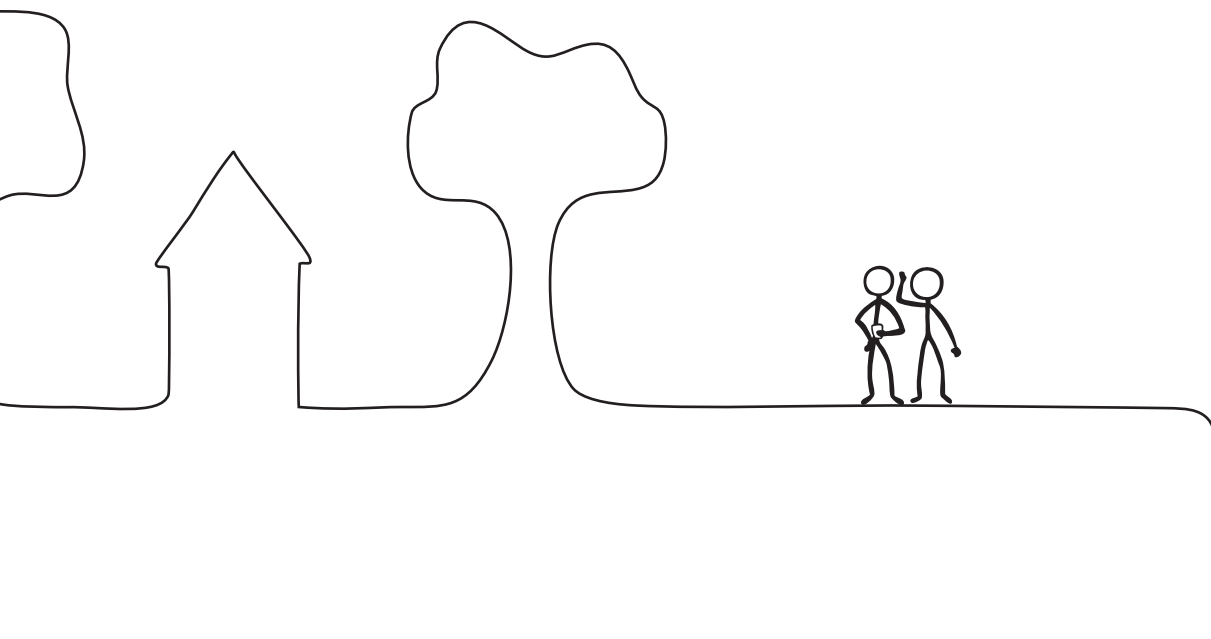


Bedre sundhedspleje til udsatte familier i barnets første 1.000 dage

– hvordan kan arbejdet styrkes?

Af Mette Juhl, Susanne Friis, Mette Strømfeldt Lind,
Vibeke de Lichtenberg og Morten Hulvej Rod



**Bedre sundhedspleje til udsatte familier i barnets første 1.000 dage
– hvordan kan arbejdet styrkes?**

© NUBU 2018

NUBU – Nationalt Videncenter om Udsatte Børn og Unge
Kronprinsesse Sofies Vej 35
2000 Frederiksberg C
www.nubu.dk

NUBU er et omdrejningspunkt for arbejdet med udsatte børn og unge på tværs af professionshøjskoler, forskning og praksis. Videncentrets formål er at opbygge, udvikle og formidle viden om udsatte børn og unge.

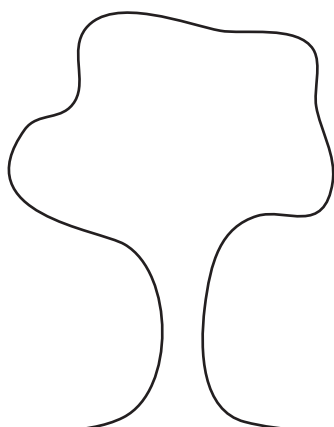
Rapporten er blevet til med støtte fra Egmont Fonden.

EGMONT
Fonden

Indhold



| | |
|---|-----------|
| Forord | 4 |
| Indledning | 5 |
| Baggrund | |
| Læringsulighed – hvordan forstår fagpersoner på feltet begrebet? . . . | 10 |
| Organisering og samarbejde for mindsket læringsulighed | 12 |
| Tre forslag til en styrket sundhedspleje | |
| 1. Styrk den tidlige opsporing - allerede fra graviditeten | 16 |
| 2. Styrk arbejdet med overgang til dagtilbud | 20 |
| 3. Styrk forældres kompetencer | 24 |
| Konklusion: Hvordan kan arbejdet styrkes?..... | 28 |



Forord

I denne rapport præsenterer vi resultatet af et kortlægningsarbejde, som vi i Nationalt Videncenter om Udsatte Børn og Unge (NUBU) har gennemført i foråret 2018 på foranledning af Egmont Fonden.

Egmont Fonden har over de senere år øget deres fokus på læringsulighed blandt børn og unge. Og med Egmont Rapporten 2016 (*En Bedre Start – Livsduelighed hos de allermindste*) markerede fonden et yderligere forstærket fokus de yngste aldersgrupper. Fonden har siden været blandt initiativtagerne til Småbørnsløftet, der understreger vigtigheden af at give alle børn gode chancer for at trives, lære og udvikle sig.

NUBU er sat i verden af alle landets professionshøjskoler for lave forskning, der gør en positiv forskel for udsatte børn og unge. Derfor har vi i vores arbejde også et naturligt fokus på de helt små børn – og vi ønsker fremadrettet at prioritere forskning på dette område. Arbejdet med rapporten er gennemført i et samarbejde mellem VIA University College og Københavns Professionshøjskole (tidl. Metropol), som er de to professionshøjskoler i Danmark, der varetager specialuddannelsen til sundhedsplejerske.

I rapporten belyser vi, hvordan sundhedsplejersker i samarbejde med andre faggrupper (f.eks. jordemødre, pædagoger og socialrådgivere) og gennem inddragelse af private og frivillige aktører kan styrke indsatsen for at mindske læringsulighed. Vi henleder opmærksomheden på tre centrale områder, hvor der er behov for ny viden og nye initiativer. Det drejer sig om tidlig opsporing, overgang til dagtilbud og forældrekompetencer. Inden for hvert af de tre områder giver vi konkrete forslag til, hvordan aktører på feltet kan målrette

deres arbejde med henblik på styrkede indsatser for udsatte familier.

Vi vil gerne takke Egmont Fonden for deres støtte til projektet. Og vi vil rette en særlig tak til de mange fagpersoner over hele landet, som via interviews, rundspørge og deltagelse i workshop har bidraget til at kvalificere vores arbejde. Vi håber, at rapporten kan bidrage til at skabe retning og fokus i eksisterende såvel som fremtidige aktiviteter på området. Fra professionshøjskolernes side bidrager vi gerne til et bredt samarbejde om at styrke forskning og udvikling på dette vigtige område.

Rapporten er udarbejdet af en projektgruppe bestående af lektor Mette Strømfeldt Lind (VIA), konsulent Susanne Friis, lektor Vibeke de Lichtenberg, docent Mette Juhl (alle fra Københavns Professionshøjskole) samt undertegnede. Desuden takkes områdechef Kirsten Roelsgaard (VIA), ledelseskonsulent Jan Rosenmeier (VIA), kommunikationsmedarbejder Anna Krarup Jensen (NUBU) og cand.pæd.soc, socialrådgiver Vibeke Toft Ilsø for deres bidrag til arbejdet.

Morten Hulvej Rod
Centerchef, ph.d.
Maj 2018

Indledning

Et barns livsbane påvirkes allerede fra undfangelsen. Det tidlige samspil mellem barn, forældre og fagpersoner spiller derfor en stor rolle for barnet og er med til at påvirke dets udvikling på kort og langt sigt. Særligt de første år af barnets liv er en afgørende periode, hvor omgivelserne, herunder sproglig og kognitiv stimulering fra forældrene, har massiv betydning for barnets videre udvikling og senere læring.

Begrebet 'livsduelighed' bliver ofte brugt som en samlebetegnelse for de personlige, sociale og faglige kompetencer, et barn behøver for at kunne fungere, udvikle sig og håndtere udfordringer. En analyse, som det tidligere SFI har lavet for Egmont Fonden, viser blandt andet, at der er en stærk sammenhæng mellem 3-åriges grad af livsduelighed og deres senere livsforløb. Samme rapport fastslår, at op imod 20 pct. af danske børn kan placeres i risikogruppen for en læringsulighed, som er meget svær at rette op på senere i livet.

I sundhedsplejen er der et stort potentiale for et øget fokus på denne problemstilling. Der er mange gode tiltag i gang landet over, men der mangler et overblik over eksisterende udviklingsinitiativer og den viden, der allerede er oparbejdet blandt fagpersoner, organisationer m.fl. – viden, der med fordel kan danne afsæt for fremtidige initiativer og investeringer på området.

I denne rapport præsenterer vi resultatet af en kortlægning af den eksisterende praksis og viden, som vi har gennemført. Formålet er at belyse, hvordan sundhedsplejersker sammen med andre velfærdsprofessionelle kan styrke indsatsen for at mindske læringsulighed. På baggrund af kortlægningen præsenterer vi konkrete forslag til, hvordan private fonde og offentlige institutioner kan målrette deres investeringer med henblik på en styrket sundhedspleje.

Rapportens indhold

Il det følgende præsenterer vi kort den fremgangsmåde, vi har anvendt i arbejdet med rapporten. Dernæst præsenterer vi resultatet af arbejdet i to hovedafsnit:

1. Baggrund, hvor vi først introducerer til begrebet læringsulighed, som det forstås af fagpersoner på feltet. Efterfølgende præsenterer vi centrale opmærksomhedspunkter i forhold til at styrke organisationen og det tværfaglige samarbejde, som er en afgørende forudsætning for at mindske læringsuligheden.

