



SUNDHEDSSTYRELSEN

Tidlig indsats for sårbare familier

AFDÆKNING AF KOMMUNERNES INDSATS TIL
GRAVIDE, SPÆD- OG SMÅBØRN OG DERES FORÆLDRE
MED UDGANGSPUNKT I SUNDHEDSPLEJENS YDELSER

2017

Tidlig indsats for sårbare familier

Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser

© Sundhedsstyrelsen, 2017.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk

Version: 1,1

Versionsdato: 31.08.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2017.

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-912-1

Rapporten er sammenskrevet af journalist Gitte Willumsen på baggrund af tre rapporter udarbejdet af Statens Institut for Folkesund, SDU, VIVE og Forskningsenheden for Almen Praksis, Region Syddanmark i forbindelse med satspuljeprojektet "Tidlig indsats i sårbare familier".

De enkelte rapporter kan rekvireres ved henvendelse til fob@sst.dk.

Indhold

1	Baggrund	4
2	Vilkår tidligt i livet afgørende for sundheden	5
3	Afdækningens informanter	7
4	Kommunernes opsporing af og ydelser til sårbare familier	9
4.1	Opsummering	9
4.2	Tilbud og organisering i andre lande	11
4.3	Kommunernes metoder til opsporing og kategorisering af målgruppen	12
4.4	Interviews - Sundhedsplejens ønsker til udvikling af indsatsen	21
5	Forståelse af begrebet sårbarhed og fastholdelse af målgruppen	23
5.1	Fastholdelse af sårbare og udsatte	24
5.2	Sundhedsplejens ydelser til de sårbare gravide, børn og familier	24
6	Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde	29
6.1	Opsummering	29
6.2	Eksisterende tværfaglige fora om sårbare familier	30
6.3	Socialforvaltningernes inddragelse af sundhedsplejen	30
6.4	Brug af tværfaglige metoder i samarbejdet	32
6.5	Interviews - Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde	34
6.6	Organisering af det tværfaglige samarbejde	37
6.7	Organiseringen af indsatsen	37
6.8	Kommunikative udfordringer i det tværprofessionelle samarbejde	38
6.9	Det tværsektorielle samarbejde med ansatte i sundhedssektoren	44
7	Universelle tilbud i andre lande	56
7.1	Litteraturstudie - Viden om opsporing af og indsatser for målgruppen	58
8	Opsamling og anbefalinger fra informanterne	64
9	Referenceliste	73
10	Bilagsfortegnelse	74

1 Baggrund

Satspuljepartierne afsatte i efteråret 2016 midler til en styrket sundhedsplejeindsats overfor udsatte og sårbare børn og familier. Forud for udmøntningen af satspuljemidlerne er der indsamlet viden og gennemført en afdækning af, hvem de udsatte og sårbare børn og familier er, hvordan de kommunale ordninger forvaltes, hvilke tilbud kommunerne har til familierne samt hvilke opsporings- og kategoriseringsmetoder, der anvendes i de forskellige kommuner.

Afdækningen omfatter tre selvstændige undersøgelser der, forankret i sundhedslovens og servicelovens bestemmelser, samlet skal anvendes som baggrundsmateriale for udmøntning af satspuljemidlerne til projekter, der rummer både de sundhedsmæssige og socialt sårbare og udsatte børn og familier med det overordnede formål at mindske social ulighed i sundhed og bryde den negative sociale arv.

Afdækningen er udført i foråret 2017 og er formidlet i følgende tre rapporter:

”Afdækning af indsatsen til udsatte og sårbare børn og familier i den kommunale sundhedspleje” v. Statens Institut for Folkesundhed, SDU [1].

”Tidlig indsat for sårbare familier – VIVE’s afdækning af kommunernes indsats og samarbejdet på tværs af social- og sundhedsområdet.” v. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd [2].

”Betydningen af universelle, forebyggende sundhedsydelse for gravide, 0-3 årige og deres forældre – Et litteraturstudie over eksisterende viden fra Danmark, Sverige, Norge, Finland, Island og UK.” v. Forskningsenheden for Almen Medicin, Region Syddanmark [3].

