltag, som handlede om etablering af en Abortrådgivning i Mødrehjælpen. Her kunne kvinden selv henvende sig, eller hun kunne henvises af bl.a. den praktiserende læge og af læger og sygeplejersker på Gynækologisk Ambulatorium for at få rådgivning. Abortrådgivningens tilbud omfattede bl.a. de støttesamtaler før og efter provokeret abort, som kvinden ifølge loven har krav på. Derudover rettede rådgivningen sig mod kvinder, som var i tvivl om, hvorvidt de ville gennemføre svangerskabet.

De kvinder, som blev rådgivet i Abortrådgivningen, adskilte sig på flere områder fra de kvinder, som blev rådgivet i Jordmodercentret. De var generelt lidt yngre, oftere under uddannelse, og de hyppigste emner i rådgivningen var lidt anderledes. De kvinder, som kom til rådgivning inden de tog en beslutning om, eller inden de fik foretaget en provokeret abort, havde ofte behov for en akut tid¹³. Kvindernes oplevelse af tilbudet om rådgivende og støttende samtaler bliver belyst i et senere afsnit.

I evalueringen af tilbudet om rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen søges følgende spørgsmål besvaret:

- Hvor mange kvinder fik rådgivning, og hvor mange gange?
- Hvordan oplevede de praktiserende læger at kunne henvise til socialrådgiver i Abortrådgivningen?
- Hvordan oplevede læger og sygeplejersker på Gynækologisk Ambulatorium at kunne henvise til socialrådgiver i Abortrådgivningen?

8.1 Antal kvinder, som fik rådgivning

I dette afsnit søges spørgsmålet om hvor mange kvinder der fik rådgivning i Abortrådgivningen, og hvor mange gange de fik rådgivning besvaret.

Ifølge *statistikskemaet* fik i alt 134 kvinder tilsammen 236 rådgivende og støttende samtaler i Abortrådgivningen:

82 kvinder (61%) var i tvivl om gennemførelse af svangerskabet

- De 82 kvinder fik i alt 126 samtaler med socialrådgiver

¹³ For en uddybende beskrivelse af den ydede rådgivning og de kvinder, som fik denne rådgivning henvises til Projekt-rapporten (1)

- 15 af kvinderne fik i alt 16 samtaler med deltagelse af partner og socialrådgiver

11 kvinder (8%) fik rådgivende samtaler før abort

- De 11 kvinder fik i alt 12 samtaler med socialrådgiver

41 kvinder (31%) fik rådgivende samtaler efter abort

- De 41 kvinder fik i alt 74 samtaler med socialrådgiver
- 3 af kvinderne fik i alt 3 samtaler med deltagelse af partner og socialrådgiver
- 4 af kvinderne fik i alt 4 samtaler med psykolog
- 1 af kvinderne fik i alt 1 samtale med psykolog og socialrådgiver

Selvom kvinderne kom, fordi de var i tvivl om, hvorvidt de ønskede at fortsætte graviditeten, eller fordi de overvejede en provokeret abort, var nogle af graviditeterne planlagte. Udfra de udfyldte *statistikskemaer* fremgik det at 9% af graviditeterne var ønskede og ventede (planlagte), 34% af graviditeterne var ønskede, men uventede (ikke planlagte) og 57% af graviditeterne var uønskede.

At mere end halvdelen af de kvinder, som fik rådgivning, var i tvivl om gennemførelse af graviditeten, understreger behovet for rådgivning til denne gruppe gravide. Opgørelsen viser også, at det var tilstrækkeligt med en til to samtaler til disse kvinder (i gennemsnit 1,7 samtale). Det er ikke muligt udfra foreliggende data at vide, hvor mange af kvinderne der efterfølgende valgte at gennemføre svangerskabet og hvor mange der valgte af få en provokeret abort. Det var heller ikke formålet med modelprojektet at ændre antallet af gennemførte graviditeter eller aborter. Derimod var det forventet, at flere kvinder ville modtage en rådgivning, som støttede dem i at træffe en, for dem, rigtig beslutning om abort eller om gennemførelse af svangerskabet.

41 kvinder fik rådgivning efter en provokeret abort. Heraf havde 25 kvinder (59%) modtaget tilbud om rådgivning inden aborten hvorimod, 16 kvinder (41%) intet tilbud havde fået. Af disse 16 kvinder angav de 13 (82%), at de havde haft behov for rådgivning inden den provokerede abort.

Antallet af kvinder, som modtog rådgivning i Abortrådgivningen kan forekomme lille i forhold til de i alt 782 provokerede aborter i projektperioden. Hvorvidt flere kvinder er blevet rådgivet i projektperioden end før, vides ikke, idet der ikke findes tilsvarende tidligere opgørelser. Men at en så stor andel af kvinderne angiver at have haft et udækket behov, giver dog et billede af, at der er et behov for støtte og rådgivning, hvis reelle omfang vi ikke kender.

Derudover ser det ud til, at der er et behov for også at inddrage manden i rådgivningstilbudet. 18 kvinder havde fået rådgivende samtaler, hvori deres partner deltog. Det er uvist, om det var kvinden eller manden, der havde ønsket denne fælles samtale, men udfra *slutevalueringens* individuelle interviews med syv kvinder, fremgik det, at også manden kunne have behov for en samtale alene, for at drøfte sin tvivl eller eventuelle frustration over kvindens beslutning.

8.2 Praktiserende lægers henvisning til Abortrådgivningen

Det er den praktiserende læge, som kvinden henvender sig til i forbindelse med konstatering af en graviditet, hvorefter den praktiserende læge kan henvise til andre behandler/rådgivergrupper. I projektperioden henviste de praktiserende læger 55 kvinder til rådgivning i Abortrådgivningen. I dette afsnit søges spørgsmålet, om hvordan de praktiserende læger oplevede at kunne henvise til socialrådgiver i Abortrådgivningen, besvaret.

Ved *baselineundersøgelsen* angav 22 (63%) af de praktiserende læger (n=35) at henvise tvivlende eller abortsøgende kvinder til Mødrehjælpens forskellige rådgivningsfunktioner, 14 (40%) at henvise til socialrådgiver i kommunen og 7 (20%) at henvise til andre, herunder socialrådgiver i lægepraksis. 6 (17%) angav at have behov for at henvise til andre, herunder socialrådgiver og psykolog.

Ved *slutevalueringen* angav 31 (67%) af de praktiserende læger (n=46), at de henviste kvinder til rådgivning i Abortrådgivningen, 6 (13%) henviste til socialrådgiver i kommunen og 12 (26%) henviste til andre. En enkelt læge angav at have et, dog sjældent, behov for at henvise til psykolog.

De noget forskellige henvisningstilbud, den lave svarprocent og den lidt forskellige gruppe af praktiserende læger i de to dataindsamlinger, gør det svært at sammenligne andelen fra baseline og slutevaluering. Procentandelene skal derfor mere ses som et udtryk for at mere end halvdelen af de praktiserende læger, som svarede på spørgeskemaerne, henviste til anden form for rådgivning.

Ved *slutevalueringen* angav de praktiserende læger (n=46), at modelprojektet for 15 ud af 46 lægers vedkommende havde øget deres viden om henvisningsmuligheder. For 12 lægers vedkommende havde det gjort henvisningsmulighederne lettere tilgængelige.

	øget viden om henvisningsmuligheder	lettere tilgængelige henvisningsmuligheder
Ja	33% (15 læger)	26% (12 læger)
Nej	46% (21 læger)	41% (19 læger)
Ved ikke	22% (10 læger)	30% (14 læger)

8.3 Gynækologiske lægers og sygeplejerskers henvisning til Abortrådgivningen

De gynækologiske læger henviste en kvinde og de gynækologiske sygeplejersker henviste 20 kvinder til rådgivning i Abortrådgivningen. I dette afsnit søges spørgsmålet om hvordan gynækologiske læger og sygeplejersker oplevede at kunne henvise til socialrådgiver i Abortrådgivningen besvaret.

I interviewet ved *slutevalueringen* udtrykte de gynækologiske sygeplejersker en stor tilfredshed med, samt tilstrækkelighed i, muligheden for at kunne henvise til Abortrådgivningen. De havde

tillid til, at der blev taget sig godt af de kvinder som de henviste. Nogen gange valgte de selv at ringe til Abortrådgivningen, for at aftale en tid til kvinden, inden hun forlod ambulatoriet. Det skete især, hvis der var brug for en akut aftale, fx i forbindelse med en kort tidsfrist i forhold til beslutningen om abort. Det var sygeplejerskernes oplevelse, at det var let, idet den der tog telefonen, kunne aftale en tid samme dag eller dagen efter. Sygeplejerskerne oplevede, at deres henvisningsmuligheder var tilstrækkelige. Det skete, at de informerede kvinden om, at der i forbindelse med Abortrådgivningen var mulighed for også at tale med en psykolog, hvis kvinden og socialrådgiveren i rådgivningen så et behov for dette.

De gynækologiske læger gav i fokusgruppeinterviewet ved *slutevalueringen* udtryk for, at de oplevede, at der blev taget godt hånd om kvindens eventuelle tvivl i sygeplejeambulatoriet, samt ved muligheden for at henvise til Abortrådgivningen. De mente ikke selv, at have tilstrækkelig kontakt med de abortsøgnede kvinder, eller indsigt i det sociale område, til at sikre et eventuelt behov for rådgivning. Efter etableringen af sygeplejeambulatoriet var det kun i tilfælde af fysiologiske eller biologiske spørgsmål eller problemstillinger, at lægen så de kvinder, som fik en medicinsk abort. Ved de kirurgiske aborter blev lægen først inddraget i forbindelse med indgrebet, med mindre der var spørgsmål som tidligere beskrevet. Når kvinden kom til det kirurgiske indgreb, havde lægen ca. 10 minutter til en samtale. Her var det fast procedure, at lægen spurgte kvinden, hvorvidt hun stadig ønskede indgrebet. Og her oplevede lægerne, at modelprojektet havde gjort en væsentlig forskel, idet de, hvis kvinden ytrede tvivl, kunne aflyse indgrebet, henvise kvinden til Abortrådgivningen, samt give hende en ny tid i ambulatoriet.

Det var deres erfaring, at det ikke drejede sig om ret mange kvinder, men at den rådgivende og støttende samtale i Abortrådgivningen var mere konkret og af langt bedre kvalitet end den, de selv ville kunne tilbyde. Det var deres indtryk, at det var væsentligt for kvinden at komme ud af ambulatoriet for at genoverveje sin beslutning. Samtidig var det en støtte og ressourcemæssig hjælp til lægerne, idet de ikke længere skulle drøfte beslutningen med kvinden i et presset program, men kunne henvise til et, for dem at se, kompetent tilbud.