2. Tre forslag til en styrket sundhedspleje, hvor vi præsenterer de tre indsatsområder, som vi gennem arbejdet med kortlægningen har identificeret som særligt betydningsfulde. Det drejer sig om:

- Den tidlige opsporing
- Arbejdet med overgang til dagtilbud
- Forældres kompetencer

Inden for hvert af disse indsatsområder kommer vi med forslag til fremtidige initiativer, der kan styrke arbejdet. Vi præsenterer desuden forskellige typer af eksisterende udviklingstiltag inden for hvert område – illustreret med konkrete eksempler på, hvordan kommuner og andre i dag arbejder med at udvikle og styrke sundhedsplejen. Udvalgelsen af eksempler er foretaget med henblik på at opnå maksimal variation, hvad angår typen af udviklingstiltag, f.eks. om de er gruppebaserede/individuelle, og eksempler på evidensbaserede programmer såvel som lokalt udviklede indsatser. Afsnittet afrundes med et overblik, der sammenfatter vores forslag inden for de tre indsatsområder.

Vi skelner i rapporten mellem opsporende indsatser og forebyggende/støttende foranstaltninger. Selvom opsporing og forebyggende indsatser naturligtvis er tæt forbundne i praksis, giver det mening – videnskabeligt, effektmæssigt og strukturelt/organisatorisk – at betragte dem hver for sig. Det kan bl.a. hjælpe til at bevare fokus og overblik i en tid, hvor tidlig indsats nyder megen opmærksomhed, og hvor mange indsatsprogrammer afprøves.

Vi vil i den forbindelse gerne understrege, at det ikke har været vores hensigt at præsentere en fyldestgørende gennemgang af den mangfoldighed af aktiviteter og indsatser, der allerede foregår. Vi har heller ikke grundlag for at vurdere kvalitet

og vidensgrundlag for enkeltstående tiltag, da der er tale om et område med en meget stor variation af projekter, metoder, indsatser og praksisser. Derfor er det da også en helt central og gennemgående pointe, at der først og fremmest er brug for en større grad af systematik, koordination og vidensbasering i de eksisterende aktiviteter – og at der i mindre grad er behov for at udvikle helt nye metoder og indsatser.

Kortlægningens fremgangsmåde

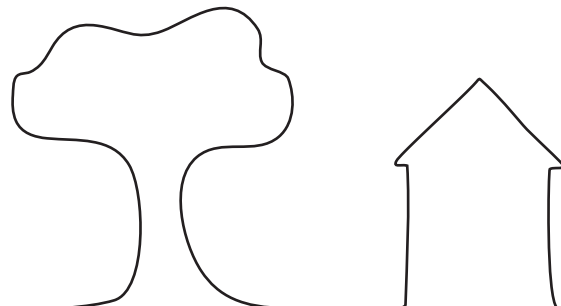
Projektet blev indledt med en systematisk gennemgang af en række kortlægninger fra de seneste år vedrørende tidlig indsats. Vi gennemgik følgende rapporter:

- "Afdækning af indsatser til udsatte og sårbare børn i den kommunale sundhedspleje" (SDU 2017)
- "Betydningen af universelle, forebyggende sundhedsydelser for gravide, 0-3-årige og deres forældre - Et litteraturstudie over eksisterende viden fra Danmark, Sverige, Norge, Finland, Island og UK" (SDU 2017)
- "Styrk børn og unges sundhed. Brug sundhedsplejerskernes kompetencer" (Dansk Sygeplejeråd 2015)
- "Målrettede sociale indsatser i dagtilbud" (VIVE 2018)
- "Tidlig indsats for sårbare familier" (VIVE 2017)
- "Udvidede tilbud til sårbare gravide og småbørnsfamilier i Danmark" (SUS 2014)

Indholdet af disse rapporter blev sammenfattet systematisk i et skema, vi udviklede til formålet, og som muliggjorde en tværgående opsamling af rapporternes anbefalinger og hovedpointer.

Med henblik på at supplere de tidligere gennemførte kortlægninger med specifik viden om udviklingsindsatser i forhold til læringsulighed gennemførte vi en rundspørge via Dansk Selskab for Ledende Sundhedsplejersker, der videresendte et kort spørgeskema til samtlige landets kommuner. Vi modtog svar fra 35 kommuner og analyserede besvarelserne med henblik på at identificere, hvilke typer af indsatser respondenterne fremhævede som særligt lovende og relevante i forhold til at mindske læringsulighed.

På baggrund af kortlægningens første trin foretog vi 10 interviews med repræsentanter for den kommunale sundhedspleje, regionerne, Sundhedsstyrelsen, forskning og civilsamfund. Hovedfokus i interviewene var at afdække informanternes viden om indsatser og deres vurdering af behov for nye initiativer på området.



Vi gennemførte interviews med følgende fagpersoner:

| Navn | Stilling | Arbejdssted |
|--|---|--|
| Anne Dorthe Roland | Ledende sundhedsplejerske | Ishøj Kommune |
| Annette Krogh | Ledende sundhedsplejerske | Sønderborg Kommune |
| Annette Poulsen | Sundhedsplejerske | Sundhedsstyrelsen |
| Helle Rasmussen | Ledende sundhedsplejerske | Roskilde Kommune |
| Helle Østergaard Stisen | Familiechef | Frederiksberg Kommune |
| Janne Ammitzbøl og Anne Mette Skovgaard | Hhv. forsker og adjungeret professor | Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet |
| Lene Skjelbo | Ledende sundhedsplejerske | Hjørring Kommune |
| Mette Skovgaard Væver | Lektor | Københavns Universitet |
| Pernille Kristoffersen | Rådgivningskoordinator | Mødrehjælpen |
| Pia Thomsen | Docent | Professionshøjskolen Absalon |

Endelig afholdt vi en workshop med en deltagerkreds, der blev fastlagt på baggrund af de tidligere dele af kortlægningsarbejdet. På workshoppen præsenterede vi den viden og de videnshuller, som vi var blevet opmærksomme på ved gennemgang af de tidligere kortlægninger, vores rundspørge og interviews. Workshoppen blev afholdt den 25. april på UC Lillebælt i Odense og havde deltagelse af følgende personer:

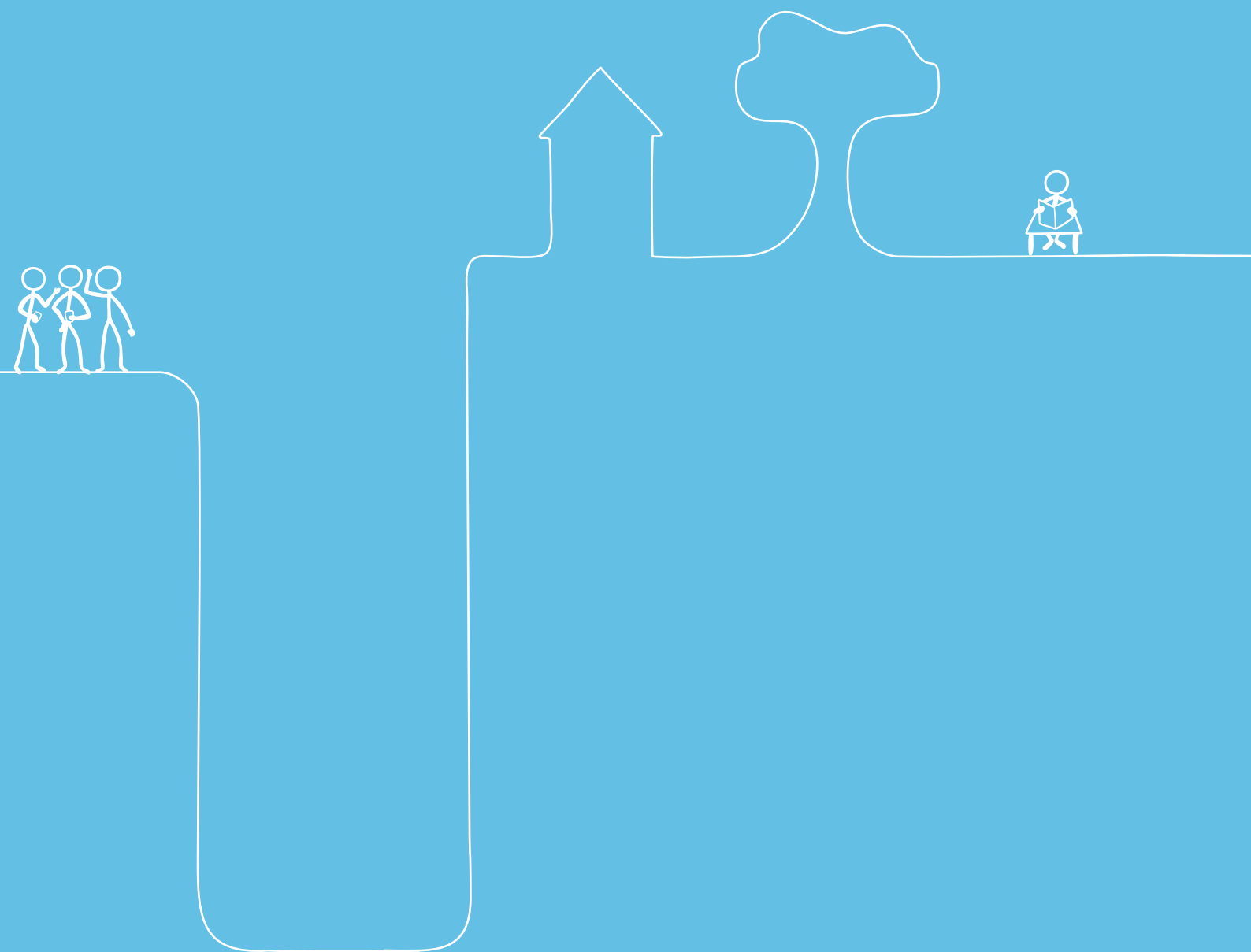
| Navn | Stilling | Arbejdssted |
|-------------------------------|----------------------------|--|
| Anne Madsen | Netværkskoordinator | Ringsted Kommune, Børnecenter |
| Annette Poulsen | Sundhedsplejerske | Sundhedsstyrelsen |
| Birgitte Olsen | Udviklingskonsulent | Røde Kors, Familiesektionen |
| Bjarke Nielsen | Specialkonsulent | Metodecentret |
| Bodil Bahnsen | Leder af Sundhedstjenesten | Slagelse Kommune |
| Charlotte Ringmose | Professor | Aarhus Universitet |
| Gitte Ottesen | Initiatives Manager | The LEGO Foundation |
| Helle Erstling Rasmussen | Ledende sundhedsplejerske | Roskilde Kommune |
| Ingeborg Hedegaard Kristensen | Postdoc, sundhedsplejerske | Aarhus Universitet, Institut for Folkesundhed |
| Jakob Roepstorff | Programchef | Egmont Fonden |
| Janni Ammitzbøll | Sundhedsplejerske | Statens Institut for Folkesundhed |
| Karen Karlsson Eriksen | Konsulent | KL, Center for Forebyggelse i praksis |