Denne samlede afdækningsrapport er et sammendrag af de tre enkeltstående rapporter¹. De enkelte rapporter kan rekvireres ved henvendelse til Sundhedsstyrelsen.

¹ Referencer er af hensyn til læsværdigheden kun indsat i begrænset omfang i denne rapport. Referencerne 1-3 henviser til de tre selvstændige rapporter, hvor fuldstændige referencer findes. Fuldstændig reference for litteraturstudiet er dog at finde i dette dokument.

2 Vilkår tidligt i livet afgørende for sundheden

Det er veldokumenteret, at ulighed i sundhed i barndommen påvirker både fysisk og mental sundhed senere i livet. Graviditeten og især de første to år af barnets liv er en afgørende periode, som betinger barnets sunde udvikling og livsmuligheder. Allerede ved livets start findes store sociale forskelle i helbred og forskning fra meget forskellige discipliner har øget forståelsen for, at udviklingen i de tidlige leveår lægger grunden til individets fysiske, psykiske og kognitive kompetencer resten af livet. Den tidlige udvikling er således en afgørende determinant for sociale og sundhedsmæssige forhold senere i livet. Faktorer helt tilbage i fosterstadiet kan føre til nedsat fostervækst, for tidlig fødsel og medfødte misdannelser, der påvirker risikoen for senere negative sundhedskonsekvenser. Efter fødslen har det fysiske nærmiljø, emotionel tilknytning og social interaktion samt den sproglige og kognitive stimulering stor betydning for barnets videre udvikling. Særlig spiller omsorg, stimulering støtte og tilknytning mellem barn og forældre i de tidlige år en stor rolle. Store forskelle i barnets miljø lægger således et vigtigt kim til såvel sociale forskelle i sygelighed senere i livet og til negativ social arv [4].

Potentialet i forebyggelsen af langvarige og alvorlige lidelser og forbedring af børnenes livschancer er derfor stor, hvis børn i særlig risiko identificeres tidligt, så støtten kan iværksættes så tidligt som muligt i barnets liv.

I Danmark er forebyggelse af ulighed i sundhed politisk prioriteret gennem tidlig støtte med universelle, forebyggende sundhedsydelser under og efter graviditeten og helt frem til barnet forlader skolen. Ydelserne tilbydes gratis for hele befolkningen og skal sikre, at alle familier får tilbud om den nødvendige støtte og vejledning til at udvikle sig i en livsperiode med nogle af de største forandringer, der sker i livet – at blive forældre. Samtidig virker ydelserne og kontakten med familierne som opsporing af familier med særlige behov og fastholdelse af de familier, der har behov for den ekstra støtte.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af sundhedslovens bestemmelser udarbejdet 'Anbefalinger for svangreomsorgen, 2013' [5] og 'Vejledning for forebyggende sundhedsydelser for børn og unge, 2011' [6]. Den almen praktiserende læge fungerer som primær kontaktperson til sundhedsvæsenet både før og efter fødslen og ser familien under hele forløbet med minimum tre svangreundersøgelser, tre børneundersøgelser det første leveår; hhv. fem uger, fem måneder og 12 måneder og herefter årlige børneundersøgelser indtil barnets 5. år. Desuden tilbyder lægen at vaccinere i henhold til børnevaccinationsprogrammet.

Det anbefales, at den gravide har 6-7 konsultationer hos jordemoderen i graviditeten med øget hyppighed efterhånden, som fødslen nærmer sig. Desuden tilbydes to fosterdiagnostiske ultralydsscanninger tidligt i graviditeten. Sundhedsplejens første kontakt med familien kan ske allerede i graviditeten, men i langt de fleste kommuner sker det først umiddelbart efter hjemkomst fra fødested. Her anbefales et tidligt besøg på 4. – 5. dagen, såfremt familien er udskrevet indenfor de første 72 timer efter fødslen og et såkaldt etableringsbesøg senest 7 dage efter barnet er udskrevet fra fødestedet. I alt anbefales minimum fem hjemmebesøg i første leveår: etableringsbesøg, et besøg mere i første levemåned, ved ca. otte uger, når barnet er fire-fem måneder og otte-ti måneder gammel. Kontakten kan fortsætte ud over første leveår, såfremt kommunen vælger det