Imidlertid manglede de flere oplysninger om Abortrådgivningen og Mødrehjælpens tilbud. Idet der ofte kom nye læger til, ville det også være mest hensigtsmæssigt med et kortfattet skriftligt materiale, som skulle være tilgængeligt for såvel personalet, som for de kvinder der kom i Gynækologisk Ambulatorium.

8.4 Henvisning til psykolog efter Provokeret Abort

I forbindelse med modelprojektet blev det økonomisk muligt at henvise kvinder, som havde fået en provokeret abort, til psykolog i Abortrådgivningen. Det var kun socialrådgiveren i Abortrådgivningen, som kunne henvise. I alt fire kvinder blev henvist. Baggrunden for det lave antal skal, ifølge *slutevalueringens* interview med socialrådgiveren, findes i, at det ofte var tilstrækkeligt, at kvinden

havde mulighed for at tale med hende, også om eksistentielle problemstillinger. Socialrådgiveren oplevede at have mulighed for at bruge den fornødne tid og var ofte i stand til at give kvinden tilstrækkelige redskaber til at bearbejde hendes overvejelser, som for nogles vedkommende var kaotiske.

8.5 Sammenfatning og konklusion

134 kvinder blev rådgivet af socialrådgiveren i Abortrådgivningen. Mere end halvdelen af kvinderne var i tvivl om graviditeten, hvilket viser et behov for rådgivning af netop denne gruppe gravide kvinder. Derudover fik knap en tredjedel af kvinderne rådgivning efter en provokeret abort, og en noget mindre andel fik rådgivning før en provokeret abort. Knap en tredjedel af de kvinder, som fik rådgivning efter en provokeret abort angav, at de havde haft brug for et tilbud om rådgivning inden aborten, et tilbud, som de imidlertid ikke fik.

Et tilbud om støtte og rådgivning forudsætter en identifikation af kvindens behov for dette, samt en viden om henvisningsmuligheder, hvis den praktiserende læge ikke selv mener at kunne opfylde dette behov, eller hvis kvinden ikke ønsker at støttesamtalen udføres af den praktiserende læge. Som nævnt i afsnittet om rådgivning i Jordemodercentret, så formåede modelprojektet kun i et vist omfang at gøre de praktiserende læger opmærksomme på muligheden for at henvise til de to rådgivningstilbud.

De gynækologiske sygeplejersker og læger var godt tilfredse med muligheden for at henvise til Abortrådgivningen. De oplevede tilbudet som tilstrækkeligt, kvalificeret og let tilgængeligt. Det var vigtigt for brugen af rådgivningen, at det var muligt umiddelbart ved henvendelsen, at aftale en tid, samt at denne tid kunne blive inden for samme dag eller inden for få dage.

Der er således et behov for støtte og rådgivning til gravide kvinder, som er i tvivl om gennemførelse af svangerskabet og til abortsøgende kvinder før og efter indgrebet. Behovets reelle omfang kendes ikke. Derudover ser det ud til at der er et behov for også at inddrage manden i rådgivningstilbudet.

9. Kvindernes vurdering af de rådgivende og støttende samtaler

I dette afsnit bliver kvindernes oplevelse af tilbudet om rådgivende og støttende samtaler belyst. Spørgsmålet er:

- Blev kvindernes tilfredshed med rådgivningen og et eventuelt forløbet op til en beslutning øget?

9.1 Interview med syv kvinder

Syv kvinder, som havde været til støttende og rådgivende samtaler i Jordemodercentret eller i Abortrådgivningen blev, i forbindelse med *slutevalueringen*, interviewet individuelt. Det var kvinder, for hvem samtalen var lykkedes, den havde gjort en forskel. Interviewene kan ikke vise om rådgivningen i Jordemodercentret og i Abortrådgivningen generelt lykkedes. Derimod kan de påvise nogle forhold, som havde betydning for, at de syv kvinders samtaler lykkedes. Forhold som kan formodes at have generel betydning.

De interviewede kvinder var i alderen 19-37 år. På interviewtidspunktet var tre af kvinderne gravide og fire havde fået en provokeret abort. Tre af kvinderne var gift, en var i et fast forhold og tre var i løsere forhold, eller havde afbrudt forholdet i forbindelse med graviditeten.

9.1.1 Sårbare i situationen

Af de syv interviews fremgik det, at det havde været af betydning at tale med en person, som de ikke havde et personligt forhold til. Kvinderne havde alle familie og venner, som de også havde drøftet graviditeten og deres eventuelle tvivl med. Flere af dem havde søgt oplysninger på Internettet. De fremtrådte alle som almindeligvis ressourcestærke personer, men fortalte at de i situationen var blevet sårbare:

”jeg var ikke lige så voksen på det tidspunkt, må jeg sige, det var så store beslutninger, og det var svært at forestille sig, hvordan hverdagen bliver og det var sådan et rimeligt nyt forhold også, mange store ting på en gang” (informant 1)

”jeg var et stort kaos inde i mit hoved og havde håbet på at få ryddet lidt op i det, og det lykkedes også” (informant 1)

”det er jo en situation, hvor jeg kan mærke at ellers skrāsikre mennesker virkelig kan blive usikre... man er i en situation, hvor man er enormt let at påvirke og gøre usikker” (informant 2)

"jo, men det er jo min beslutning, det er kvinden der skal lægge krop til og det er jo også hende der skal leve med det bagefter, og det er stadigvæk svært, så føler man sig alene, fuldstændig alene, det er jo ikke alting man kan sige til sin familie" (informant 4)

"jeg blev lige fem år ældre på de to uger" (informant 6)

9.1.2 At tale med et menneske, som man ikke har et personligt forhold til

Kvinderne havde fået en til tre samtaler med socialrådgiveren. En kvinde havde været til en enkelt samtale sammen med sin kæreste og en kvinde havde været til to samtaler selv og en parsamtale. I rådgivningen fandt de en person som ikke var personligt og følelsesmæssigt involveret, og som de derfor kunne tale med på en anderledes måde. De oplevede at rådgiveren, ved ikke at kende dem personligt, kunne få dem til at se mere objektivt på situationen, hvilket gav større klarhed i tankerne:

"jamen jeg synes at det er fint at det er en udefra ... fordi jo flere man fortæller det til af ens omgangskreds jo mere forvirret bliver man jo næsten ... for og imod og følelser og relationer man har til forskellige mennesker, så er det virkelig rart med en anonym der kan konkretisere tingene ...bare en enkelt samtale, det gør meget" (informant 1)

"men også ikke at skulle melde tilbage til den der person om ens beslutning, det synes jeg er befriende, for der ligger ikke nogen forpligtigelse, der skal leves op til, eller hvad forventer hun nu, at jeg skal sige ja eller nej, det er en samtale, og den er holdt for sig selv og så sker tingene et andet sted bagefter ... jeg behøver ikke melde tilbage, når jeg har taget den" (informant 1)

"vi er sådan udstyret med et heppekor af forældre der bare synes at det hele er fantastisk ... så er det en stor hjælp at have en, der bare ser det udefra, og som også kan svare lidt realistisk på nogen af de økonomiske spørgsmål" (informant 2)

"det var svært at finde nogen ... altså alle har jo en mening det er svært at finde nogen, som er neutrale, jeg fortalte for eksempel ikke mine forældre det" (informant 3)

"hun var god til at finde mine ressourcer også" (informant 5)

"det var også rart at tale med en, som ikke var en veninde eller en søster eller en mor eller, altså som så meget anderledes på tingene, var meget åben og støttede ligegyldigt i hvilken retning man tænkte, så kunne hun både se positive og negative ting ved det, det var rigtig rigtig rart ... dem, der var tæt på, de havde forventet at "hun skal lige ud og la-

ve alle de ting og så skal hun have børn bagefter", ... her så hun bare på mig som en kvinde, der var gravid" (informant 6)

"efter aborten var jeg rigtig ked af det, jeg kunne ikke lave noget og græd hele tiden ... jeg havde så mange tanker kørende ... de (i Abortrådgivningen) gav mig nogen redskaber til at arbejde videre med ... nu er det meget længe siden, jeg har været rigtig ked af det ... det var rart at snakke med nogen, der havde forstand på det, venner og familie gjorde hvad de kunne, men det var jo ikke nok for de tænkte jo kun på at få mig til at have det bedre, hvorimod Mødrehjælpen jo ikke har følelser i det, de ser det ud fra et andet perspektiv ... det gør en rigtig stor forskel ... en der arbejder med det til daglig" (informant 7)

9.1.3 En rådgiver med viden og erfaring

Det havde haft betydning for kvinderne, at de blev mødt af en åben person, som tog udgangspunkt i det, kvinden anså for vigtigt. Det var også af betydning, at rådgiveren havde såvel stor viden om økonomiske og sociale tilbud til gravide kvinder, som erfaring i forhold til kvinders reaktioner og tanker i forbindelse med graviditet og eventuelle overvejelser eller beslutning om ikke at gennemføre svangerskabet:

"det er vigtigt, at det, om end ikke er en der har prøvet det selv, så i hvert fald en, som ved noget, som har talt med flere, en som ved nogen muligheder ... du er jo utrolig sårbar i den situation ... en der kan det hele, så man ikke bliver kasterbold" (informant 4)

"det overraskede os positivt, at min mand også kunne komme med ned til en samtale" (informant 4)

"hun sagde, at det var meget naturligt at de følelser jeg havde ... altså hun mente jo ikke, der var noget i vejen med mig ... jeg ved, eller jeg stoler på det hun siger, for jeg ved hun har snakket med andre, hvis det var en veninde ville jeg nok tænke, at det siger hun bare for at gøre mig glad" (informant 5)

"at jeg havde styr på alle de der praktiske ting, det skulle ikke være noget med at vi valgte det her barn fra på grund af nogle økonomiske ting, hvis det så viste sig at det jo slet ikke var noget problem ... vi er begge på SU, så lige i starten tænkte jeg det går bare slet ikke ... hvis jeg selv skulle have gravet alt det frem, det havde jeg nok ikke fået gjort, der sker bare så meget i hovedet i forvejen" (informant 6)

"og hun kunne så bruge alle de der værktøjer hun havde, til at få mig til at tænke hele vejen rundt" (informant 6)

9.1.4 At stille spørgsmål til kvindens beslutning om svangerskabet

En kvinde fortalte, at socialrådgiveren havde spurgt hende om, hvorfor hun havde valgt at få en provokeret abort, på spørgsmålet om hvorvidt det var i orden, svarede kvinden:

"ja det synes jeg fordi, altså lige først så tænkte jeg "åh nej nu skal jeg til at være i tvivl igen", for det er jo nemmere bare at sige, at nu har jeg taget beslutningen, men jeg tror at det gjorde, at så fik jeg tænkt det igennem endnu engang og det, sådan ud fra mit eget synspunkt, og at det er mig der skal vælge, og det gjorde, at jeg blev endnu mere sikker, og derfor har jeg så heller ikke haft brug for nogen samtaler bagefter, for der har ikke været noget med at tænke, gjorde jeg nu det rigtige ... så det er jo det der skal til" (informant 3)

På spørgsmålet om hvorvidt der må stilles spørgsmål til deres beslutning i forhold til svangerskabet, hvorvidt lægen eller andre måtte spørge, om de havde drøftet beslutningen med andre, om der var noget de ønskede at drøfte, svarede kvinderne, at det måtte der meget gerne, hvis de havde besluttet sig så kunne de jo bare sige det. Det var dog vigtigt, at der blev spurgt på en ordentlig måde.