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|--|
| Mads Tanning Vestergaard | Projektleder | Røde Kors, Familiesektionen |
| Mads Thuneberg | Projektrådgiver | A.P. Møller Fonden |
| Maiken Pontoppidan | Forsker, ph.d. | VIVE Sundhed |
| Majbritt Friis-Alstrup | Jordemoderleder | Næstved Sygehus, Gynækologisk-obstetrisk afdeling |
| Mette Væver | Lektor | Københavns Universitet |
| Pernille Kristoffersen | Rådgivningschef | Mødrehjælpen |
| Pia Thomsen | Docent | Professionshøjskolen Absalon |
| Rikke Nue Møller | Chefjordemoder | Rigshospitalet, Juliane Marie Centret |
| Susanne Dahl | Ledende sundhedsplejerske | Frederiksberg Kommune |
| Susanne Rank Lücke | Formand | Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker |
| Tine Jerris | Sekretariatsleder | Home-Start Familiekontakt |
| Trine Venbjerg Hansen | Seniorkonsulent | DEA |
| Ulla Darre | Chef, Børns Sundhed og Forebyggelse | Gentofte Kommune |
| Ulla Dupont | Ledende sundhedsplejerske | Vejle Kommune |
| Vibeke Hejgaard Nielsen | Sundhedsfaglig forløbskoordinator | Hvidovre Hospital, Obstetrisk afdeling |

Workshoppen blev faciliteret af Jan Rosenmeier, VIA University College. Deltagerne blev præsenteret for de foreløbige resultater af kortlægningsarbejdet, og de bidrog ved at kommentere, udbygge og kvalificere de foreløbige fund.

Resultaterne i denne rapport er blevet til ved at sammenstille den viden, der er tilgængelig i de tidligere gennemførte kortlægninger, med resultaterne af vores egen rundspørge, interviewundersøgelse og workshop. Der er således tale om en syntese af eksisterende viden, idet en egentlig videnskabelig analyse ligger uden for rammerne af nærværende rapport. Vi har i fremstillingen lagt særlig vægt på udsagn og eksempler fra vores interviewundersøgelse og rundspørge, men det skal understreges, at disse i vid udstrækning afspejler og underbygger resultaterne af de tidligere gennemførte kortlægninger på området. De forskellige kilder til viden har således i store træk bekræftet hinanden, men det har været vigtigt for os samtidig at synliggøre forskelle i positioner og holdninger, som er kommet til udtryk i vores materiale. Som det fremgår ovenfor, har vi draget nytte af mange fagpersoners bistand og viden i forbindelse med kortlægningen. Det er imidlertid ikke ensbetydende med, at de alle står inde for resultaterne. Ansvar for rapportens indhold påhviler naturligvis udelukkende forfatterne.

Baggrund



Læringsulighed

- hvordan forstår fagpersoner på feltet begrebet?

Rundspørge, interviews og workshop har vist, at der er meget stor variation i, hvordan begrebet læringsulighed opfattes, og hvilken plads det har i forbindelse med tidlig indsats i kommuner, regioner, organisationer, forskning m.m. Inden vi gennemgår centrale fund vedrørende læringsulighed og tidlig indsats, vil vi give et indblik i vores informanternes reaktioner på og forståelse af læringsulighed som begreb.

Nogle mente, at det er klogt at sætte fokus på læring, fordi det opfattes som et neutralt begreb, mens andre fortalte, at begrebet slet ikke indgik som en bevidst faktor i den lokale arbejdstilrettelæggelse. Her er et udpluk af reaktioner: *"Undskyld, jeg synes 'læringsulighed' er et virkelig mærkeligt begreb, som jeg har ret svært ved at forholde mig til!", "Begrebet 'læringsulighed' er nyt for mig - det er ikke et begreb, vi har drøftet - endsize tilrettelagt vores tilbud til. Jeg ser mig derfor ikke i stand til at besvare spørgsmålet" og "Læringsulighed er virkelig et ord, der ikke er nået til denne kommune."*

På trods af undren hos flere informanter, og på trods af at der ikke findes en entydig definition af begrebet, viste vores afdækning nogle tydelige og ensartede, tværgående bud på, hvad læringsulighed er samt dets relevans i forhold til tidlig indsats.

Flere faktorer i spil

Mange informanter fremhæver sammenhængen mellem socio-økonomiske forskelle og læringsulighed. Der peges også på, at det at lære er helt afgørende for, at et barn kan vokse op med lige muligheder i livet som andre børn, og at et barns mulighed for at lære er helt afhængigt af opvækst og rammer. Børn vokser således op med forskellige grundforudsætninger for læring; nogle børn er i miljøer, hvor mulighederne for udvikling og læring understøttes positivt, og andre børn vokser op i miljøer, hvor læringspotentialet hverken stimuleres eller er i fokus.

Flere informanter kobler ulighed og sårbarhed til en række specifikke faktorer, f.eks. etnisk minori-

tetsbaggrund, mental sundhed og sparsom skolegang. De beskriver, at når en person er i en socialt udsat position, er han/hun ikke i stand til at gribe den viden, der flourer i samfundet, fordi vedkommende enten ikke har kompetencerne til det eller mulighederne for det.

Inddrag forældrenes trivsel

Informanterne fremhæver, at forskning og initiativer til at mindske læringsulighed ikke kun skal omfatte barnet, men også forældrene/familien. Det nævnes, at anerkendelse og tillidsskabende kommunikation er centralt i forbindelse med læring. Tilknytning og samspil mellem forældre og barn bliver fremhævet som betydningsfuldt, og der lægges vægt på, at tidlige indsatser bør have fokus på at styrke tilknytningen. Dette er i tråd med international forskning, der viser, at forælder/barn-tilknytningsmønstret grundlægges i graviditetsperioden, og at potentialet for en sund tilknytning mellem forældre og barn og dermed også for barnets senere læring etableres allerede under graviditeten. Indsatser der kan styrke den mentale tilknytning beskrives derfor af informanterne som helt centrale. De fremhæver endvidere, at indsatser i forhold til tidlig tilknytning bør inddrage både mor og far/partner. F.eks. viser forskning, at mødre med tilknytningsvanskeligheder ofte har en partner, der også har tilknytningsvanskeligheder, og opsporing og forebyggende indsatser bør derfor rette sig mod begge forældre.

Tidlige og tværfaglige indsatser er vigtige

Informanterne beskriver generelt opsporing tidligt i graviditeten og iværksættelse af støttetilbud hurtigst muligt som afgørende for at kunne understøtte læringspotentialet og fremhæver, at sådanne helt tidlige indsatser vil få betydning for resten af barnets liv. Centralt er også tværfaglige/-sektorielle samarbejder, hvor relevante fagpersoner involveres og samarbejder fra graviditetsperioden og helt op til skolealderen. En ledende sundhedsplejerske beskriver det ligefrem som et *"drømmescenarie [...] at komme tidligt ind."* Dette kalder på forbedret opsporing helt tidligt, velfungerende visitationsrutiner og gode, relevante tilbud, bl.a.

i forhold til forældrekompetencer. Informanter fremhæver, at forældre med relationelle vanskeligheder skal lære at genkende, hvad barnet har behov for, og agere hensigtsmæssigt på dette, for at barnet kan trives og blive godt rustet til indlæring.

Trivsel for barnet fremstår som afgørende for indlæring. Når informanterne taler om trivsel for barnet, er det ofte med udgangspunkt i forældrenes trivsel, ud fra den grundantagelse, at forældre i trivsel er en forudsætning for et barn i trivsel. Forældre i trivsel forbindes af flere til det at opleve at *fungere i samfundet*. Derfor bør de fagprofessionelle omkring familien have opmærksomhed på forældrenes deltagelsesmuligheder og støtte dem til at fungere i samfundet. Herigennem er der mulighed for, at også barnets deltagelsesmuligheder kan øges, både i familien, samfundet, dagtilbuddet og i det generelle samvær med andre børn. Dermed bliver det også vigtigt at samarbejde med faggrupper, der ellers ikke har direkte fokus på de små børn. Det gælder fx de socialrådgivere og faggrupper i psykiatri og sygepleje, som forældre måtte have kontakt til.

Organisering og samarbejde for mindsket læringsulighed

I det følgende præsenterer vi en række muligheder og udfordringer for styrket tværprofessionelt samarbejde med mål om mindsket læringsulighed. Denne tematik står centralt i de tidligere gennemførte kortlægninger på området, og som det vil fremgå af det følgende, er organisering og samarbejde også noget, der optager de fagpersoner, der har medvirket i vores rundspørge, interviews og workshop.

Blandt informanterne er der generelt den holdning, at der bør være et mere kvalificeret tværfagligt samarbejde, hvis vi skal styrke sammenhænge i børns hverdagsliv. Et stærkere tværfagligt samarbejde vil ideelt set skabe en motiverende og integrerende proces, som tager udgangspunkt i familiens behov frem for i systemets struktur.