Sundhedsstyrelsen anbefaler de omtalte sundhedsydelse som standardtilbud ved ukompliceret graviditet og når barnet er sundt og raskt og udvikler sig som det skal i første leveår. Dermed er disse ydelser universelle. Når sundhedspersonale identificerer sundhedsmæssige problemstillinger eller andre problemstillinger af psykosocial karakter, skal indsætserne til den gravide, barnet og dets forældre udvides til at dække netop disse i henhold til sundhedslovens og servicelovens bestemmelser.

Uanset kommuner og regioners pligt til differentiering i de offentlige universelle tilbud fra undfangelsen og op gennem barnets opvækst, såfremt kvinden eller barnet har særlige behov for støtte, ses fortsat ulighed i sundhed hos børnene, og den negative sociale arv brydes ikke i tilstrækkelig grad. Nogle familier er ikke i stand til at opfylde barnets behov for stimulation, omsorg og tryghed, og 15-20 pct. af danske børn mistrives i varierende omfang, heraf er 3-5 pct. udsat for omsorgssvigt af fysisk og/eller psykisk karakter [6].

Når regioner og kommuner planlægger deres tilbud til gravide og familier med spæd- og småbørn sker det med afsæt i Sundhedsstyrelsen anbefalinger, herunder også til sårbare og udsatte gravide, børn og familier. De konkrete tilbud og indsætser fra svangreomsorgen og sundhedsplejen varierer imidlertid meget fra kommune til kommune, både hvad angår indhold og omfang, ligesom samarbejdet med socialforvaltningernes børne- og familieenheder kan være af vidt forskellig karakter og intensitet.

Denne rapport beskriver herefter kommunernes organisering af sundhedsplejen og samarbejdet med såvel region som andre kommunale parter om sårbare familier. Det har været hensigten at belyse omfanget af målgruppen, metoder til kategorisering samt hvilke indsætser, der virker i forhold til opsporing og fastholdelse af målgruppen. Som det vil fremgå af rapporten er det et broget landskab, der tegner sig, og det har ikke været helt muligt at opnå viden om alle punkter, primært fordi der ikke findes mange undersøgelser endsige forskning på området.

Undersøgelserne har imidlertid afdækket en lang række forhold, der viser, at der kan ske effektiv målretning af indsætserne. Afdækningen viser desuden, at der er mange muligheder for kvalitetsudvikling indenfor området sårbare familier, når der tages udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser, som det er bestemt i sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelser til børn og unge.

3 Afdækningens informanter

For at afdække kommunernes måde at identificere og kategorisere de sårbare gravide, børn og familier, har Statens Institut for Folkesundhed, SDU (herefter blot refereret som SIF) og VIVE gennemført to landsdækkende spørgeskemaundersøgelser med hver deres afsæt i henholdsvis sundhedslovens og servicelovens bestemmelser (se Bilag 1).

Spørgeskemaerne er hovedsageligt blevet besvaret af ledere af den kommunale sundhedsplejeordning og af ledende sagsbehandlere.

Derudover er der i begge undersøgelser udført opfølgende interviews med repræsentanter fra otte udvalgte kommuner. I rapporterne er kommunerne blevet anonymiseret og refereres til som Kommune A, Kommune B ... Kommune H. Interviewkommunerne er udvalgt, så de til sammen repræsenterer hele landet. Kommunerne repræsenterer således både by- og landkommuner i de fleste af landets regioner, ligesom der er taget højde for deltagelse af kommuner med forskellig sociodemografiske og økonomiske forhold i udvælgelsen. Udvalget er sket i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Derudover er der blevet valgt kommuner ud, som via besvarelserne i spørgeskemaundersøgelsen synes at have udfordringer i det tværfaglige samarbejde om indsatsen for målgruppe, samt kommuner, hvis besvarelser tyder på, at man har et velfungerende og bredt tværprofessionelt samarbejde om sårbare og udsatte familier.