En kvinde fortalte, at det var ved en tilfældighed, at hun fandt ud af, at der var et sted, man kunne henvende sig, hvis man var i tvivl. Hun havde sagt til lægen, at hun ville have en abort og blev henvist til sygehuset, hvor hun fik en tid til kirurgisk abort, idet det var for sent med en medicinsk. Hun kendte godt Mødrehjælpen, som et sted hvor man henvendte sig, hvis man skulle være alenemor, men hun var jo i tvivl.

En kvinde, som tidligere havde fået en provokeret abort savnede at den praktiserende læge eller jordemoderen spurgte til dette. Den nuværende graviditet havde givet hende mange tunge tanker om det tidligere valg og om, hvor svær en periode det havde været. Hun havde ikke selv bragt emnet op, men havde et ønske om, at det blev legaliseret ved, at der blev spurgt til det. Da det stod i hendes papirer mente hun, at de måtte kende til det.

Flere kvinder fortalte, at det var rart at komme ud i alle yderkanterne, at skulle svare på hvorfor de ville have en abort, eller hvorfor de ville have barnet. En kvinde fortalte, at hun fik sat ord på tanker og dermed blev klogere på, hvorfor hun endnu ikke havde taget stilling. Da beslutningen så var taget, så var der ikke mere at tale om, der var ikke mere tvivl.

9.1.5 Mandens rolle

Kvinderne var glade for, at der blev givet opmærksomhed og rum til manden. En kvinde fortalte om parrets frustration over at personalet på Gynækologisk Ambulatorium i forbindelse med forundersøgelsen til aborten havde overset og talt forbi manden. En anden kvinde fortalte, at hun og hendes

kæreste var gået fra hinanden i forbindelse med, at hun havde valgt en provokeret abort. Hun mente at det var rigtigt, at det var kvindens beslutning, men at manden jo stadig havde en andel i graviditeten og dermed også nogle følelser og forventninger, som han i deres tilfælde havde haft svært ved at få bearbejdet.

9.1.6 Den praktiserende læge

På spørgsmålet, om hvorvidt den praktiserende læge kunne have givet den støttende og rådgivende samtale, mente kvinderne, at det godt kunne være tilfældet. Det afhang dog af forholdet mellem kvinden og lægen, hvor god lægen var til at lytte men også hvor længe man havde kendt sin læge. Samtidig mente flere af kvinderne, at de nok ville føle sig klemte ved at vide, at lægen havde travlt, og at man kun var tildelt nogle minutter, samt at der sad andre i venteværelset.

9.1.7 Mødrehjælpen

Kvinderne tillagde det forskellig betydning, at Abortrådgivningen lå ved Mødrehjælpen. For nogle af kvinderne havde det betydet, at de var blevet overraskede eller lidt betænkelige. Nogle af kvinderne kendte Mødrehjælpen gennem andre, fx veninder. Andre havde en forestilling om at Mødrehjælpen var for enlige mødre og for kvinder, som ikke havde styr på livet. Alle oplevede de at blive taget vel imod, men også at det var rart at kunne gå lidt af sides til samtalen.

"det var rigtig, rigtig hyggeligt ...og hun hentede en kop kaffe ... det var rart det var dernede, altså i stedet for at det fx havde været herhjemme, det var rart at komme et sted, sætte sig og sig puh og så bare lukke op ... den der time eller hvad det nu var, den var bare væk ... jeg havde hørt det fra min søster, hun var der for 10 år siden, altså nu er det vist flyttet, men jeg havde hørt fra hende at det var sådan et behageligt sted ... men sådan bare, altså Mødrehjælpen, det er enlige mødre"(informant 6)

"ja men de hjælper jo mødre, det siger lidt sig selv, jeg tænkte, at der var jo nok trygt, der kunne man sidde i ro uden, at der var nogen efter en, altså ligesom hjemme hos sin mor" (informant 7)

9.2 Sammenfatning og konklusion

De interviewede kvinder oplevede at være blevet sårbare i forbindelse med graviditeten. De oplevede, at det havde betydning at kunne tale med en neutral og erfaren person. En person som ikke havde personligt kendskab til kvinden eller var følelsesmæssigt involveret i hende eller i hendes graviditet. En person som kunne møde dem der hvor de var, og tage udgangspunkt i det de ønskede at tale om, uden forventninger og uden krav. For kvinderne havde det været vigtigt, at der blev spurgt til deres beslutning og at rådgiveren kunne rumme deres tvivl eller kaos. Det var vigtigt, at rådgiveren havde erfaringer fra andre kvinder i samme situation, men også at rådgiveren kunne give konkret oplysning og vejledning i forhold til sociale ydelser.

For de interviewede kvinder havde rådgivningen således gjort en forskel. Rådgiverens store viden og erfaring med området havde betydning for at rådgivningen blev et kompetent supplement til den praktiserende læges eller andres støtte og rådgivning.

10. Samarbejde mellem forskellige behandler/rådgivergrupper før og efter modelprojektet

Kommunikationen mellem de relevante faggrupper blev i et tidligere afsnit evalueret i forhold til det sociale anamneseskema. I dette afsnit bliver der set på, om modelprojektet, som sådant, var i stand til at ændre oplevelsen af det tværfaglige samarbejde. Spørgsmålet er:

- Havde modelprojektet betydning for det tværfaglige samarbejde?

10.1 Praktiserende lægers oplevelse af det tværfaglige samarbejde

I spørgeskemaerne ved såvel *baselineundersøgelsen* som ved *slutevalueringen* blev de praktiserende læger spurgt om, hvordan de vurderede samarbejdet med andre faggrupper. Besvarelserne skal, som påpeget i metodeafsnittet, tolkes med forsigtighed, idet svarprocenterne var lave og gruppen af praktiserende læger ikke var helt identisk i de to målinger.

Af svarene fremgik det, at knap halvdelen af de praktiserende læger, som besvarede spørgeskemaerne, var "godt eller meget godt" tilfredse med samarbejdet med jordemødrene både før og efter modelprojektet. Tilsvarende mente 35% af disse læger, at samarbejdet med socialrådgiver i Jordemodercentret var "godt eller meget godt" og 49% at samarbejdet med socialrådgiver ved Abortrådgivningen var "godt eller meget godt" (se evt. tabel i tabelbilag).

Ved *baselineundersøgelsen* angav 80% af de praktiserende læger, som besvarede spørgeskemaerne, at samarbejdet med Gynækologisk Ambulatorium omkring de abortsøgende kvinder var "godt eller meget godt". Denne andel var faldet til 49% ved *slutevalueringen*. Samtidig var angivelsen "ved ikke" steget fra 0% ved *baselineundersøgelsen* til 20% ved *slutevalueringen*. (se evt. tabel i tabelbilag). Baggrunden for denne ændring er ukendt.

I modelprojektet indgik der ingen ændring af samarbejdet mellem praktiserende læger og socialrådgiver ved kommunen eller sundhedsplejerske. Alligevel blev der ved *baselineundersøgelsen* spurgt til samarbejdet og svaret her giver et fingerpeg om, at der er baggrund for en fremtidig indsats på området. Således mente 32% af de praktiserende læger, som besvarede spørgeskemaerne, at samarbejdet med socialrådgivere ved kommunen var "hverken godt eller dårligt" og 27% at det var "dårligt" (se evt. tabel i tabelbilag).

Derudover gav de praktiserende læger i spørgeskemaet ved *baselineundersøgelsen* udtryk for en frustration i forhold til samarbejdet med sundhedsplejerskerne og ved *midtvejsevalueringen* efterlyste flere praktiserende læger et bedre samarbejde med sundhedsplejerskerne.

10.2 Jordemødres oplevelse af det tværfaglige samarbejde

I spørgeskemaet ved *baselineundersøgelsen* blev jordemødrene spurgt om, hvordan de vurderede samarbejdet med andre faggrupper. Svarene var få, men tydede på, at især samarbejdet med de praktiserende læger blev oplevet som dårligt, hvorimod samarbejdet med socialrådgivere i kommunen syntes ukendt (se evt. tabel i tabelbilag).

Ved *midtvejsevalueringens* interview fremgik det ligeledes, at kommunikationen mellem jordemødre og praktiserende læger var mangelfuld. Jordemødrene oplevede, at de praktiserende lægers optegnelser i svangre- og vandrejournaler var enten mangelfulde eller indeholdt problemer, som lægen kunne have handlet på men i stedet videregav til jordemoderen. I interviewets forløb blev jordemødrene opmærksomme på, at deres tilbagemeldinger til lægerne formentlig var ligeså mangelfulde.

I interviewet ved *slutevalueringen* fortalte en jordemoder, at hun var begyndt at tage direkte kontakt til de læger, hvor henvisningspapirerne manglede væsentlige informationer. Tidligere havde hun henvendt sig i egen organisation (ledelsen) for at påpege gentagne mangler. Hun vidste ikke, om den direkte kontakt på sigt ville betyde bedre henvisninger, men hun var mere tilfreds med selv at følge problemet op.

Jordemødrenes indtryk var, at det var personafhængigt, hvor meget der blev informeret til andre behandler/rådgivergrupper. Nogle var gode til det, hvorimod andre aldrig informerede. Jordemødrene fortalte om to konkrete eksempler, hvor en manglende eller mangelfuld kommunikation havde haft betydning. Begge eksempler omhandlede faggrupper, som ikke var en del af modelprojektet, men de giver alligevel et fingerpeg om den store og komplekse organisation, som kommunikerer og handler i forhold til gravide kvinder.

En jordemoder fortalte om en kvinde, som havde termin en måned senere. Kvinden havde for store nyrer og var blevet skannet fem gange, uden at jordemoderen vidste, hvad skanningen havde vist. Der var simpelthen ingen tilbagemelding, hvilket ikke var optimalt i forhold til jordemoderens samtale med og støtte af kvinden, som ikke var i stand til at videreformidle resultatet. Jordemoderens mulighed var at tage ud på sygehuset og finde journalen frem, men det skulle gøres hver gang kvinden havde været til skanning, hvilket jordemoderen først vidste, når kvinden efterfølgende fortalte det i konsultationen.