Der sættes fokus på følgende punkter:

- Organisering og fysisk placering
- Overgange
- Fælles sproglig referenceramme
- Øget systematik og uddannelse
- Frivillige indsatser i kommunerne

Organisering og fysisk placering

Den gennemgående vurdering er, at familierne får de bedste muligheder med et velfungerende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. Som en informant siger: *"Helhedssynet bør understøttes socialfagligt og [man bør] lave partnerskab på tværs af faggrupper, da ingen forældre, når de starter et forældreskab, kun er udfordret på et perspektiv."*

Der er bred enighed om, at tidlig opsporing og indsats kræver viden fra og samarbejde mellem flere aktører omkring familien, så fokus på det tværfaglige og tværsektorielle er alfa og omega. Flere kommuner har erfaret vigtigheden af det tætte samarbejde, men samtidig erfaret at det er udfordrende at få kendskab til og viden om hinandens faglige kompetencer. Det er både ledende sundhedsplejersker og faggrupper som sagsbehandlere og socialrådgivere, der nævner disse udfordringer med faglige forskelle, da der *"tales med forskelligt sprog og referenceramme."*

Den fysiske placering af sundhedsplejens samarbejdspartnere har betydning for den tværfaglige

dialog og samarbejdet. Flere peger på, at mindre formaliserede kontaktflader som det, at man fysisk sidder sammen, har stor betydning for, om sagsbehandlere og sundhedsplejersker kender hinanden og har kendskab til hinandens arbejdsområde i en grad, så de ved, hvad de kan bruge hinanden til i forhold til den enkelte sag. I mange kommuner har man succes med at arbejde i konkrete projekter og på samme lokaliteter på tværs af fag og sektorer, hvorved samarbejdet er blevet styrket – og dette modvirker silotænkning. Samtidig påpeger flere informanter den problematik, at en del af arbejdet er organiseret i ad hoc-projekter, der ikke altid lever videre i drift efterfølgende. Som en ledende sundhedsplejerske formulerer det: *"[Man bør prioritere at støtte] indsatser, som har en chance for at blive forankret i praksis, når støtten ophører [...] dvs. dét, som virker for små midler, og som har en chance for at blive implementeret i drift. Nogle satspuljeprojekter bliver lagt for stort op, så har kommunerne ikke en chance for at implementere i drift efterfølgende"*.

Overgange

Overgange (eller passager) f.eks. fra jordemoder til sundhedsplejerske, fra hjem til dagtilbud eller ved overgangen fra vuggestue til børnehave, bør styrkes og udvikles. Der efterlyses mere sammenhængende forløb for den enkelte familie på tværs af professioner og sektorer. Udfordringen ses særligt i overgangen mellem region og kommune, hvilket de fagprofessionelle vurderer er yderst vigtig, hvis de skal undgå at overse udsatte familier eller at miste kontakten til dem i overgangen. For at støtte og skåne de udsatte og sårbare familier er en styrket koordinering mellem faggrupper og sektorer – og mellem kommuner og regioner – af afgørende betydning for det gode forløb fra graviditet til børnehave.

Specifikt efterlyser informanterne, at fødesteder og kommuner har et mere *forpligtende* samarbejde, så de fælles kan opspore udsatte familier tidligst muligt og iværksætte den rette støtte. Informanterne giver udtryk for, at samarbejdet ikke er optimalt på nuværende tidspunkt, og at der er behov for at tænke og handle anderledes. Der foreslås en større grad af systematik ved overgangen fra fødested til kommune, bl.a. ved at sikre, at

alle fødesteder har en fødeplan, som fokuserer på samarbejde mellem fødested og kommune. Der efterlyses øget brug af systematiske metoder til at vurdere børn og forældre. Det drejer sig f.eks. om screeningsmetoder og kommunikationsredskaber med det formål, at hver enkelt familie får tilbudt den rigtige og nødvendige støtte. Såvel sundhedsplejerskerne som de øvrige informanter foreslår, at sundhedsplejersken kan være brobygger/tovholder i koordineringen af det styrkede samarbejde. Derudover skal der opmærksomhed på, hvordan dataudveksling mellem faggrupper og sektorer kan organiseres mest hensigtsmæssigt og effektivt.

Fælles sproglig referenceramme

Flere informanter peger på behovet for en fælles forståelse af problematikker i tværfaglige og tværsektorielle samarbejder. De efterlyser en *"fælles sproglig referenceramme"*, når der tales om børns ulighed og læringsulighed, samt en fælles trivselsvurdering faggrupper imellem. Flere pointerer, at en fælles referenceramme ikke nødvendigvis kræver et fælles fagsprog, men et fokus på at forskellige faggrupper nærmer sig en fælles forståelse og opfattelse af de problematikker, som de skal samarbejde om.

På trods af at forskellige faggrupper har hver deres udgangspunkt og faglige viden, er det en generel opfattelse, at et mere systematisk samarbejde kan bidrage til en bedre og mere samlet viden om barnet og familien. Det gælder om at samarbejde med gensidig respekt for forskellige kompetencer og fagforståelser til fordel for familien, der skal hjælpes og støttes.

Et konkret eksempel, hvor kendskab til hinandens termer, rutiner og kompetencer vil blive hjulpet på vej af en fælles referenceramme, er sundhedsplejerskens *"behovsbesøg"*. Informanter fortæller, at ingen af de andre involverede faggrupper kender den præcise betydningen af dette besøg.

Hvis samarbejde og videndeling mellem faggrupper for alvor skal styrkes, efterspørger informanterne mere tid til dialog faggrupperne imellem.

Dette gælder blandt andet mellem jordemødre, sundhedsplejersker, pædagoger, socialrådgivere og andre involverede fagpersoner fra graviditetsfasen op til skolealderen. Der bør udvikles mere fastlagte kriterier for, hvornår der er behov for tværfaglig indsats samt ensartede retningslinjer for viderevisitering.

Sundhedsplejersker og jordemødre nævner praktiserende læger som vigtige samarbejdspartnere, men oplever også, at lægen ofte ikke er 'tæt på' i samarbejdet om en familie/et barn. Sundhedsplejersker og jordemødre efterlyser et øget samarbejde og nævner, at den praktiserende læge som minimum bør kende svangreomsorgens fire visitationsniveauer (se afsnittet "Styrk den tidlige opsporing" side 15), så forældre henvises til familieambulatoriet og sundhedsplejersken tidligt i graviditeten. Argumenterne for dette er, at den praktiserende læge har viden om forældrenes psykiske og fysiske habitus i forhold til at kunne håndtere graviditet og forældreskab, og at lægen derfor kan bidrage til samarbejdet og motivere forældrene til at videregive oplysninger til jordemoderen.

En forsker mener, at *"vi mangler viden og værktøjer til at turde italesætte og indgive underretninger"* og begrunder dette med manglende fælles viden om det lille barns udvikling. Hun peger på, at faggrupper bør mødes om dette – specielt pædagoger og sundhedsplejersker. En tidlig opsporing af udsathed kan øge antallet af underretninger. Samtidig kan tidlig opsporing og indsats også forebygge, at der bliver behov for at underrette, da den rette indsats på det rette tidspunkt kan foregribe yderligere problemudvikling.

Øget systematik og uddannelse

Som nævnt er der fra informanterne en generel efterspørgsel efter fælles sprog, referenceramme og systematiske metoder til tidlig opsporing, der kan bringe dem i stand til at forebygge læringsulighed. Et eksempel er fælles forståelse af barnets socio-emotionelle udvikling.

Det foreslås, at kommunerne kan opdyrke denne fælles viden og forståelse, f.eks. gennem fælles undervisning og kurser for relevant personale på tværs af forvaltninger og faggrupper. Det kræver dog en stærk ledelse med overordnet blik på tværs af afdelinger og sektorer.

Der foreslås også øget brug af tværprofessionelle teams for at opnå fælles viden og kendskab til andre faggruppers kompetencer. Dette vil styrke samarbejdet og flowet mellem de støttende instanser, som den enkelte familie har behov for.

Frivillige indsatser i kommunerne

Det beskrives, at mange borgere drager nytte af frivillige indsatser på forskellig vis, f.eks. madklubber for enlige og ensomme eller praktisk, aflastende hjælp til indkøb mm. Informanter har erfaret, at familier kan finde det svært at lukke fremmede mennesker ind i deres hjem. Dette begrundes med, at det for mange nybagte forældre er et meget sårbart tidspunkt i deres liv, og at det derfor kan være ekstra udfordrende at åbne hjemmet for fremmede.

Nogle informanter udtrykker bekymring i forhold til frivilliges kompetencer til at skulle forstå og støtte udsatte og sårbare familier. Da dette kræver meget viden og træning, påpeger flere informanter, inkl. repræsentanter fra frivillige organisationer, at det bør være en professionel opgave. En overordnet evaluering af frivilliges indsats i forhold til udsatte og sårbare familier efterlyses.

Tre forslag til en styrket sundhedspleje

1. **Styrk den tidlige opsporing – allerede fra graviditeten**
2. **Styrk arbejdet med overgang til dagtilbud**
3. **Styrk forældres kompetencer**

1. Styrk den tidlige opsporing - allerede fra graviditeten

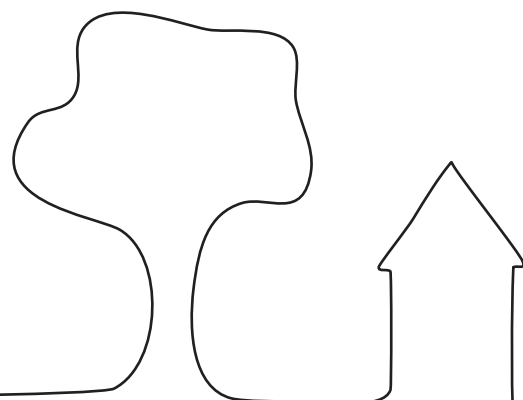
Hvad er udfordringerne?

Vores kortlægning peger på nogle gennemgående fokuspunkter i forbindelse med opsporing af udsatte familier. Traditionelt set har opsporing og visitation under graviditeten været varetaget af en visiterende jordemoder på fødestedet på baggrund af egen læges anbefaling i svangrejournalen. Der er imidlertid mange nye tiltag, hvor jordemødre og sundhedsplejersker arbejder tæt sammen vedr. opsporing og visitation. Vores materiale tyder dog på, at der er store forskelle i, hvor veletablerede disse samarbejder er, og i hvor høj grad sundhedsplejersken indgår under graviditeten. Nogle informanter beskriver, at et konkret samarbejde mellem jordemoder og sundhedsplejerske nogle steder først iværksættes, når der er identificeret konkret behov. Og at der er betydelige forskelle på, hvad den enkelte sundhedsplejerske eller sagsbehandler har af redskaber til at identificere og kategorisere sårbare familier. Der efterspørges øget systematik og veldokumenterede redskaber til god opsporing i graviditeten.