Kommunerne A-D er interviewet af VIVE, kommunerne E-H er interviewet af SIF. En kommune (C) er blevet interviewet af både SIF OG VIVE, da det blev vurderet, at kommunen havde væsentlige bidrag i forhold til formålet med afdækningen fra begge perspektiver.

Den faglige baggrund for personerne i interviewgrupperne fra de respektive kommuner er:

Kommune A: En sundhedsplejerske og to familiesagsbehandlere.

Kommune B: Tre sundhedsplejersker og tre sagsbehandlere.

Kommune C (VIVE): Tre familiekonsulenter (en ergoterapeut, en socialrådgiver og en pædagog), chefen for kommunens tværfaglige familiehus, den ledende sundhedsplejerske, lederen af socialområdet (myndighed) og en konsulent fra social- og handicapområdet.

Kommune C (SIF): To distriktsledere og lederen af den kommunale sundhedsordning.

Kommune D: En sundhedsplejerske, en sagsbehandler og kommunens familiechef.

Kommune E: En teamleder, en sundhedskonsulent og lederen af den kommunale sundhedsordning.

Kommune F: To sundhedsplejersker og lederen af den kommunale sundhedsordning.

Kommune G: De koordinerende sundhedsplejerske, en jordemoder og lederen af den kommunale sundhedsordning.

Kommune H: Lederen af den kommunale sundhedsordning.

For at nuancere og perspektivere undersøgelsens resultater har VIVE desuden gennemført et fokusgruppeinterview med to udvalgte ressourcepersoner, der i kraft af deres stillinger har stor viden om målgruppen af sårbare og udsatte familier og arbejder med især sårbare gravide inden for hhv. sundhedssektoren og den tredje sektor. Begge deltagerne i denne gruppe har ud over viden om målgruppen også bred praktisk erfaring med samarbejdet med kommuner om indsatserne.

I nærværende rapport præsenteres de væsentligste resultater fra de landsdækkende spørgeskemaundersøgelser i forhold til kommunernes måde at identificere og kategorisere sårbare gravide, børn og familier. Derudover præsenteres hovedpunkterne i resultaterne af kommunernes tværfaglige og tværsektorielle samarbejder. Afdækningens resultater præsenteres også med citater fra interviews med repræsentanter fra 8 kommuner. I rapporten findes også en oversigt over, hvordan de universelle tilbud til gravide og familier med børn op til tre år er i vores nabolande og de væsentligste resultater fra et litteraturstudie, der havde til formål at afdække, hvilken viden, der allerede eksisterer omkring opsporing og af og indsatser for sårbare og udsatte gravide, børn og forældre i alderen 0-3 år. Rapporten afsluttes med en opsamling og anbefalinger fra de informanter, der meget velvilligt har bidraget til rapporten, om hvor det vil være relevant at styrke indsatsen i opsporing og målrettede ydelser på området.

Detaljerede informationer om metoder, eksempler på spørgeskemaer, referencer m.m. kan læses i de enkelte rapporter, der som tidligere nævnt kan rekvireres ved henvendelse til Sundhedsstyrelsen.

4 Kommunernes opsporing af og ydelser til sårbare familier

4.1 Opsummering

Sundhedsplejeordningernes metoder til at identificere og karakterisere sårbare og udsatte familier fremgår af den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse, der er blevet gennemført af SIF. Undersøgelsen kortlægger også, hvilke indsatser og ydelser kommunerne stiller til rådighed for sårbare og udsatte familier, efter at de er blevet identificeret.

Spørgeskemaerne blev sendt som mail til alle landets kommuner. 97 kommuner besvarede skemaet, heraf var der to kommuner, der kun besvarede delvist. I langt de fleste tilfælde var det ledere af den kommunale sundhedsplejeordning i kommunerne, der besvarede spørgeskemaerne.