Et andet eksempel handlede om ikke at kunne kommunikere en bekymring videre tilstrækkelig godt til at få sundhedsplejersken til at reagere på den. Her var de to parter i kommunikationen i stedet endt i en diskussion om deres respektive roller og ansvar.

I interviewet blev jordemødrene bl.a. spurgt om, hvem de anså for at være deres samarbejdspartnere. De svarede, at det var de andre jordemødre i centret, lægerne på sygehuset og den udstationerede

socialrådgiver. På spørgsmålet om hvornår en person var en samarbejdspartner, svarede de, at det var en, der var let tilgængelig, en som man havde direkte kontakt med, en hvis navn man kendte – man skulle vide, hvem man talte med - og en som ville dele informationer. En praktiserende læge som ikke udfyldte svangre- og vandrejournalen ordentligt, som signalerede "at det bare var noget der skulle overstås", det var ikke en samarbejdspartner. Det var jordemødrenes indtryk at den gravide kvinde kom i kontakt med en række af fagpersoner, som "overtog" efter hinanden, og så var det let at kritisere dem, der blev overtaget fra. Derfor ville det være godt at få en dialog om den indbyrdes kommunikation.

Jordemødrene gav i interviewet også udtryk for et ønske om at etablere et samarbejde med sundhedsplejerskerne. Den eneste kontakt med sundhedsplejersken var de papirer, som jordemødrene udfyldte i forhold til, hvornår kvinden kunne forventes at føde, samt de få linier, der blev skrevet når kvinden havde født. Det blev vurderet, at papirenes brugbarhed ikke stod mål med den tid det tog at udfylde navn, adresse osv. Det var en envejskommunikation, hvori meget information, som kunne have betydet kontinuitet og tryghed for kvinden, gik tabt. De interviewede jordemødrene gav i det hele taget udtryk for en stor villighed til og interesse for tværfagligt samarbejde.

10.3 Gynækologiske lægers og sygeplejerskers oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Det var især de praktiserende læger, som læger og sygeplejersker samarbejdede med udenfor Gynækologisk ambulatorium. I *baselineundersøgelsen* angav den største andel af de gynækologiske læger og sygeplejersker (57%), at samarbejdet med de praktiserende læger var godt.

I interviewet ved *slutevalueringen* udtrykte de gynækologiske læger tilfredshed med muligheden for at kunne henvise de abortsøgende kvinder til en opfølgende samtale hos den praktiserende læge efter indgrebet. Derudover anså de det for hensigtsmæssigt med en eller anden form for tilbagemelding mellem de forskellige faggrupper, ikke i forhold til den enkelte kvinde, men i forhold til at kunne handle på en måde, så helheden fungerede bedst muligt. I forhold til samarbejdspartnere havde de et indtryk af at være et led i en kæde, som vist nok fungerede meget godt, men uden ret meget indblik i hvad de andre led lavede.

På spørgsmålet om, hvem de anså for at være deres samarbejdspartnere svarede sygeplejerskerne, at det var de gynækologiske læger, de praktiserende læger og Abortrådgivningen. I forhold til den enkelte kvinde var deres kommunikation med de praktiserende læger envejs, idet de ikke kommunikerede tilbage til de praktiserende læger. Deres kommunikation med de gynækologiske læger skete via journalen eller en mundtlig dialog. Kommunikationen med Abortrådgivningen skete ved at sygeplejerskerne ringede dertil. Der var ingen dialog den anden vej, hvilket egentlig blev anset for rigtigst, idet princippet om at kvinden kunne henvende sig anonymt til rådgivning var væsentligt. En sjælden tilbagemelding fik sygeplejerskerne af kvinder, som havde været til rådgivning, inden de kom til kontrol på ambulatoriet efter en medicinsk abort. I sygeplejeambulatoriet foregik der et udviklingsarbejde omkring kommunikationen med de praktiserende læger.

10.4 Konklusion

Modelprojektet formåede i nogle tilfælde at forbedre samarbejdet mellem de forskellige behandler/rådgivergrupper. Det ser ud til at et personligt kendskab med en god indbyrdes kommunikation fremmer oplevelsen af at være samarbejdspartnere, og at dette igen forpligter og fremmer lysten til gensidig kommunikation. Især jordemødrene, men også gynækologiske læger og sygeplejersker, var i projektperioden blevet mere opmærksomme på kommunikationens betydning for samarbejdet. Der var et ønske om en forbedring af den indbyrdes kommunikation. Derudover efterlyste praktiserende læger og jordemødre et bedre fremtidigt samarbejde med sundhedsplejerskerne.

11. Vurdering af modelprojektets synliggørelse af gravide kvinders sociale forhold

I dette afsnit vurderes modelprojektets synliggørelse af sociale forhold i forbindelse med graviditet. Spørgsmålet er:

- Formåede modelprojektet at skabe en større opmærksomhed omkring rådgivning af gravide kvinder om sociale forhold?

Modelprojektet havde udgangspunkt i en organisation, som ingen beføjelser havde i forhold til de faglige målgrupper, hvorfor det måtte bygge på et fælles ønske om forandring på det sociale område, samt på tillid og gensidig respekt.

Modelprojektet var forankret i et socialfagligt område, hvorimod modelprojektets faglige målgrupper var forankret i et sundhedsfagligt område. Modelprojektets primære målgruppe, de gravide kvinder, udgjorde for de praktiserende læger kun en lille del af deres samlede målgruppe, for de gynækologiske sygeplejersker og læger en mindre del af deres samlede målgruppe og for jordemødrene hele deres målgruppe. Der var således et stort behov for at synliggøre modelprojektet og dets formål. Samtidig var der en risiko for at de faglige målgrupper syntes at det fyldte for meget, at det var en ensidig promovning af gravide kvinders sociale problemer i forhold til deres sundhedsmæssige problemer og behov, samt at det var en implicit kritik af deltagernes håndtering af det sociale område.

Projektlederen havde inden modelprojekts udformning sat sig ind i de faglige målgruppers fag og organisationer. Derudover havde hun den ballast, at hun kom fra en kendt og anerkendt organisation.

Formen for synliggørelse af modelprojektet var en mundtlig og flere skriftlige informationer til hver enkelt deltagende praktiserende læge. Jordemødrene samt læger og sygeplejersker i Gynækologisk Ambulatorium fik fælles information ved flere lejligheder samt et enkelt personligt brev om modelprojektet. Derudover var der en indirekte og almen information om modelprojektets tiltag via tidskrifter og andre trykte og elektroniske medier. Der blev således lagt store ressourcer i de mange møder, breve, artikler og indlæg. Ressourcer, som typisk kun findes i forbindelse med projekter, men ikke i en senere implementering og fastholdelse af tiltag.

Derudover havde den sideløbende evaluering, med gentagne spørgeskemaer og interviews, formentlig også betydning for en opmærksomhed på modelprojektet og dets formål.

Brugen af det sociale anamneseskema fik ikke det forventede omfang eller virkning i forhold til identifikation og kommunikation af gravide kvinders sociale problemer, ressourcer og muligheder

for indsats. Det lykkedes derimod i højere grad at synliggøre de to rådgivningstilbud, især i forhold til jordemødre og gynækologiske sygeplejersker.

I evalueringen af hvor godt modelprojektet lykkedes, må den forskellige organisationsform blandt deltagerne også medtænkes. De praktiserende læger er organiseret i enkeltlægepraksis eller sammen med få andre i praksisfællesskaber. Det betød, at praktiserende læger i højere grad handlede individuelt og at modelprojektet blev modtaget afhængigt af lægens interesse og behov for viden om området. For de fleste praktiserende læger fylder området ikke meget, idet de ser forholdsvis få 1. graviditetskonsultationer og endnu færre gravide kvinder, som vælger en provokeret abort.

Jordemødrene er organiseret i et center med en central visitering af de henviste kvinder, samt en mindre gruppe af jordemødre, der arbejder med sårbare gravide kvinder. Læger og sygeplejersker i Gynækologisk Ambulatorium er organiseret i en fælles organisation og der er en lille gruppe af sygeplejersker, som ser alle kvinder henvist til provokeret abort. Der var i Jordemodercentret og i Gynækologisk afdeling indgået aftaler med ledelsen om deltagelse i modelprojektet og begge steder var der en opmærksomhed i organisationen på modelprojektets primære målgruppe.

Det må anses for at være af afgørende betydning for modelprojektet, at projektlederen havde stor erfaring og et stort personligt engagement i forhold til gravide kvinders sociale problemer og behov. Derudover havde det betydning at den socialrådgiver, der blev ansat til at varetage rådgivningen, havde interesse for området, erfaring som socialrådgiver, kendskab til den kommunale organisation samt evnede at indgå i en anden organisation og i et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Sideløbende med modelprojektet blev der arbejdet for en efterfølgende implementering af de to rådgivningstilbud i hele Fyns Amt. Denne implementering lykkedes, idet der er bevilget penge til ansættelse af personale i en rådgivningsfunktion på amtets to fødesteder samt bevilget penge til at Aborrrådgivningen i Mødrehjælpen kan fortsætte samt udvides til resten af amtet.

Synliggørelsen af modelprojektet blandt de faglige aktører var målrettet og aktivt opsøgende, hvorimod synliggørelsen overfor de gravide kvinder var mere passiv. I forbindelse med modelprojektet udgav Odense Kommune en pjece, som efterfølgende lå fremme hos Mødrehjælpen, i de praktiserende lægers konsultationer, i Jordemodercentret, i Gynækologisk Ambulatorium og på bibliotekerne. Det er uvist i hvilket omfang de gravide kvinder fik øje på pjecen.

12. Økonomisk evaluering

Dette afsnit har til formål at besvare de to spørgsmål:

- Hvilke økonomiske ressourcer var der forbundet med starten og driften af det specifikke implementeringsprojekt?
- Hvad er de skønnede omkostninger ved at implementere et tilsvarende program på amtsligt niveau?

Da det er ganske vanskeligt at adskille ressourceforbruget ved modelprojektets tre initiativer, indeholder beskrivelsen en samlet vurdering for alle tre initiativer.