Med Sundhedsstyrelsens brug af en firedelt niveaudeling af gravide er der i svangreomsorgen allerede fokus på de særligt sårbare gravide og på højrisikogravide. Niveaudelingen bruges til at visitere til enten basale eller udvidede, specialiserede tilbud, men systemet er grovmasket, og mange gravide/familier/børn med behov falder igennem, bl.a. fordi systemet hovedsageligt bygger på visitation ud fra medicinske og sociale indikatorer. Det betyder, at f.eks. personer med relationelle vanskeligheder eller ikke-diagnosticerede mentale lidelser ikke opfanges, hvis de ikke har synlige helbredsmæssige eller socioøkonomiske vanskeligheder. For ikke at overse familier med behov i visitationen, har mange kommuner indført sundhedsplejerskebesøg i graviditeten. Dette omtales generelt som værdifuldt, og flere kommuner planlægger at etablere tilbud til alle gravide. Nogle steder er ordningen dog ophørt igen, fordi man har ønsket at prioritere en styrket indsats ved første jordemoderkonsultation i stedet.

Informanter peger på, at international forskning og internationale anbefalinger viser, at effekten af forebyggende tiltag ved familiedannelse kan øges, hvis der sættes ind under graviditeten. Vores kortlægning tyder imidlertid på, at der hidtil i en dansk sammenhæng har været et større fokus på at udvikle, afprøve og dokumentere redskaber, når det gælder opsporing i spædbarns-/småbarnsalderen end redskaber til anvendelse under graviditeten. Informanterne udtrykker behov for understøttelse af tilknytningen mellem forældre og barn. Hvis kommende forældre med relationelle vanskeligheder ikke får hjælp til at bryde mønstre, vil deres børn være i stor risiko for at få en opvækst præget af svigt og utryghed, og barnet vil allerede fra det er nyfødt udvikle en øget sårbarhed ift. selv at få psykiske og sociale problemer, f.eks. problemer med indtæring og uddannelse.

Endelig henledes opmærksomheden på nogle mere følsomme problematikker. F.eks. nævnes, at mistillid mellem faggrupper og utilstrækkeligt kendskab til andre faggruppers kompetencer og rutiner udgør en væsentlig barriere, som særligt får konsekvenser for sårbare grupper. At de fagprofessionelle ikke i tilstrækkelig grad får identificeret og underrettet kommunen om muligt sårbare familier på et tidligt tidspunkt i problemudviklingen, og at underretninger nogle gange savner konkret og faglig/saglig begrundelse. Det er desuden vanskeligt, at fødesteder modtager gravide fra forskellige kommuner med forskellige rutiner og tilbud, eksempelvis er det en udfordring, når fødesteder skal samarbejde med flere kommuner om forældrekurser.



SAGT OM OPSPORING

"Hvis identifikationen baserer sig på den enkelte fagpersons individuelle skøn, bliver kvaliteten af den opsporing, der finder sted, afhængig af den enkeltes anciennitet og erfaring, hvilket giver en uensartethed i opsporingen og efterfølgende indsats."

"[Vi har] opsporing fra både jordemødre og sundhedsplejersker. Det er meget tidligt forebyggende arbejde fra graviditeten, og derved er vi rykket de sidste år med fokus på graviditeten." (ledende sundhedsplejerske)

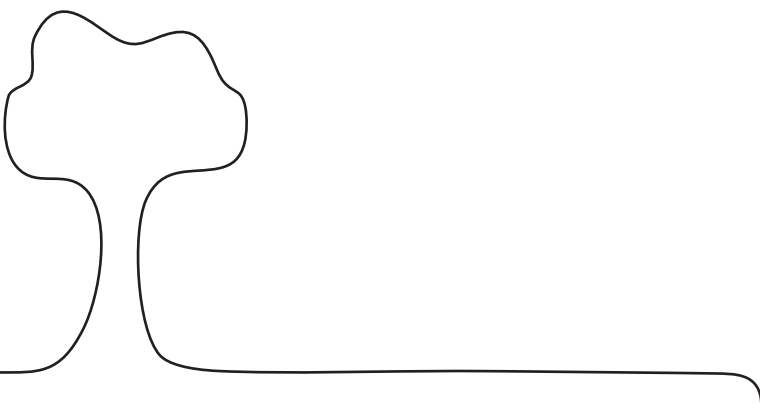
"[Jeg vil anbefale et] mere forpligtende samarbejde [mellem sundhedspleje og] fødesteder. At vi bliver meget hurtigere til at komme i kontakt med de forældre, hvor der kan være noget, der forstyrrer forældreskabet. Det indebærer, at man bringer regioner og kommuner sammen." (ledende sundhedsplejerske)

"[Jeg vil] anbefale mere tid til samtale hos jordemoderen, så der kan gives den fornødne tid til opsporing." (ledende sundhedsplejerske)

"[Der er behov for] fokus på at bevare de udsatte gravide i svangreomsorgen, så de ikke dropper ud." (ledende sundhedsplejerske)

"[Det er en] stor udfordring at finde fælles forståelse af tidlig opsporing, særligt ift. socialrådgiver." (ledende sundhedsplejerske)

"Graviditeten er begyndelsen på livet, så derfor skal det med." (ledende sundhedsplejerske)



Typer af eksisterende udviklingstiltag

Nedenfor præsenterer vi nogle af de mest udbredte typer af eksisterende udviklingstiltag til tidlig opsporing af udsatte familier med konkrete eksempler fra vores rundspørge og interviews. Målet er at vise spændvidden i den eksisterende praksis. Der er således ikke tale om en udtømmende liste, og vi har ikke haft grundlag for at vurdere kvalitet og effekter af de enkelte eksempler.

Opsporing i graviditeten

Ud over den basale visitation efter svangreomsorgens fire niveauer, har en del kommuner indlagt sundhedsplejerskebesøg i graviditeten som et tilbud til f.eks. alle førstegangsfødende gravide, og flere kommuner har planer om at indføre dette. Det er forskelligt, hvornår i graviditeten et evt. besøg ligger. Flere informanter fortæller, at en opstartsperiode med ekstern projektstøtte har skabt, eller forventes at kunne skabe, basis for permanent etablering efterfølgende. Et eksempel fra Næstved involverede nye rutiner for samarbejdet med den praktiserende læge, hvor den visitierende jordemoder nærlæser lægens anbefaling og ringer til lægen for drøftelse ved mindste tvivl om visitationsniveau. I dette tilfælde fik fødestedet og den kommunale sundhedspleje mulighed for at udvikle og afprøve rutinerne i en puljestøttet projektperiode og eksemplet omtales som en succeshistorie og en god investering. Projektperioden blev ikke blot udnyttet til udvikling, afprøvning og justering af indsatsen, men har den ekstra gevinst, at den tættere kontakt mellem særligt jordemoder og praktiserende læge nu er etableret, inkl. øget fælles faglig forståelse. Det betyder, at systemet efter endt projektperiode kan fortsætte som en permanent ordning på et ikke så omkostningstungt vedligeholdelsesniveau.

Opsporing ca. 0-1 år

Aktuelt anvendes, udvikles og/eller afprøves evidensbaserede metoder til opsporing i spædbarnsalderen f.eks. NBO, ADBB og PUF i en lang række kommuner. Mange kommuner har indbygget yderligere opsporingsmetoder i de basale tilbud, f.eks. anvender sundhedsplejerskerne i Hillerød Kommune videooptagelser af forældre-barn-samspillet ud fra Marte Meo-principper ved det sædvanlige besøg i 2 måneders-alderen.

Opsporing ca. 1-6 år

Der afprøves forskellige opsporingsmetoder, som er knyttet til sundhedsplejens arbejde med at yde generel og konkret rådgivning til dagtilbud samt individuel rådgivning vedrørende børn med særlige behov. Et eksempel er i Rudersdal Kommune, hvor en sundhedsplejerske og en pædagog undersøger alle børn i dagtilbud mhp. opsporing af udsatte børn for at sikre, at flere fagligheder er med til at vurdere behovet. Ærø Kommune har et forebyggelsesteam i dagplejen bestående af sundhedsplejersker, dagplejeleder og socialrådgiver. Indsatsen har til formål via månedlige møder og efteruddannelse at opspore potentielt udsatte børn og opkvalificere dagplejerne.

Tværfaglige teams

Hvis der ved den indledende visitation i svangreomsorgen identificeres behov for særlig støtte til den gravide eller familien, henvises til tværfaglige teams, som har til formål at kvalificere opsporingen og varetage den videre planlægning af støtte til familien. Mange informanter beskriver gode erfaringer med sådanne teams, men der beskrives også stor variation i gruppernes sammensætning og formaliseringsgrad, og der udtrykkes fra flere informanter potentiale for forbedring på dette område. Nogle kommuner har regelmæssige, rammesatte møder, manual for samarbejdet m.v. I teams indgår f.eks. sundhedsplejerske, familiekonsulent, psykolog, socialrådgiver og pædagog, og teamet har ofte sundhedsplejersken som koordinerende fagperson.

Hvordan kan indsatsen styrkes?

Opsporing så tidligt som muligt

Der er bred enighed om, at opsporing af udsatte familier i graviditeten bør opprioriteres og kvalificeres. Og at både opsporingen (screening) og efterfølgende forebyggende tiltag bør sættes i værk hurtigst muligt efter identifikation af familier med behov, og at indsatser bør involvere både den gravide og hendes evt. partner. I den forbindelse efterspørges redskaber og rutiner, der understøtter en helt tidlig effektiv opsporing.

Fokus på tidlig tilknytning

Der udtrykkes generelt behov for et øget fokus på den tidlige tilknytning mellem forældre og barn (se afsnittet "Styrk forældres kompetencer" side 23 for uddybning).