Generelle indsatser

Som en del af spørgeskemaundersøgelsen blev de generelle indsatser, som sundhedsplejeordningerne tilbyder beskrevet:

Hjemmebesøg er en universel, lovbestemt ydelse, der tilbydes af alle kommuner i varieret omfang. Hjemmebesøg har til formål at sikre tilsyn med barnets fysiske og psykiske helbredstilstand [6]. Sundhedsstyrelsen anbefaler barselsbesøg til familier, der er tidligt udskrevet efter fødslen og minimum fem besøg i barnets første leveår.

Konsultationer og Åbent Hus tilbydes af hovedparten af kommunerne, der kan tilbydes som supplement til hjemmebesøgene. Dette tilbud omfatter kontakt til en sundhedsplejerske på et ofte centralt sted i kommunen og på et aftalt tidspunkt eller organiseret som konsultation/åbent hus i et begrænset tidsrum.

Forældreuddannelseskurser udbydes af en række kommuner og omfatter grundlæggende gruppebaserede indsatser, som initieres i graviditeten og omfatter et antal mødegange i barnets første leveår. På alle kurserne deltager en jordemoder og en sundhedsplejerske og som oftest også andre relevante fagpersoner fx talepædagog, tandlæge, fælckredder o.a. Langt overvejende er kurserne organisatorisk forankret i sundhedsplejeordningerne, men også børne-familieenheder er nævnt som udbydere af kurserne.

Målgruppen for kurserne er forskellig, idet nogle kommuner udbyder kurser til alle, mens andre kun til førstegangsfamilier og andre igen udelukkende til udsatte eller sårbare familier.

Forældreuddannelseskurser bliver tilrettelagt forskelligt fra kommune til kommune, men særligt påpeges det, at forældreuddannelseskurser, der er baseret på et koncept som forudsætter, at deltagerne kan reflektere for at gennemføre kursets øvelser, er udfordrende for den mest udsatte og sårbare gruppe af forældre. Indsatser som forældreuddannelseskurser er således godt til nogen, men ikke nødvendigvis til de svageste forældre, som i et gruppeforløb vil kunne opleve sig inkompetente, sårbare og stigmatiserede.

Forældreuddannelseskurser kendes som koncepter i form af fx Klar til barn, En god start – sammen, Familie med hjertet, Familieiværksætterne og De Utrolige År. Desuden findes andre kurser udviklet lokalt.

Andre indsatser: Undersøgelsen viser, at kommunerne også tilbyder indsatser som Circle of Security (COS-p), Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP) og lokalt udviklet familiebehandlingstilbud. Sidstnævnte indsatser er ikke yderligere beskrevet i SIF's afdækning af netop dette område.

Indsatser til gravide, børn og familier

Omfanget af universelle ydelser, som tilbydes alle kommunens gravide, børn og familie, varierer fra kommune til kommune. 34 kommuner tilbyder graviditetsbesøg til førstegangsfødende, mens det i 20 kommuner også tilbydes til familier, der allerede har et eller flere børn.

Antallet af hjemmebesøg varierer mellem et til otte. Hovedparten af kommunerne efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst fem hjemmebesøg i barnets første leveår.

Efter at barnet er fyldt 10 måneder, er det kun 35 kommuner, der har et tilbud om besøg i hjemmet. Ca. halvdelen af kommunernes tilbud omhandler et hjemmebesøg, når barnet er 1,5 år. Den anden halvdel når barnet er 3 år.

Samtlige interviewkommuner tilbyder behovsbesøg til familier som en forebyggende indsats og støtte til de familier, der skønnes at have behov herfor. Generelt set tilbydes primært sårbare gravide og mødre gruppeforløb. Når begge forældre deltager på et forældreuddannelseskursus, er det oftest på baggrund af moderens sårbarhed, hvortil partneren inviteres til at følge samme kursus.