12.1 Metode og datamateriale

I opgørelsen af startsomkostningerne indgår en del af den tid, som projektlederen og projektmedarbejderen fra Mødrehjælpen anvendte til at planlægge og informere om de tre initiativer. De praktiserende læger blev i forbindelse med modelprojektet tilbudt besøg af projektlederen med henblik på at få direkte information om modelprojektet og om mulighederne for at henvise gravide kvinder til yderligere rådgivning, samt at drøfte hvorledes det sociale anamneseskema skulle bruges. Tilsvarende brugte personalet ved Gynækologisk Ambulatorium og Jordemodercentret tid til møder med projektleder og -medarbejder. Herudover blev der produceret en række informations- og dokumentationsmateriale, som forbrugte ressourcer hos projektlederen, Odense Kommune og Fyns Amt.

I modelprojektets driftsomkostninger indgår først og fremmest lønomkostninger til rådgivningsfunktionen i Abortrådgivningen og Jordemodercentret, samt diverse driftsudgifter i forbindelse hermed. Herudover fik de praktiserende læger, som brugte tid i konsultationen til, sammen med den gravide kvinde, at udfylde det sociale anamneseskema udbetalt honorar for denne ydelse. Sygesikringen brugte desuden i den forbindelse tid med at administrere udbetalingerne af de ekstra honorarer. For personalet i Jordemodercentret kunne tilstedeværelsen af en rådgivningsfunktion potentielt give anledning til en mindre ændring af arbejdsopgaver. Det samme kunne være gældende for personalet ved Gynækologisk Ambulatorium og Mødrehjælpen.

12.2 Resultater

12.2.1 Startomkostninger

I tabel 22 er *startomkostningerne* vurderet. Den væsentligste omkostning vedrører modelprojektets ledelse, der omfattede udvikling og planlægning af de tre initiativer, drøftelser med og information af centrale beslutningstagere i det amtslige og primærkommunale forvaltningssystem, samt interessenter ved Mødrehjælpen, Jordemodercenteret, praktiserende læger og den sociale sagsbehandling i

Odense Kommune. Projektlederfunktionen blev varetaget af en erfaren socialrådgiver gennem en projektansættelse på 25 timer om ugen. Omkostningen er beregnet ud fra en gældende bruttolønudgift pr. 2003.

Blandt de ved projektstarten 114 læger i almen praksis indvilligede 90 i at mødes med projektlederen. Ofte fandt besøget sted i forbindelse med en pause eller efter sædvanlig åbningstid i praksis, hvilket kunne tilsige, at omkostningen for de praktiserende læger var relativ lav. Praktiserende lægers tid har dog alternative anvendelser, så i stedet for at bruge tid på besøg kunne lægerne have udført andre opgaver. For at værdisætte arbejdstiden er der taget udgangspunkt i, at praktiserende læger har et skønnet timehonorar på omkring 750 kr./time. Dette beløb er den gældende takst vedrørende deltagelse i møder med sociale myndigheder mv. og svarer i øvrigt nogenlunde til det måltal, som er udgangspunkt for Sygesikringens overenskomst med praktiserende læger. Varigheden af de pågældende møder varierede mellem 15-45 minutter, og i løbet af modelprojektet blev der gennemført et møde med langt de fleste praksis. I beregningen er der lidt konservativt antaget, at det samlede tidsforbrug var 30 minutter a 750 kr./time.

De øvrige planlægnings- og informationsmøder med henholdsvis Jordemodercentret og Gynækologisk Ambulatorium fandt sted i løbet af almindelige personalemøder. Der er naturligvis en omkostning forbundet hermed, men det er vurderet, at de mødepunkter, som har fået mindre tid ikke havde alvorlige konsekvenser for de to steders arbejde. Opstartsomkostningerne ved de to steder er derfor vurderet at være så små, at der ikke er grundlag for at værdisætte dem.

Som led i modelprojektet udarbejdede Odense Kommune en pjece med information til de gravide kvinder. Pjecen blev distribueret i stort antal gennem Mødrehjælpen, praktiserende læger, Jordemodercentret, Gynækologisk Ambulatorium, biblioteker og tilsvarende kanaler. Information om omkostninger forbundet med pjecens produktion og distribution var ikke tilgængelige, men det er ud fra erfaring fra tilsvarende opgaver vurderet, at de forbundne omkostninger ligger på omkring 35.000 kr.

Opstartsomkostningerne er således beregnet til omkring 575.000 kr. jf. tabel 22.

Tabel 22. Vurdering af opstartsomkostninger

Omkostninger	Grundlag for beregning	Skønnet omkostning
Mødrehjælpen		
-projektleder	25t/uge à 350.000 kr./1517timer/år i 87 uger	504.000
- socialrådgiver	2 uger	2.000
Praktiserende læger	Informationsudveksling: 90 ud af 114 praksis har mødtes med projektlederen i ca. ½ time. Praktiserende lægers timehonorar antages til 750 kr./time	34.000
Jordemodercenter	2 møder. Antages ikke at være forbundet med meromkostninger idet informationen blev givet i forbindelse med almindelige møder	0
Gynækologisk afdeling	2 møder. Antages ikke at være forbundet med meromkostninger idet informationen blev givet i forbindelse med almindelige møder	0
Odense Kommune	Produktion og distribution af pjece om rådgivning af gravide - anslået omkostning	35.000
Samlet opstartsomkostninger		575.000

12.2.2 Driftsomkostninger

I tabel 23 er *driftsomkostningerne* beregnet.

I Abortrådgivningen var der ansat en socialrådgiver svarende til 3/5 fuld tid. Ifølge det oplyste blev to ugentlige dage anvendt til rådgivning, mens én dag blev brugt til udvikling og administration (af begge rådgivningstilbud). Med en skønnet bruttoårsløn på 350.000 kr. kan lønomkostningen i projektperioden (20 måneder) beregnes til omkring 233.000 kr. til rådgivningsindsatsen og 115.000 kr. til udvikling og administration. Herudover havde Mødrehjælpen fra Odense Kommune frikøbt en psykolog svarende til 1 ugentlig dag i projektperioden. Oplysninger fra bevillingsbrevet angiver en samlet omkostning på 433.000 kr. Endelig er omkostninger til kontorhold og sekretariatsbetjening (telefon og aftaler) indregnet med et skøn på 1.000 kr. pr. måned.

De 39 lægepraksis, som deltog i modelprojektet ved at bruge det sociale anamneseskema, fik ifølge en opgørelse fra Sygesikringen i Fyns Amt udbetalt honorar for udfyldelse af 796 skemaer, svarende til omkring 94.000 kr. Det antages, at honoraret på omkring 118 kr. pr. udfyldt skema fuldt ud modsvarer ekstraomkostningerne for de praktiserende læger (dvs. dækker merforbrug hos læge og sekretær, mv.).

I Jordemodercenteret var der ansat en socialrådgiver svarende til 2/5 fuld tid. Med de samme antagelser som ovenfor beregnes bruttolønomkostningen til 233.000 kr. Der indregnes merforbrug for en sekretær til aftaler og telefon svarende til ca. 10 minutter pr. kvinde. I Jordemodercenteret havde 125 kvinder været til konsultationer hos socialrådgiveren.

Det var jordemødrenes vurdering, at tilstedeværelsen af en socialrådgiver ikke gav anledning til forskydninger i opgaver eller tidsforbrug i dagligdagen. Jordemødrene vurderede, at socialrådgiveren varetog opgaver, som ellers ikke ville have været varetaget. I det omfang jordemødrene havde kunnet spare tid ved at henvise de gravide kvinder til at tale om sociale problemer med socialrådgiveren, modsvares dette af tidsforbruget til fælles drøftelser mv. med socialrådgiveren.

Tilsvarende vurderede personalet i Gynækologisk Ambulatorium, at de ikke havde været pålagt ekstra opgaver, og at de ikke var blevet frigjort for opgaver som følge af modelprojektet.

Vedrørende den sociale sagsbehandling i Odense kommune, antages det ligeledes, at modelprojektet ikke har givet anledning til nye opgaver eller frigørelse fra opgaver.

Modelprojektet medførte en begrænset øget administrativ byrde for sygesikringen i forbindelse med forhandling og udbetaling af honorarer til de praktiserende læger, samt trykning og distribution af de sociale anamneseskema. Oplysninger om de faktiske omkostninger har ikke været til stede, men det er skønsmæssigt vurderet i en størrelsesorden på 10.000 kr.

De samlede driftsomkostninger i projektperioden er således opgjort til 1.143.000 kr., svarende til årlige driftsomkostninger på ca. 686.000 kr. jf. tabel 23.

Tabel 23. Vurdering af driftsomkostninger i 20 måneder (1. sep. 2001 – 30. apr. 2003)

Omkostninger	Grundlag for beregning	Skønnet omkostning i 20 måneder
Mødrehjælpen		
Socialrådgiver		
- i abortrådgivning	2/5 350.000 kr./år i 20 måneder	233.000
- udvikling og adm.	1/10 tid à 350.000 kr./år i 20 måneder	58.000
Psykolog	1 ugentlig dag i 20 måneder (bevilling)	433.000
Kontorhold og drift	1000 kr./mdr. i 20 måneder	20.000
Praktiserende læger	Honorar for udfyldelse af sociale anamneseskema 796 skemaer à 118 kr.	94.000
Jordemodercenter		
- Socialrådgiver	2/5 tid à 350.000 kr./år i 20 måneder	233.000
- udvikling og adm.	1/10 tid à 350.000 kr./år i 20 måneder	58.000
- Sekretær	125 kvinder à 10 min , 200 kr./time	4.000
- Jordemødre	Vurderes ikke at have medført en nettoforskydning i ressourceforbruget jf. tekst	
Gynækologisk afdeling	Vurderes ikke at have medført en nettoforskydning i ressourceforbruget jf. tekst	0
Odense Kommune	Vurderes ikke at have medført en nettoforskydning i ressourceforbruget jf. tekst	0
Sygesikringen	Vurderes ikke at have medført en nettoforskydning i ressourceforbruget jf. tekst	10.000
Samlede driftsomkostninger		1.143.000

12.3 Omkostninger ved fremtidig implementering

I Fyns Amt er det besluttet at fortsætte abortrådgivningen, foreløbig frem til udgangen af 2004. Rådgivningen bliver fremover et tilbud til alle kvinder bosiddende i amtet og vil blive forankret i Mødrehjælpens rådgivning i Odense og Svendborg. Amtet har bevilget 312.000 kr. til driften i denne periode.

Det er ligeledes besluttet i Fyns Amt at ansætte 1,5 fuldtids socialrådgiver og 1,5 fuldtids psykolog ved amtets to fødesteder i Odense og Svendborg til at opretholde og supplere de tværfaglige teams for sårbare gravide samt tilbyde relevant henvisning eller indsats. I henhold til budgetforslaget medfører det en øget årlig driftsomkostning på 1.135.000 kr.