Redskaber med dokumenteret effekt som fungerer i praksis

Der er behov for standardiserede opsporingsmetoder og relevante screeningsredskaber til identifikation af sårbare gravide/familier, der ellers går under radaren, og der er behov for en øget sensitivitet i opsporingen. Det nævnes som et problem, at en del forebyggende indsatser, der gennemføres i forlængelse af opsporingen, ikke har gennemgået en afprøvning for dokumenteret effekt. Udviklingen af redskaber bør derfor basere sig på videnskabelig dokumentation. Det er samtidigt afgørende, at redskaberne kan fungere i hverdagen, og f.eks. anvendes af de faggrupper, som i det basale tilbud allerede er centrale ifm. familiedannelse (jordemoder, sundhedsplejerske, praktiserende læge). Der er behov for udvikling og afprøvning af rutiner, som glider nemt i den praktiske hverdag – med fokus på bl.a. kommunikation, informationsdeling og lavpraktiske tiltag – da dette vil øge chancerne for permanent implementering efterfølgende og for skalering i større skala.

Øget systematik

Der efterspørges øget fokus på systematik og struktureret tilgang i opsporing og visitation. Systematiske værktøjer hjælper personalet til at se og vurdere evt. problemer, og uensartede tilgange gør det svært at vurdere, hvilke indsatser og hvilke delelementer, der virker. Derfor bør der udvikles hensigtsmæssige rutiner i den praktiske dagligdag, som har fokus på f.eks. strukturelle faktorer og kommunikationsflow mellem involverede samarbejdsparter.

Sammenhængende forløb og gode rammer for tværfagligt samarbejde

Der er blandede erfaringer med tværfaglige teams. I de kommuner, der har gode erfaringer, beskrives at teamsamarbejdet som positivt bidragende til opbygning af en fælles referenceramme, øget sagsflow og øget kendskab til andre faggruppers kompetencer. Efteruddannelse kan med fordel gennemføres på tværs af faggrupper og sektorer. Det nævnes, at efteruddannelse oftest fører til en mere systematisk tilgang i opsporing af udsatte samt i vejledningen af familierne.

2. Styrk arbejdet med overgang til dagtilbud

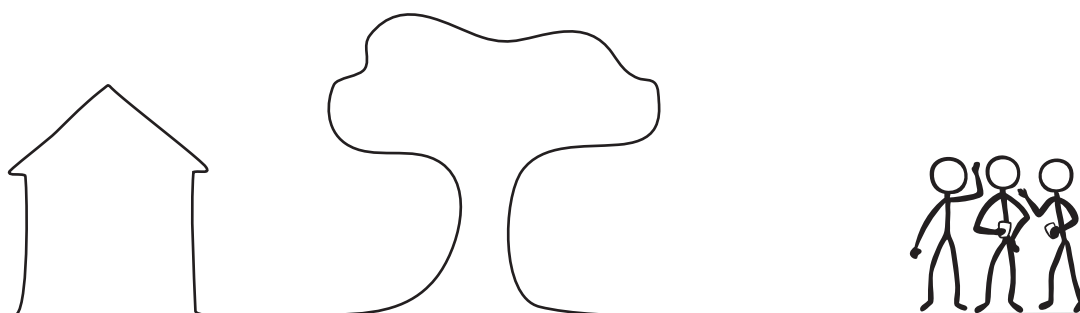
Hvad er udfordringerne?

Børns vej frem mod skolealderen er præget af overgange, hvor børnenes læring foregår i forskellige arenaer fra barsel til vuggestue til børnehave til skole. I dette forløb i barnets første år er der forskellige potentialer for at påvirke barnets læring og dermed for at mindske læringsulighed. Undervejs kan sundhedsplejersker og andre fagprofessionelle vurdere, om barnet er kognitivt, adfærdsmæssigt eller følelsesmæssigt udfordret i en grad, så det vil påvirke læring. Der er således et stort potentiale i, at sundhedspleje, dagtilbud og forældre samarbejder om at styrke børns trivsel og udvikling og forældres kompetencer.

Sundhedsplejerskerne kommer hjem til (næsten) alle danske børnefamilier. Ved 8-10 måneders-besøgene har de særligt gode forudsætninger for at opdage en mental sårbarhed, som forhindrer barnet i at trives og udvikle sig psykisk, socialt og indlæringsmæssigt. Hvis barnet har sådanne sårbarheder, er det ikke godt rustet til at klare sig i en social setting som en vuggestue, og der er behov for kommunikation mellem forældrene og de fagprofessionelle omkring barnets udviklingsmæssige behov.

Sundhedsplejersker og pædagoger har imidlertid forskellige faglige udgangspunkter, og deres opfattelser af trivselsbegrebet kan divergere på baggrund af deres uddannelsesbaggrund og arbejdsfelter. Pædagoger er den faggruppe der er mest sammen med børnene og ser dem i rela-

tion med andre; ser hvordan de lærer, leger, og hvad der driver dem. Sundhedsplejersker oplever til gengæld familien i hjemmet og har dette som afsæt for støtte og intervention. Faggrupperne har således viden fra forskellige kontekster, når de skal samarbejde med familien. I samarbejdet mellem sundhedsplejerskeordninger og dagtilbud anvendes i hovedparten af kommunerne ikke fælles redskaber eller referencerammer. Manglende kendskab og tillid faggrupperne imellem kan udgøre en barriere, hvilket er særlig problematisk i indsatsen for udsatte familier, der ofte vil være i kontakt med en bred vifte af faggrupper og tilbud.



SAGT OM OVERGANG TIL DAGTILBUD

"Forældregrupper i daginstitutioner, synes jeg, er genialt. For at få et helhedssyn på barnet." (ledende sundhedsplejerske)

"Overgangene fra læringsarena til læringsarena er vigtige ... Vi gør det meget håndholdt og efter behov." (ledende sundhedsplejerske)

"[Ligesom sundhedsplejersker og pædagoger] skal de... arbejde med samme kategoriseringsmodeller i Socialforvaltningen. Det er en måde, at tvinge dem ind på den her motorvej og prøve at nå i mål sammen." (fagperson)

"Der er også behov for en buffer i samfundet, så der bliver taget hånd om de svageste børn og familier. Spørgsmålet er, hvordan gør man så det mest effektivt. Der er daginstitutionerne et rigtig godt bud. Til de sarte børn skal der ikke være mere end tre børn pr. voksen. De lave normeringer er fuldstændig udelukket til børn under tre år... Der er et kæmpe potentiale i at udbygge dagtilbud og prøve at være kreativ mht. hvordan man kan lave nogle gode institutioner, som også tager hånd om de sarte forældre." (forsker)

"I forbindelse med tidlig intervention allerede i graviditeten kunne man sagtens have et randomiseret studie, hvor sarte gravide tilbydes en super dagpleje fra dag 1. Og de behøvede ikke være der hele dagen, det skulle være et frivilligt tilbud om aflastning, når familien har behov, f.eks. bare et par timer, så man supporter forældrene – og ikke siger til dem, at de ikke er gode nok. Fra min tid i psykiatrien ved jeg, at hvis man siger: 'Du har ikke nogle bedsteforældre eller en søster, så du har behov for en særligt god dagpleje

eller vuggestue, så du får mulighed for, at få hjælp til dit barn, mens du kan hvile dig..." (forsker)

"Der er brug for kreativitet inden for institutionsområdet." (forsker)

"Tilbud om dagtilbud helt tidligt til de mest udsatte familier. Tilgangen må være: 'Hvilken institution tror vi, der kan hjælpe jer bedst?' Det handler om at vurdere, hvordan det lille skub skal være, så man ikke starter i daginstitution og er to år bagud fra start." (ledende sundhedsplejerske)

"Antallet af underretninger er forsvindende lavt i 0-5 års-området sammenlignet med skolealderen. Det gælder både sundhedsplejersker og pædagoger. Det fælleskab de har der bør gøre, at de anerkender, at de har et fælles problem... Der er et eller andet i forhold til vores professionelle relation til børnene som gør, at vi mangler viden og værktøjer til at turde italesætte og indgive underretninger." (forsker)

"Jeg har også været med til at sætte familiestuer i gang, hvor man kom i dagtilbuddet, det havde en fantastisk effekt. Det skal være inden for det almene tilbud." (ledende sundhedsplejerske)

"Noget af det, jeg tror, er det største problem, er manglende tilknytning til dagtilbud... Vi ved, at så snart børn kommer i dagtilbud, så kan det godt være, at socialt udsatte børns læring går langsommere, så der stadigvæk er en form for ulighed, men den er ikke lige så stor, som hvis børnene bliver hjemme." (ledende sundhedsplejerske)

Typer af eksisterende udviklingstiltag

Nedenfor præsenterer vi nogle af de mest udbredte typer af eksisterende udviklingstiltag i forhold til overgang til dagtilbud med konkrete eksempler fra vores rundspørge og interviews. Målet er at vise spændvidden i den eksisterende praksis. Der er således ikke tale om en udtømmende liste, og vi har ikke haft grundlag for at vurdere kvalitet og effekter af de enkelte eksempler.

Forpligtende og lærende samarbejde

Der er fokus på velfungerende tværgående samarbejde mellem fagprofessionelle, som f.eks. sundhedsplejerske, pædagoger og PPR, så familien oplever en rød tråd i overgangen. I Sønderborg indgås forpligtende samarbejdsaftaler for de 0-3 årige for at sikre tidlig opsporing og forebyggende tværfaglige indsatser, der kan reducere behovet for hjælpeforanstaltninger senere. Der udpeges en tovholder, eksempelvis sundhedsplejersken, som har den primære kontakt til familien. Formålet med de forpligtende samarbejder er, at de skal gavne familien og barnets læring, udvikling og trivsel. Et andet eksempel er i Ishøj Kommune, hvor sundhedsplejersker sammen med pædagoger laver en fælles aktivitet (en "jungletur") for at opspore trivsels- og udviklingsproblemer. De forældre, hvis børn har udfordringer, bliver tilbudt en samtale, hvor sundhedsplejerske og pædagog sammen taler med forældrene.