Metoder til identifikation og kategorisering

Af kommunernes besvarelse i spørgeskemaundersøgelsen fremgår det, at der bliver anvendt en række forskellige metoder til at identificere, afgrænse og kategorisere udsatte og sårbare gravide, børn og familier med behov for en indsats, som går ud over kommunens generelle indsats.

Metoder i forhold til gravide

Identifikation af gravide med behov for en særlig indsats foregår overvejende i regionalt regi og sker primært ved svangreundersøgelserne hos den praktiserende læge eller jordemoderen. I kommunalt regi er tidlig identifikation af målgruppen mulig, hvis:

- Den gravide henvises fra jordemoder eller praktiserende læge.
- Sundhedsplejen allerede har kontakt til familien gennem ældre søskende.
- Hvis familien er i kontakt med sagsbehandler.

34 kommuner tilbyder graviditetsbesøg af en sundhedsplejerske til alle gravide i kommunen. Graviditetsbesøget bliver derved en universel ydelse, der anvendes til opsporing af gravide med særlige behov.

Den oftest anvendte metode til kategorisering af gravide i de kommunale sundhedsplejeordninger er niveau 1-4 beskrevet i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for Svangreomsorgen [5].

Metoder med udgangspunkt i barnet

Det faglige skøn: Langt overvejende nævnes af sundhedsplejerskerne det faglige skøn som metode til opsporing og kategorisering - suppleret med sparring med leder eller erfaren kollega. Sparringen er i flere kommuner formaliseret og initieres overvejende på baggrund af sundhedsplejerskens bekymring for barnets eller familiens trivsel, eller hvis det vurderes, at der bør udføres et antal såkaldte behovsbesøg til familien udover kommunens generelle tilbud.

Standardiserede metoder: En række kommuner supplerer sundhedsplejerskens faglige vurdering til identifikation af sårbare børn med en eller flere standardiserede undersøgelsesmetoder; BO-EL, ADBB, CHAT, NBO, MARTE MEO, CARE-Index og Børnelinealen (Se metoderne uddybet i Bilag 2).

Andre metoder: I enkelte kommuner anvendes andre metoder til tidlig opsporing og kategorisering af sårbare børn, fx Forebyggelsestrekanten, Tidlig opsporing og indsats (TOPI), undersøgelsesmetoden Psykisk Udvikling og Funktion (PUF) (som endnu ikke er færdigudviklet til brug), Hjerne og hjerte, Trivselsvurdering (Socialstyrelsen), Signs & Safety og Integrated Children's System (ICS). Disse metoder beskrives ikke i denne rapport.

Metoder med udgangspunkt i forældrene

Screening for fødselsdepression: Mere end halvdelen af de kommunale sundhedsplejeordninger har implementeret brugen af screeningsredskabet Edinburgh Postnatal Depressions Scale (EPDS) til opsporing af postnatal fødselsdepression. Metoden benyttes overvejende postnalt til mødre, men en række kommuner/regioner benytter også EPDS til gravide. (Se metoderne uddybet i Bilag 2).

Til nybagte fædre bruges også EPDS eller Gotland Male Depression Scale (Gotland skalaen), der er udviklet og valideret til mænd til brug både i graviditeten og efter barnets fødsel.

Andre metoder: Til opsporing af sårbare familier bliver følgende metoder desuden nævnt: Sundhedskorset, Livshjulet, AAI interview, WHO's trivselsindeks, ESTER, TOPI, samt lokalt udviklet individuel screening eller semistrukturerede spørgeskemaer anvendt i graviditeten eller efter fødslen. Disse metoder beskrives ikke i afdækningen.

4.2 Tilbud og organisering i andre lande

Forskningsenheden for Almen Praksis [3] har i deres litteraturstudie vist, at i både Sverige og Skotland ligger den primære kontakt med den gravide frem til fødslen i jordemoderregi, mens de gravide kvinder i Norge selv frit kan vælge, om kontakten skal være med jordemoder, den praktiserende læge eller en kombination med begge.