For at give andre amter og kommuner mulighed for at vurdere finansieringsbehovet for en lokal implementering, er der i det følgende opstillet en regnemodel for en mulig implementering. Der tages udgangspunkt i det rådgivningsbehov, som modelprojektet har kunnet identificere, og det samlede finansieringsbehov beregnes, hvis modelprojektet skulle implementeres andre steder.

I Jordemodercentret fik 125 kvinder i alt 240 personlige og 87 telefoniske kontakter, hvilket svarer til 3% af de ca. 4.150 gravide kvinder der var tilknyttet Jordemodercentret i perioden. I Abortrådgivningen havde 134 kvinder i alt 236 kontakter. 52 kvinder fik samtaler i forbindelse med en provokeret abort, det svarer til 7% af de ca. 782 som i perioden fik en provokeret aborter. De resterende 82 kvinder, som fik rådgivning i abortrådgivningen var i tvivl om graviditeten og det er uvist om de valgte at gennemføre svangerskabet, men hvis det totale antal gravide i perioden antages at være 4932, så udgjorde de 1,7%.

På baggrund fra data fra Sygesikringen er det opgjort, at 39 ud af i alt 77 lægepraksis i Odense Kommune udfyldte 796 sociale anamneseskemaer. Det betyder, at det sociale anamneseskema i projektperioden blev udfyldt for 796 af de i alt ca. 4.932 gravide kvinder eller 16% af alle gravide kvinder i Odense Kommune.

Blandt de 796 gravide kvinder, som praktiserende læger udfyldte et social anamneseskema med, modtog 64 kvinder rådgivning via modelprojektet. Dette svarer til, at 1 ud af 12 kvinder (8%) havde et rådgivningsbehov, som førte til en henvendelse til modelprojektets rådgivningstilbud.

I Fyns Amt er der 350 praktiserende læger og i 2002 var der 4.476 fødsler og 1.160 provokerede aborter¹⁴. Hvis de praktiserende læger udfylder et socialt anamneseskema for omkring 16 % af alle

¹⁴ Opgørelse fra Fyns Amt på antal provokerede aborter og antal fødsler i 2002 på de to fødesteder i Fyns Amt: Odense og Svendborg. Kvinder, som fødte udenfor amtet fx i Fredericia indgår ikke.

gravide, medfører det en udgift for Sygesikringen i Fyns Amt på ca. 1.400 udfyldte skemaer à 118 kr. i honorar, svarende til en udgift på omkring 106.407 kr. per år.

Det reelle behov for rådgivning er ukendt men hvis det antages, at der i fremtiden fx vil være 1 ud af 10 gravide, som har et rådgivningsbehov, der fører til en henvendelse til et af modelprojektets rådgivningstilbud, vil det betyde at ca. 564 kvinder i Fyns Amt får rådgivning per år.

13. Evalueringens samlede diskussion og konklusion

Ansvaret for tidlig identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats ligger først og fremmest hos den praktiserende læge. Derudover har andre, som kommer i kontakt med den gravide, samt kvinden selv et medansvar.

En opmærksomhed om sociale og personlige forholds betydning, samt en dialog med den gravide kvinde om dette, er en forudsætning for at afdække eventuelle behov for at drøfte tvivl, overvejelser og problemer. Derudover må der være en sikkerhed for at kunne handle i forhold til de problemer, der eventuelt afdækkes. Det må være muligt, i nogle tilfælde også relativt hurtigt, at kunne henvise til en instans, som er i stand til at tage hånd om de afdækkede problemer. En forudsætning for dette er såvel en viden om henvisningsmuligheder, en let adgang til disse samt en kommunikation, der sikrer tillid og en fælles forståelse af problemet blandt alle de involverede.

Socialt anamneseskema

I modelprojektet indgik et socialt anamneseskema som den praktiserende læge udfyldte sammen med den gravide kvinde med henblik på at identificere eventuelle problemer og at smidiggøre kommunikationen mellem forskellige behandler/rådgivergrupper og derved sikre det tværfaglige samspil.

Imidlertid blev der ikke udfyldt det forventede antal sociale anamneseskemaer, og der oplevedes stort set ingen forbedring i den skriftlige kommunikation mellem de forskellige behandler/rådgivergrupper. Det sociale anamneseskema blev af de praktiserende læger oplevet som tungt at arbejde med og i nogen udstrækning en gentagelse af informationer, som allerede var beskrevet andre steder. Derudover kan skriftligheden måske udgøre en barriere for kommunikation omkring alvorlige sociale problemer, hvorfor der i de situationer kan være et behov for andre kommunikationsformer. Det er usikkert i hvilken udstrækning det sociale anamneseskema havde betydning for en tidlig identifikation af sociale problemer. Udgiften til udfyldelsen af de sociale anamneseskemaer beløb sig i projektperioden til 94.000 kr.

Støtte og rådgivning

I modelprojektet indgik en mulighed for at henvise sårbare gravide til støtte og rådgivning i Jordemodercentret, og at henvise kvinder, der var i tvivl om gennemførelsen af graviditeten eller som ønskede eller havde fået en provokeret abort, til Abortrådgivningen.

Det ser ikke ud til at modelprojektet i væsentlig grad øgede de praktiserende lægers viden om eller tilgængelighed til henvisningsmulighederne. Jordemødre og gynækologiske sygeplejersker angav derimod, at de i højere grad turde identificere sociale problemer eller tvivl hos gravide kvinder, idet

de i modelprojektet havde fået en viden om, hvordan og hvortil de hurtigt kunne henvise kvinden samt en sikkerhed for, at der blev taget hånd om problemet.

I projektperioden havde 125 kvinder i alt 240 personlige og 87 telefoniske kontakter i Jordemodercentret, og 134 kvinder havde i alt 236 kontakter i Abortrådgivningen. Modelprojektet viste et behov for støttende og rådgivende samtaler, uden at det reelle omfang af dette behov kendes. Rådgivningen gav kvinderne mulighed for at tale med en neutral person, som ikke havde personligt kendskab til dem eller var følelsesmæssigt involveret i dem eller i deres graviditet. En rådgiver, som havde erfaringer fra andre kvinder i samme situation, som kunne rumme deres eventuelle kaos, som kunne give konkret oplysning og vejledning i forhold til sociale ydelser og som kunne koordinere samarbejdet omkring dem. De samlede driftsomkostninger til de to rådgivningstilbud i projektperioden er opgjort til 1.040.000.

Det samlede modelprojekt

Modelprojektets formål var ambitiøst idet det søgte at forbedre såvel identifikation, handling og kommunikation i forhold til gravide kvinders sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats.

Det er skønnet at modelprojektets start i alt kostede 575.000 kr. I denne omkostning indgik en omfattende information til de professionelle målgrupper herunder et besøg hos 90 ud af 114 praktiserende læger i Odense kommune. Det kan diskuteres om det var nødvendigt og rentabelt. Med i diskussionen hører at den primære målgruppe, de gravide kvinder ikke er nogen stor eller særlig synlig gruppe i de praktiserende lægers konsultation, og at modelprojektet var et møde mellem to store og komplekse systemer, det sundhedsfaglige og det socialfaglige.

I projektføreløbet indgik en stadig strøm af informationer direkte til de faglige målgrupper og indirekte i form af bl.a. pjecer og artikler til alle projektets målgrupper. Evalueringens gentagne dataindsamlinger i form af spørgeskemaer og interviews har formentlig også medvirket til en øget bevidsthed blandt modelprojektets faglige målgrupper om det tværfaglige samarbejde, og om den direkte dialogsbetydning for dette.

Uden forbindelse med modelprojektet, men tidsmæssigt næsten sammenfaldende med modelprojektets start, blev der i Gynækologisk Ambulatorium etableret et sygeplejeambulatorium til abortsøgende kvinder. I Jordemodercentret blev der etableret en gruppe af jordemødre, hvortil sårbare gravide kunne henvises, samt et samarbejde mellem denne gruppe og den udstationerede socialrådgiver. Disse organisatoriske ændringer betød et større fokus på modelprojektets målgruppe, de sårbare gravide samt de tvivlende og/eller abortsøgende kvinder i de to berørte organisationer.

Evalueringen af modelprojektet viste, at det er relevant med en mulighed for at kunne henvise til kompetent støtte og rådgivning, som et supplement til den praktiserende læges, og andres rådgivning. En mulighed som modelprojektet sikrede.

Evalueringen viste også at såvel en opmærksomhed på behovet for rådgivning, som en viden om henvisningsmuligheden er en forudsætning for brugen af denne mulighed. En opmærksomhed og viden som modelprojektet sikrede hos jordemødrene og de gynækologiske sygeplejersker.

Derudover viste evalueringen et behov for, og et ønske om en forbedret kommunikation så den, der henvistes til, vidste hvad henvendelsen handlede om, og den der henviste havde sikkerhed for at der blev taget hånd om henvendelsen. En kommunikation som modelprojektet ikke var i stand til at sikre.

14. Perspektivering og fremtidige anbefalinger

I dette afsnit søges erfaringerne fra det konkrete modelprojekt sat ind i et større perspektiv med anbefalinger til en eventuel fremtidig implementering af modelprojektets tiltag.

Evalueringen af modelprojektet har vist, at der eksisterer et behov for et supplerende tilbud til de praktiserende lægers støttende og rådgivende samtaler med gravide kvinder. Derudover eksisterer der et ønske om en bedre indbyrdes information blandt de behandler/rådgivergrupper, som kvinder kan komme i kontakt med i forbindelse med en graviditet.

Evalueringen har også vist, at en række af forudsætninger skal være til stede for at disse behov og ønsker kan tilgodeses. Forudsætningerne er et effektivt kommunikationsredskab, som styrker identifikation af rådgivningsbehovet, og som underbygger den tværfaglige dialog, samt et relevant, tilstrækkeligt og kvalificeret tilbud om rådgivning, som er både synligt og let tilgængeligt.

Ud fra resultaterne af denne evaluering må det derfor anbefales:

- At arbejde for et forbedret samarbejde og koordinering mellem de instanser kvinder kan komme i kontakt med i forbindelse med en graviditet. Det drejer sig om praktiserende læger, jordemødre, læger og sygeplejersker i gynækologiske og obstetriske afdelinger, sundhedsplejersker og socialrådgivere i kommuner. Der skal være klarhed over, hvad der samarbejdes omkring, og hvem der tager hånd om hvad.
- At arbejde videre med udviklingen af et fælles kommunikationsredskab for de involverede parter. Et relevant kommunikationsredskab som kan:
 - støtte en identifikation af den gravide kvindes problemer, herunder eventuelle sociale problemer, samt hendes ressourcer og muligheder for indsats / behov for henvisning.
 - støtte en identifikation af den gravide kvindes eventuelle tvivl i forhold til gennemførelse af svangerskabet eller valg af provokeret abort.
 - fungere som et tværfagligt og tværsektorielt kommunikationsredskab.
 - minimere såvel skriftlige som mundtlige gentagelser.
 - fungere som dokumentation i forhold til identifikation af behov, indsatser og aftaler.
 - sikre kvindens indsigt i hvilke informationer der videregives til hvem.
- At sikre et tilbud om støttende og rådgivende samtaler til alle gravide kvinder og deres partner. Tilbudet må gerne være koncentreret få steder for derved at sikre, at der i tilbudet er tilstrækkelige ressourcer, viden og ekspertise. Rådgiveren må have et stort kendskab såvel til

gravide kvinder, der vælger at gennemføre svangerskabet, som til tvivlende og abortsøgende kvinder, samt kendskab til sociallovgivningen i relation til denne gruppe.