Kompensatoriske voksne - tidlig indsats hjemme eller i dagtilbud

For de mest sårbare grupper kan pasning af barnet i dagtilbud tænkes ind allerede i graviditeten. Der er behov for "kompensatoriske voksne", som også kan ruste forældrene følelsesmæssigt. Det kan foregå hjemmebaseret eller inden for dagtilbudsområdet, f.eks. med daginstitutionspraktik før og/eller efter fødslen. Et eksempel er "Sammen om tidlig indsats" i Aarhus. Her har man udgående personale, f.eks. sundhedsplejerske og en udgående pædagog, der også er den pædagog, familier vil møde i dagtilbuddet. Ideen er at skabe sammenhæng og sammenhørighed – og at pædago-gen kan yde støtte, der er tilpasset den enkelte families udfordringer og behov.

Anvendelse af viden og relation

Forældrene skal have viden og redskaber, der rustar dem til opgaven med at støtte barnet. Indsatser til disse sårbare børn skal desuden gerne ske i almenområdet, og det kræver, at barnets situation er velbeskrevet. Et eksempel på en model til dette er PUF-programmet, som dækker hele udviklingspektret. PUF giver en oversigt over barnets styrke og svage sider, er nem at forstå og understøtter at de professionelle viden også bliver forældrenes viden. Brug af PUF-programmet kan kvalificere overgangen (uafhængigt af hvilken ordning den enkelte kommune anvender) og kan være udgangspunkt for en differentieret indsats med særlig støtte til sårbare børn.

Fælles referenceramme

Der arbejdes i mange kommuner og dagtilbud med forskellige modeller og referencerammer i forbindelse med overgange og opstart i dagtilbud. Et eksempel er den evidensbaserede ICDP-metode, der har til formål at gøre omsorgspersoner mere lydhøre over for børns behov og at forbedre omsorgspersonernes evne til at møde børn på børnenes egne præmisser. Programmet henvender sig til forældre og øvrige omsorgspersoner for børn i alderen 0-18 år samt til personalet i blandt andet børnehaver og asylcentre. Med ICDP-metoden uddannes pædagoger og sundhedsplejersker sammen og får en fælles sproglig referenceramme.

Hvordan kan indsatsen styrkes?

Kvalificering af samarbejde mellem sundhedsplejen og daginstitutionen

Kommunale enheder bør involvere forældre og dele information både ved opstart i dagtilbud, skift mellem dagtilbud og overgang til skole, da det forebygger tab af vigtig information og styrker samarbejdet med familien. Sundhedsplejerskernes indsatser og tilknytning til daginstitutionsdistrikter bør systematiseres og øges med et styrket fokus på at understøtte familien i overgangene og kvalificere det pædagogiske personales observationer. Det bibringer en forståelse i dagtilbuddet og giver familien en større indsigt, så der kan arbejdes mere målrettet. Desuden vil sundhedsplejerskebesøg frem til skolealder kunne øge barnets trivsel og læring, forebygge udfordringer og støtte familien yderligere i overgangene.

Øget fokus på læringsperspektivet

De kommunale sundhedsplejeordninger bør have større opmærksomhed på systematisk at understøtte læring, herunder ikke mindst børnenes sproglige udvikling. Med et tydeligt fokus på læringsperspektivet i sundhedsplejens praksis vil alle indsatser, herunder indsatser i forbindelse med overgange, bidrage mere kvalificeret som læringsarenaer.

Fælles referenceramme

Det bør skabes gensidigt kendskab til kompetencer det pædagogiske personale og sundhedsplejersker imellem for at sikre, at familierne får den rette hjælp. Faggrupperne bør have et fælles læringsgrundlag og en fælles viden, der knytter sig til det lille barns socio-emotionelle udvikling som grundlag for fælles sproglig referenceramme, kriterier og redskaber i det tværfaglige samarbejde med at vurdere og beskrive barnets sundhed, trivsel og læring. Disse fælles forståelser vil styrke indsatsen for alle og have særlig betydning i kvalificeringen af støtte til de mest udsatte børnefamilier.

Sundhedsplejersken som koordinerende bindeled

Sundhedsplejerskens brobyggende rolle bør udbygges og formaliseres. Sundhedsplejersken følger familien fra graviditeten til barnet er 16 år. Sundhedsplejersken fungerer dermed som brobygger til både lokalsamfund og det øvrige samfund ved behov, herunder til læringsarenaer, som f.eks. bibliotek, legestuer og introduktion til dagtilbuddet, når det drejer sig om udsatte familier. Indsatserne kan spænde fra at skabe broer mellem civilsamfundet, det sundhedsfaglige, det pædagogiske og det sociale område til at koordinere ekstra støtte eller henvise til specialundersøgelser, behandling m.m. Sundhedsplejersken kan støtte forældrene i forhold til de professionelle, der har indflydelse på barnets hverdag samt følge op i forhold til tværprofessionel hjælp.

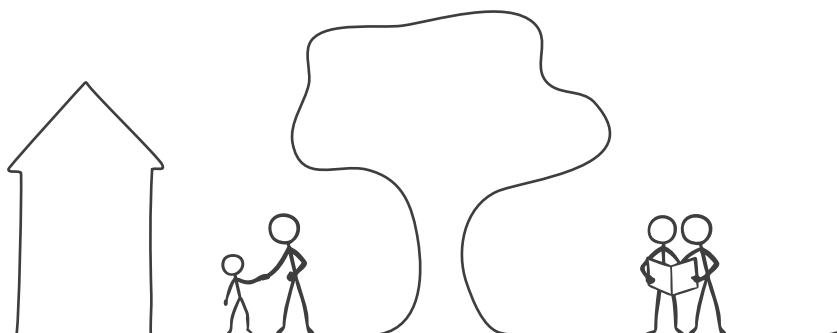
3. Styrk forældres kompetencer

Hvad er udfordringerne?

Der er bred enighed om, at der er behov for at arbejde med at styrke forældres kompetencer. Dette gælder ikke kun i udsatte og sårbare familier, men er en mere generel problematik, der handler om at ruste forældrene i forhold til deres helt små børn.

Kommunerne tilbyder i dag en vifte af tilbud med fokus på forældrekompetencer. En del af disse er manual-baserede forældretræningsprogrammer, der enten er universelle eller målrettet grupper af udsatte familier. Andre tilbud er individuelt tilrettelagt. En fælles problematik for de gruppebaserede tilbud er at rekruttere og fastholde sårbare familier. Forskning viser, at det blandt andet handler om, at nogle deltagere føler sig anderledes end andre deltagere og ikke føler, at de kan leve op til forventningerne, samt om sproglige vanskeligheder. Der er dog også eksempler på gruppebaserede tilbud, der overkommer disse udfordringer.

Der er et væsentligt potentiale i sundhedsplejens regelmæssige kontakt og hjemmebesøg hos alle familier, som kan danne udgangspunkt for at opspore og rekruttere familier til relevante tilbud samt for en dialog omkring fastlæggelse af indholdet i disse tilbud. I forhold til de eksisterende tilbud på området er der i særlig grad brug for yderligere at styrke involveringen af fædre og for tilbud, der er tilpasset etniske minoriteter.



SAGT OM FORÆLDREKOMPETENCER

"[Det ville være godt], hvis vi kunne udvide læringsbegrebet til også at omfatte mor og fars læringsmuligheder ... Forældrene vil altid det bedste for deres børn, det er udgangspunktet, men hvis man nu aldrig selv har fået læst en bog op som barn, hvordan skal man så komme i tanke om at læse bøger for sine børn? ... Det er ikke noget, der kommer naturligt." (fagperson)

"Barnets evne til emotionsregulering og selvregulering sker i de nære relationer, hvor barnet bliver mødt følelsesmæssigt. Det sproglige og socio-emotionelle hænger meget tæt sammen. Forældrene skal vide, hvad det lille barn har brug for ... Der er brug for lavtærskel tilbud, der retter sig mod førstegangsførelse; en universal indsats. De er så usikre på, hvad det lille barn har brug for." (forsker)

"[Sundhedsplejen skal arbejde på] flere strenge: Vi skal forbedre kontakten til forældre, der er udsatte. Vi skal være bedre til at afdække forældrenes behov. Og vi skal koble sundhed og didaktik i vejledning af den enkelte." (ledende sundhedsplejerske)

"Jeg vil ikke bytte mine hjemmebesøg væk med gruppekoncepter. ... Det jeg er mistænksom overfor. Det er, som om vi bare får fat i de familier, der godt kan søge viden i forvejen, og at de familier, der har det største behov dropper ud." (ledende sundhedsplejerske)

"Det er helt afgørende, at vi laver interventioner, som forældrene finder attraktive. Vi skal gøre alt, hvad vi kan for at ruste forældrene til at blive stærke forældre og anvise redskaber og metoder til at håndtere forældreopgaver og udfordringer." (forsker)

"En praktisk forhindring ved de fleste forældreuddannelseskoncepter er, at de er manualiserede. Dvs. at de har meget stramme strukturer, og det er formentlig også det, som mindsker deres effekt, fordi det bliver svært, så snart man gør noget andet, så snart man ikke passer 100% ind. F.eks. er der ikke mange af de her koncepter, som er kulturelt sensitive. De bygger i høj grad på en hvid middelklassenorm, hvor vi vil gerne prøve at dreje de her udsatte børn hen i en bestemt retning." (forsker)

"Den klassiske tilgang er, at sundhedsplejersken sætter sig i sofaen og forsøger at afdække, om der er noget, der kan forstyrre forældreskabet, og så kommer sundhedsplejersken med råd og vejledning ift. det. Et eksempel på en anden tilgang er det, vi f.eks. ser i arbejdet med vores nye grupper af flygtninge, at nogle af de gamle sundhedsplejersker tager havregryn med hjemmefra og går i køkkenet, og det virker." (ledende sundhedsplejerske)

Typen af eksisterende udviklingstiltag

Nedenfor præsenterer vi nogle af de mest udbredte typer af eksisterende udviklingstiltag i forhold til forældrekompetencer i udsatte familier med konkrete eksempler fra vores rundspørge og interviews. Målet er at vise spændvidden i den eksisterende praksis. Der er således ikke tale om en udtømmende liste, og vi har ikke haft grundlag for at vurdere kvalitet og effekter af de enkelte eksempler.

Hjemmebaserede indsatser

Et eksempel på en hjemmebaseret indsats er det forskningsbaserede program "Minding the Baby", der er udviklet af Yale University og herhjemme afprøves i flere kommuner. Programmet indebærer en tværfaglig indsats med fokus på at styrke helbred og tidlige relationer mellem sårbare forældre og deres børn.

Forældretræningsprogrammer

Kommunerne har mange forskellige forældretræningsprogrammer, hvoraf nogle er evidensbaserede og andre er lokalt udviklede tilbud. Som eksempel kan nævnes, at flere kommuner arbejder med lokalt tilpassede udgaver af "Familieiværksætterne". Det gælder eksempelvis Kolding, hvor man arbejder med "Klar, parat – familie", som er fødsels- og forældreforberedelse på hold til alle førstegangsførelse samt særlige hold til de yngste gravide under 23 år. Som eksempel på evidensbaseret forældreuddannelse kan desuden nævnes forældrekurset "Tryghedscirklen" (COS-P) med fokus på opbygning af tryk tilknytning forældre og barn. Kurset retter sig mod nybagte forældre og tilbydes bl.a. i Brønderslev.

Tilbud målrettet fædre

Der laves i stigende grad tilbud målrettet fædre. F.eks. igangsætter sundhedsplejen i Thisted, Ringsted og Frederiksberg Kommune projektet "Fædre på Forkant" i foråret 2018. Projektets formål er styrke fædrenes engagement, tilknytning til deres barn og deres far-identitet gennem et særligt målrettet gruppeforløb.

Mødregupper for særligt sårbare familier

En udbredt praksis er at etablere mødregrupper til bestemte typer af familier, eksempelvis unge mødre eller mødre til for tidligt fødte børn. I Odense Kommune samles en mødregruppe for særligt sårbare familier en gang om ugen i to timer. Sundhedsplejersken opfordrer kvinder til at komme bl.a. for det netværksskabende element. Der er etableret samarbejde med Familieambulatoriet på Odense Universitetshospital og med Sundhedshusets jordemoder. Desuden bidrager en familierådgiver fra en boligsocial helhedsplan, og der arbejdes med ekstra sprogstøtte til især tosprogede børn samt samarbejde med fysio- og ergoterapeuter og tandplejere.

Familiehuse/-cafeer

Tværfaglige indsatser til udsatte målgrupper samles ofte i en fysisk lokation, hvor der afholdes cafeer og lignende. I Esbjerg Kommunes "Familiens Hus" foregår f.eks. forløb for gravide under 30 år, hvilket indebærer jordemoderkonsultation samt fødsels- og familieforberedelse i grupper. Efter fødslen er der mulighed for at deltage i mødregrupper, forældregrupper og netværkscafé med mulighed for åben rådgivning ved sundhedsplejerske, socialrådgiver og uddannelsesvejleder. Der afholdes desuden åbne arrangementer med foredrag i samarbejde med frivillige, fællesspisning og andre netværksaktiviteter, samt uddannelses- og erhvervsvejledning.

Hvordan kan arbejdet med forældrekompetencer styrkes?

Fokus på forbedring, evaluering og skalering

De eksisterende indsatser til at forbedre forældrekompetencer bør i højere grad systematiseres og vidensbaseres. Det handler dels om at gennemføre solide evalueringer, der kan danne grundlag for at skalere og udbrede de mest virksomme indsatser, og dels om at arbejde systematisk med at forbedre og kvalitetssikre den eksisterende praksis. I den forbindelse er der behov for tiltag, der kan understøtte videndeling mellem kommunerne.

Det rette tilbud til den rette familie

Indsatser og tilbud bør tilrettelægges på måder, der tilgodeser den enkelte families forudsætninger og situation. For det første skal de fagprofessionelle blive bedre til at opspore og rekruttere familier, der har behov for særlig støtte. For det andet skal kommunerne arbejde med flerstrengede og fleksible indsatser. Der er både behov for universelle indsatser til alle familier og for særlige tilbud til sårbare og udsatte grupper, ikke mindst etniske minoriteter.

Fokus på hele familien, også fædre/partnere

Et særligt udviklingsområde angår fædres/partneres involvering i de eksisterende tilbud og indsatser. Dette handler grundlæggende om, at de fagprofessionelle arbejder på måder, der retter fokus mod hele familien – og ikke som udgangspunkt er orienteret mod mødrene. Derudover kan der være behov for at kommunerne udvikler særskilte tilbud, der er målrettet fædre.

Koordinering mellem faggrupper

Arbejdet med at styrke forældrekompetencer handler (også) om at styrke familiernes deltagelsesmuligheder – og i den forbindelse forældrenes muligheder for uddannelse og beskæftigelse. Det er derfor centralt, at kommunernes arbejde med disse familier er koordineret på tværs af fagområder. Det kan eksempelvis ske gennem simple indsatsplaner, der udarbejdes i tæt dialog med familierne, og som gør prioriteter og de umiddelbare mål for arbejdet tydelige for alle aktører.

Konklusion: Hvordan kan arbejdet styrkes?

Med denne rapport peger vi på tre indsatsområder, hvor der særligt er brug for nye initiativer eller dokumentation af eksisterende tiltag. For hvert indsatsområde kommer vi med nogle bud på specifikke opmærksomhedspunkter, der er uddybet i de forudgående afsnit:

Forslag 1: Styrk den tidlige opsporing – allerede fra graviditeten

- Opsporing så tidligt som muligt
- Fokus på tidlig tilknytning
- Redskaber med dokumenteret effekt, som fungerer i praksis
- Øget systematik
- Sammenhængende forløb og gode rammer for tværfagligt samarbejde

Forslag 2: Styrk arbejdet med overgang til dagtilbud

- Kvalificering af samarbejdet mellem sundhedsplejen og daginstitutionen
- Øget fokus på læringsperspektivet
- Fælles referenceramme på tværs af faggrupper
- Sundhedsplejersken som koordinerende bindeled

Forslag 3: Styrk forældres kompetencer

- Fokus på forbedring, evaluering og skalering
- Det rette tilbud til den rette familie
- Fokus på hele familien, også fædre/partnere
- Koordinering mellem faggrupper

På tværs af disse indsatsområder kan vi pege på tre gennemgående prioriteter:

For det første må en styrket indsats for at mindske læringsulighed først og fremmest adressere de forudsætninger for læring, der er til stede hos forældrene og i hjemmet. Det må derfor være en prioritet for fremtidige udviklingsinitiativer at rette opmærksomheden mod hjemmet som helhed og mod børnenes opvækstvilkår i bred forstand. En ambition om at nedbringe læringsuligheden bør ikke fokusere på eksempelvis kognitiv og sproglig

stimulering alene, men må ledsages af en indsats til fremme af trivsel og gode grundvilkår i familien som helhed – og mere specifikt den tidlige tilknytning mellem forældre og barn.

Dette kræver – for det andet – et styrket tværfagligt og tværsektorielt samarbejde. På tværs af de tre indsatsområder tegner der sig et behov for en større grad af koordinering og sammenhæng – og dette gælder ikke blot internt i kommunerne, men også mellem de nationale myndigheder på social- og sundhedsområderne, mellem kommuner og regioner og mellem den offentlige og den frivillige sektor. En central prioritet for fremtidige udviklingsinitiativer må derfor være at bidrage til at etablere en fælles faglig referenceramme omkring arbejdet med udsatte familier. Dette kan eksempelvis opnås gennem fælles kompetenceudviklingsforløb, der gennemføres på tværs af organisatoriske og faglige skel, ligesom der kan være behov for at arbejde med nye former for tværgående organiseringer og/eller den fysiske placering af medarbejdere med henblik på at skabe et øget kendskab til andre faggruppers kompetencer og handlemuligheder. Sundhedsplejerskerne kan i den forbindelse spille en central og koordinerende rolle.

For det tredje er der behov for en større grad af systematik og vidensbaseret i de eksisterende aktiviteter – og der er i mindre grad brug for at udvikle helt nye metoder og indsatser. Fremtidige udviklingsinitiativer bør derfor tage afsæt i den eksisterende praksis, ligesom det bør prioriteres at skabe et mere sikkert vidensgrundlag for det arbejde, der allerede foregår, ved at styrke dokumentationen vedrørende de eksisterende tiltags effekt og implementering. Dette bør ske i et tæt samarbejde mellem forskning og praksis – og med inddragelse af international forskningslitteratur på området.

Som det fremgår, har aktørerne på feltet alle en vigtig rolle at spille – og det vigtigste forhold er, at der sker en tættere koordinering: Kommuner og regioner kan prioritere at iværksætte fælles kompetenceudvikling og videreuddannelse, hvor forskellige relevante faggrupper deltager sammen, og som tager afsæt i forskningsbaseret viden. De nationale myndigheder kan styrke sammenhængen mellem statslige initiativer på social- og sundhedsområderne, og det bør prioriteres at skabe solid, forskningsbaseret viden om effekter og implementering på baggrund af de mange puljefinansierede projekter. De frivillige organisationer kan prioritere at styrke koordineringen med den offentlige sektor og dermed arbejde ud fra en tydelig og velbegrunderet arbejdsdeling. Og endelig kan de private fonde støtte udviklingsinitiativer, der modstår fristelsen til at finde på helt nye metoder og tilgange, men i stedet tager et klart afsæt i den eksisterende praksis, og samtidig bygger på forskningsbaseret viden. Med disse prioriteter vil det være muligt at styrke det tværfaglige arbejde i den tidlige indsats – fra den tidlige opsporing i graviditeten, i overgangen til dagtilbud og med en gennemgående fokus på forældrenes kompetencer.





**NATIONALT
VIDENCENTER
OM UDSATTE
BØRN OG UNGE**

Nationalt Videncenter om Udsatte Børn og Unge

Kronprinsesse Sofies Vej 35
2000 Frederiksberg

Telefon: 5138 0573 | **E-mail:** nubu@phmetropol.dk

www.nubu.dk

Videncentret er et samarbejde mellem

ABSALON
PROFESSIONSHØJSKOLEN
ABSALON



KØBENHAVNS
PROFESSIONS
HØJSKOLE **XP**



VIA University
College