- At sikre at tilbudet om støttende og rådgivende samtaler er synligt for såvel gravide kvinder, praktiserende læger, andre sundhedsprofessionelle, som i bredere dele af befolkningen. Information om tilbudet kunne eksempelvis være tilstede på apoteket, hvor kvinder henvender sig ved køb af graviditetstests. Kvinder søger information på Internettet, hvorfor det ville være relevant, at informationen fandtes på de steder på Internet som omhandler graviditet og abort. For de kvinder, som først oplever eller erkender et behov for støtte og rådgivning, efter at kontakten med sundhedsvæsnet er afsluttet, er det relevant, at informationen findes de steder, hvor kvinder eller deres pårørende færdes fx biblioteker, kommunale henvendelsessteder og praktiserende lægers venteværelser.

14.1 Initiativer i Fyns Amt

I Fyns Amt er der allerede taget initiativer til at følge flere af anbefalingerne. En fødeplan med særlig vægt på forebyggelse, sundhedsfremme, ressourceopsporing og risikovurdering samt samarbejde på tværs af fag og sektorer er ved at blive implementeret. Planen indeholder ansættelse af svangrekonsulenter, efteruddannelses tilbud til praktiserende læger, kvalitetssikring af svangrejournaler og oprettelse af tværfaglige teams på fødestederne. Som tidligere nævnt er der i forbindelse med modelprojektets ophør bevilget ansættelse af psykolog og socialrådgiver i de tværfaglige teams ved amtets to fødesteder og der er indgået en aftale med Mødrehjælpen, gældende til og med december 2004, om at tilbyde støttesamtaler før og efter provokeret abort. Derudover er der i år etableret et samarbejdsprojekt mellem amtet og de fynske kommuner om digital kommunikation. Målet er at etablere en digital kommunikation mellem sygehus, praktiserende læger og kommuner.

15. Referencer

1. Poulsen BF. "Graviditet – Fødsel eller Provokeret abort - Projektrapport". Rapporten er tilgængelig på: www.mhj1983.dk
2. Bertelsen, Ole: Abort eller fødsel. Socialforskningsinstituttets Rapport 94:4
3. Lov nr. 350 af 13 juli 1973 om svangerskabsafbrydelse m.v. Justitsministeriet København. Lovbekendtgørelse nr. 762 af 11. september 2002 og Vejledning nr. 92 af 11. september 2002. Loven blev i juni 2003 ændret ved lov nr. 435.
4. Lov nr. 282 af 7. juni 1972 om svangerskabshygiejne. Sundhedsministeriet København. Med ændringer: Lovbekendtgørelse nr. 622 af 19 juli 1995 og Ændring nr. 462 af 10. juni 1997
5. Sundhedsstyrelsens retningslinier og redegørelse for svangeromsorg. Sundhedsstyrelsen København 1998
6. Handlingsplan for nedbringelse af antallet af provokerede aborter. Sundhedsministeriet 1999
7. Lov om støttesamtaler før og efter svangerskabsafbrydelse. Bekendtgørelse fra Civil Rets Direktoratet den 31. maj 2000

16. Tabelbilag

Dette bilag indeholder de tabeller, som danner baggrund for evalueringen af modelprojektets tre tiltag. Den enkelte tabel er gengivet med et nummer, og under en overskrift svarende til det afsnit i rapporten, den henviser til. I fremlæggelsen af kvantitative data anvendes valide procentangivelser som afrundede procenter, hvorfor de ikke altid summerer til 100. Som anført i metodeafsnittet er der forskel i udvælgelsen af praktiserende læger i baselineundersøgelsen og i slutevalueringen, hvilket betyder at resultaterne må tolkes med forsigtighed.

16.1 Tabeller til afsnit 6.3.1 Holdning til udveksling af information og til brugen af det sociale anamneseskema - praktiserende læger.

Tabel 1: De praktiserende lægers (n=44) oplevelse af det sociale anamneseskema i forhold til kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet, angivet i procent og i hele tal

Lægen havde ikke prøvet at udfylde det sociale anamneseskema	25%	11
Skemaet øgede lægens opmærksomhed på kvindens personlige og sociale forhold	25%	11
Skemaet øgede kvaliteten af den information lægen videregav til samarbejdspartnerne	23%	10
Skemaet øgede kvaliteten af den information som lægen modtog fra samarbejdspartnerne	5%	2
Skemaet var ekstra papir om forhold, som lægen allerede beskrev andre steder	34%	15
Lægen foretrak mundtlig dialog	14%	6
Lægen oplevede at kvinden ikke ønskede dialogen skrevet ned	7%	3
Lægen oplevede at modtage tilstrækkelige oplysninger fra jordemoderen	30%	13
Lægen oplevede at modtage tilstrækkelige oplysninger fra socialrådgiveren i Jordemodercentret	23%	10

(To læger angav at det var konsultationssygeplejersken som udfyldte det sociale anamneseskema _HVOR?).

Tabel 2: De praktiserende lægers (n=46)oplevelse af det sociale anamneseskema i forhold til tvivlende eller abortsøgende kvinder, angivet i procent og i hele tal

Lægen havde ikke prøvet at udfylde det sociale anamneseskema	26%	12
Skemaet øgede lægens opmærksomhed på kvindens personlige og sociale forhold	24%	11
Skemaet øgede kvaliteten af den information lægen videregav til samarbejdspartnerne	20%	9
Skemaet øgede kvaliteten af den information som lægen modtog fra samarbejdspartnerne	4%	2
Skemaet var ekstra papir om forhold, som lægen allerede beskrev andre steder	37%	17
Lægen foretrak mundtlig dialog	22%	10
Lægen oplevede at kvinden ikke ønskede dialogen skrevet ned	13%	6
Lægen oplevede at modtage tilstrækkelige oplysninger fra Gynækologisk ambulatorium	39%	18
Lægen oplevede at modtage tilstrækkelige oplysninger fra socialrådgiveren i Abortrådgivningen	17%	8

16.2 Tabeller til afsnit 6.4 Identifikation af sociale problemer, ressourcer og muligheder for indsats – ansvar for at kvinderne er tilstrækkeligt rådgivet

Tabel 3: Hvorvidt den praktiserende læge talte med henholdsvis kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet og tvivlende eller abortsøgende kvinder, om udvalgte emner før og efter modelprojektet, angivet i procent og hele tal (i parentes)

Emner for samtale	Kvinder, der valgte at gennemføre svangerskabet		Tvivlende eller abortsøgende kvinder	
	Baselineundersøgelsen (n=32)	Slutevalueringen (n=44)	Baselineundersøgelsen (n=35)	Slutevalueringen (n=46)
Ønsket/uønsket graviditet	91% (29)	77% (34)	100% (35)	89% (41)
Tidligere graviditeter og fødsler	91% (29)	77% (34)	80% (28)	61% (28)
Andre børn	66% (21)	68% (30)	71% (25)	61% (28)
Samliv (gift/samboende/enlig)	78% (25)	73% (32)	86% (30)	78% (36)
Forhold til barnefar	69% (22)	71% (31)	86% (30)	83% (38)
Socialt netværk	75% (24)	68% (30)	89% (31)	80% (37)
Boligforhold	72% (23)	68% (30)	60% (21)	52% (24)
Økonomiske forhold	56% (18)	50% (22)	69% (24)	57% (26)
Uddannelse/arbejde	84% (27)	68% (30)	80% (28)	73% (34)
Psykiske forhold	78% (25)	75% (33)	94% (33)	72% (33)
Fysiske forhold	66% (21)	68% (30)	63% (22)	50% (23)
Misbrug	78% (25)	59% (26)	71% (25)	63% (29)

Tabel 4: Andelen af praktiserende læger, som mente at ansvaret for, at kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet, var tilstrækkeligt rådgivet, var henholdsvis lægens, jordemoderens, kvindens eller andres, ved baselineundersøgelse og ved slutevaluering, angivet i procent og hele tal (i parentes)

Hvis ansvar	Baselineundersøgelse (n=32)	Slutevaluering (n=44)
Den praktiserende læges	97% (31)	91% (40)
Jordemoderens	56% (18)	60% (26)
Kvindens	60% (19)	55% (24)
Andres	9% (3)	2% (1)*
Besvarelser i alt	71 (gennemsnit 2,2 kryds per læge)	91 (gennemsnit 2 kryds per læge)

Den lille svarprocent, den lidt forskellige gruppe af praktiserende læger i de to dataindsamlinger og lidt forskellige svarmuligheder, gør at tallene skal tolkes med varsomhed. *Der svares, at lægen har ansvaret i samarbejde med andre.

Tabel 5: Andelen af praktiserende læger, som mente at ansvaret for, at tvivlende eller abortsøgende kvinder var tilstrækkeligt rådgivet, var henholdsvis lægens, gynækologisk personale, kvindens eller andres, ved baselineundersøgelse og ved slutevaluering, angivet i procent og hele tal (i parentes)

Hvis ansvar	Baselineundersøgelse (n=35)	Slutevaluering (n=46)
Den praktiserende læges	94% (33)	89% (41)
Gynækologisk personale	(ikke spurgt til)	22% (10)
Kvindens	54% (19)	57% (26)
Andres	6% (2)	20% (9)*
Besvarelser i alt	54 (gennemsnit 1,5 kryds per læge)	86 (gennemsnit 1,8 kryds per læge)

Den lille svarprocent, den lidt forskellige gruppe af praktiserende læger i de to dataindsamlinger og lidt forskellige svarmuligheder, gør at tallene skal tolkes med varsomhed. *Der svares, at lægen har ansvaret i samarbejde med andre.

Tabel 6: Andelen af jordemødre, som mente at ansvaret for, at kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet, var tilstrækkeligt rådgivet, var henholdsvis lægens, jordemoderens, kvindens eller andres, ved baselineundersøgelse, angivet i procent og hele tal (i parentes)

Hvis ansvar	Baselineundersøgelse (n=14)
Den praktiserende læges	93% (13)
Jordemoderens	93% (13)
Kvindens	43% (6)
Andres	14% (2)
Besvarelser i alt	34 (gennemsnit 2,4 kryds per jordemoder)

16.3 Tabeller til afsnit 6.5 Det sociale anamneseskemas sikring af kommunikation og samarbejde mellem forskellige behandler/rådgivergrupper - Adskiller de kvinder, der er henvist via det sociale anamneseskema, sig fra resten af kvinderne der rådgives

Jordemodercentret:

Tabel 7: Aldersfordeling mellem de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Jordemodercentret i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Jordemodercentret (n=125)

Alder	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i hver aldersgruppe
15-19 år	25 %	16 %	18%
20-24 år	33 %	29 %	30%
15-29 år	17 %	28 %	25%
30-34 år	13 %	22 %	21%
35-39 år	13 %	3 %	5%
40-44 år	0%	2%	2%
Antal kvinder i alt	24	98	122*

* der er manglende oplysninger for 3 kvinder

Tabel 8: Civil status blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Jordemodercentret i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Jordemodercentret (n=125)

Samlever/ægtefælle	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder
Ja	71 %	52 %	56%
Nej	29 %	48 %	44%
Antal kvinder i alt	24	100	124*

* der er manglende oplysninger for 1 kvinde

Tabel 9: Skoleuddannelse blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Jordemodercentret i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Jordemodercentret (n=125).

Skoleuddannelse	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til skoleuddannelse
7. – 9. klasse	33 %	32 %	33%
10. klasse, realeksamen, teknisk forberedelse	42 %	35 %	37%
Udvidet teknisk forberedelse	0%	1%	1%
Studentereksamen, HF, HH, HTX	25 %	28 %	28%
Andet	0%	3 %	2%
Antal kvinder i alt	24	99	123*

* der er manglende oplysninger for 2 kvinder

Tabel 10: Erhvervsuddannelse blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Jordemodercentret i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Jordemodercentret (n=125).

Erhvervsuddannelse	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til erhvervsuddannelse
Ingen afsluttet uddannelse	78%	62%	65%
Uddannelse afbrudt	9%	0%	2%
Faglært /EFG	0%	7%	6%
Kort uddannelse	4%	12%	11%
Mellemlang uddannelse	9%	13%	12%
Lang uddannelse	0%	5%	4%
Andet	0%	1%	1%
Antal kvinder i alt	23	99	122*

* der er manglende oplysninger for 3 kvinder

Tabel 11: Form for indtægt blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Jordemodercentret i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Jordemodercentret (n=125).

Form for indtægt	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til indtægtsform
Arbejdsindtægt	25%	16%	18%
Arbejdsløshedsunderstøttelse	4%	6%	6%
Sygedagpenge	4%	10%	9%
Barseldagpenge	0%	1%	1%
Orlovsydelse	0%	1%	1%
Revalideringsydelse	8%	1%	3%
SU	8%	15%	14%
Kontanthjælp	33%	39%	38%
Førtidspension	0%	3%	3%
Uden egen indtægt	17%	6%	8%
Andet	0%	1%	1%
Antal kvinder i alt	24	98	122*

* der er manglende oplysninger for 3 kvinder

Tabel 12: Etnisk baggrund blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Jordemodercentret i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Jordemodercentret (n=125).

Etnisk dansker	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til etnisk baggrund
Ja	71%	74%	73%
Nej	29%	27%	27%
Antal kvinder i alt	24	98	122*

* der er manglende oplysninger for 3 kvinder

Abortrådgivningen:

Tabel 13: Aldersfordeling mellem de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Abortrådgivningen i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Abortrådgivningen (n=134).

Alder	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i hver aldersgruppe
10-14 år		1%	1%
15-19 år	20%	26%	25%
20-24 år	40%	24%	26%
25-29 år	10%	20%	19%
30-34 år	15%	21%	20%
35-39 år	15%	7 %	8%
40-44 år	0%	1%	1%
Antal kvinder i alt	20	113	133*

* der er manglende oplysninger for 1 kvinde

Tabel 14: Civil status blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Abortrådgivningen i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Abortrådgivningen (n=134).

Samlever/ægtefælle	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder
Ja	25 %	36%	35%
Nej	75 %	64 %	65%
Antal kvinder i alt	20	113	133*

* der er manglende oplysninger for 1 kvinde

Tabel 15: Skoleuddannelse blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Abortrådgivningen i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Abortrådgivningen (n=134).

Skoleuddannelse	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til skoleuddannelse
7. – 9. klasse	50 %	24%	28%
10. klasse, realeksamen, teknisk forberedelse	35%	40 %	39%
Studentereksamen, HF, HH, HTX	15%	32%	29%
Andet	0%	5%	5%
Antal kvinder i alt	20	114	134

Tabel 16: Erhvervsuddannelse blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Abortrådgivningen i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Abortrådgivningen (n=134).

Erhvervsuddannelse	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til erhvervsuddannelse
Ingen afsluttet uddannelse	70%	57%	59%
Uddannelse afbrudt	0%	2%	2%
Faglært /EFG	5%	5%	5%
Kort uddannelse	5%	6%	6%
Mellemlang uddannelse	10%	24%	22%
Lang videregående uddannelse	10%	5%	6%
Andet	0%	1%	1%
Antal kvinder i alt	20	114	134

Tabel 17: Form for indtægt blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Abortrådgivningen i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Abortrådgivningen (n=134).

Form for indtægt	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til indtægtsform
Arbejdsindtægt	20%	28%	27%
Arbejdsløshedsunderstøttelse	0%	10%	8%
Sygedagpenge	10%	5%	6%
Barseldagpenge	0%	1%	1%
Orlovsydelse	0%	1%	1%
Revalideringsydelse	0%	2%	2%
SU	25%	26%	26%
Kontanthjælp	40%	13%	17%
Førtidspension	0%	1%	1%
Uden egen indtægt	5%	11%	10%
Andet	0%	2%	2%
Antal kvinder i alt	20	114	134

Tabel 18: Etnisk baggrund blandt de kvinder der blev henvist med socialt anamneseskema fra egen læge til rådgivning i Abortrådgivningen i forhold til det samlede antal kvinder rådgivet i Abortrådgivningen (n=134).

Etnisk dansk	Kvinder henvist med socialt skema	Øvrige kvinder	Total andel af kvinder i forhold til etnisk baggrund
Ja	80%	92%	90%
Nej	20%	8%	10%
Antal kvinder i alt	20	114	134

16.4 Tabeller til afsnit 10.1 Praktiserende lægers oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Tabel 19: Praktiserende lægers vurdering af samarbejdet omkring kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet med jordemødre, socialrådgiver ved Mødrehjælpen/Jordemodercentret samt ved kommunen, før og efter projektførløb.

Samarbejde med	Jordemødre				Socialrådgiver ved kommunen	
	Før projektet	Efter projektet	Før: Socialrådgiver ved Mødrehjælpen	Efter: Socialrådgiver ved Jordemodercentret	Før projektet	Efter projektet
Meget godt	7%	19%	3%	10%	0%	2%
Godt	36%	26%	27%	25%	13%	10%
Hverken godt eller dårligt	48%	35%	27%	25%	40%	43%
Dårligt	10%	12%	0%	3%	30%	7%
Meget dårligt	0%	0%	0%	5%	0%	5%
Ved ikke	0%	9%	43%	33%	17%	33%
Antal svar	31	43	30	40	30	42

Tabel 20: Praktiserende lægers vurdering af samarbejdet omkring tvivlende eller abortsøgende kvinder med Gynækologisk Ambulatorium, socialrådgiver ved Mødrehjælpen/Abortrådgivningen samt ved kommunen, før og efter projektførløb.

Samarbejde med	Gynækologisk Ambulatorium				Socialrådgiver ved kommunen	
	Før projektet	Efter projektet	Før: Socialrådgiver ved Mødrehjælpen	Efter: Socialrådgiver ved Abortrådgivningen	Før projektet	Efter projektet
Meget godt	14%	5%	0%	12%	0%	0%
Godt	66%	44%	37%	37%	3%	2%
Hverken godt eller dårligt	17%	24%	29%	21%	32%	24%
Dårligt	3%	7%	0%	0%	27%	15%
Meget dårligt	0%	0%	0%	0%	0%	10%
Ved ikke	0%	20%	34%	30%	38%	49%
Antal svar	35	41	35	43	34	41

16.5 Tabeller til afsnit 10.2 Jordemødrenes oplevelse af det tværfaglige samarbejde

Tablet 21: Jordemødres vurdering af samarbejdet omkring kvinder der valgte at gennemføre svangerskabet med praktiserende læge, socialrådgiver ved Mødrehjælpen og socialrådgiver ved kommunen før projektførløb.

Samarbejde med	Praktiserende læger	Socialrådgiver ved Mødrehjælpen	Socialrådgiver ved kommunen
Meget godt	0%	0%	0%
Godt	8%	39%	0%
Hverken godt eller dårligt	39%	39%	39%
Dårligt	46%	8%	15%
Meget dårligt	0%	0%	8%
Ved ikke	8%	15%	39%
Antal svar	14	14	14

17. Bilag

Følgende bilag omfatter de spørgeskemaer og interviewguides, som er brugt til dataindsamling i de tre undersøgelser:

Baselineundersøgelsen

1. Spørgeskema til praktiserende læger om gravide kvinders personlige, sociale og økonomiske situation
2. Spørgeskema til praktiserende læger om personlige, sociale og økonomiske forhold hos kvinder, som har valgt eller overvejer at vælge provokeret abort
3. Spørgeskema til jordemødre om gravide kvinders personlige, sociale og økonomiske situation
4. Spørgeskema til læger og sygeplejersker ved Gynækologisk Ambulatorium om abortsøgende kvinders personlige, sociale og økonomiske situation
5. Spørgeskema til gravide kvinder i Odense Kommune
6. Spørgeskema til abortsøgende kvinder i Odense Kommune

Midtvejsevalueringen

7. Interviewguide – praktiserende læger
8. Interviewguide, udvalgte fokuspunkter: Jordemodergruppen, Gynækologisk afdeling

Slutevalueringen

9. Spørgeskema A til praktiserende læger om gravide, som vælger at gennemføre graviditeten
10. Spørgeskema B til praktiserende læger om gravide som er i tvivl eller som har valgt provokeret abort
11. Fokusgruppeinterview med jordemødre
12. Fokusgruppeinterview med læger
13. Fokusgruppeinterview med sygeplejersker
14. Interviewguide til gravide kvinder
15. Interviewguide til abortsøgende kvinder
16. Brev til informanter