Studiet viser også, at Danmark er det land i undersøgelsen, der har det færreste antal konsultationer med sundhedsplejen, efter at barnet er født, og frem til det er tre år gammelt. I både Norge, Sverige og Skotland ser den nybagte familie sundhedsplejen hyppigt frem til to-tre års alderen.

Det første møde foregår, som i Danmark, i familiens hjem. Derefter er det kun i Skotland, at kontakten med sundhedsplejen foregår ved hjemmebesøg som i Danmark. I Norge og Sverige foregår møderne i sundhedscentre, hvor både sundhedsplejen, jordemødre og læger er tilknyttet (se evt. figur 2 side 56).

4.3 Kommunernes metoder til opsporing og kategorisering af målgruppen

SIF's spørgeskemaundersøgelse viser, at der ikke er konsensus i kommunerne om, hvordan kommunerne opsporer og kategoriserer sårbare gravide, børn og familier. I 47 kommuner anvendes alene sundhedsplejerskens faglige skøn og kliniske blik, mens der i de resterende 50 kommuner anvendes forskellige former for screeningsredskaber eller standardiserede metoder.

Samlet fortæller informanterne i interviewene, at sundhedsplejeordningers servicetilbud og antallet af kontakter er af betydning for opsporing af sårbare familier.

Sundhedsplejerskens kliniske blik

Det fremgår af interviewene i SIF's undersøgelse, at sundhedsplejerskens faglige skøn og kliniske blik fremtræder meget forskelligartet som opsporings- og kategoriseringsredskab:

I kommune E uddyber sundhedsplejen brug af deres faglige skøn:

"Vi har ingen ramme. Vi har ikke noget sådan, hvad kan man sige, standarder eller noget på et fagligt skøn. [...] Det vil være det individuelle faglige skøn sundhedsplejersken gør, når hun vurderer, hvad der er behov for her."

Sundhedsplejen i kommune C anvender også sundhedsplejerskernes faglige skøn til vurderingen af børn og familier ud som supplement til en kategoriseringsmodel, der har afsæt i familieafdelingen:

"Vi har det bedste faglige skøn indbyrdes, og når vores faglighed er sat i spil. Det er en dialog med en kollega, og [...] med deres distriktsleder. Er en sundhedsplejeindsats tilstrækkelig eller skal vi inddrage andre instanser? [...] Det er faktisk et meget individuelt skøn og det baserer sig blandt andet på den enkelte sundhedsplejerskes erfaring, faglighed."

Sundhedsplejerskernes erfaring, både med sårbare og ikke sårbare familier, er en vigtig parameter i flere kommuner. I kommune C bliver der lagt vægt på sundhedsplejerskens erfaring, som afgørende for det faglige skøn:

"Og masser af erfaring og det at sundhedsplejersken kommer hos så mange. Har set så mange børn. Haft så mange børn i hænderne. Hvis de (sundhedsplejersken) kun var kommet hos de sårbare, så var det blevet deres normalitetsbegreb. Men fordi de kommer hos så mange (familier), så ved de også når det er (en sårbar familie)."

To overordnede kategorier for sårbare familier

Af VIVE's undersøgelse fremgår det, at både sundhedsplejersker og sagsbehandlere opererer med to overordnede kategorier i deres vurdering af familier, der er potentiel udsatte og sårbare.

Det sker, når graden af en families sociale og/eller sundhedsmæssige udfordringer vurderes, og der skal tages stilling til, hvilken indsats, der skal gøres for at hjælpe familien.

I VIVE's fokusgruppeinterviews kommer dette behov bl.a. til udtryk ved at især sundhedsplejerskerne, der foretager identifikation af målgruppen blandt alle familier, splitter de sårbare familier op i to hovedkategorier, som VIVE har valgt at give de emiske betegnelser "tunge familier" og "gråzonefamilier".

"Tunge familier" beskrives også som "*slemme sager*" og som "*underretninger*", dvs. som dem "*hvor vi ikke er i tvivl om, at der skal laves en underretning*" til sagsbehandleren på socialområdet, med henblik på at iværksætte en børnefaglig undersøgelse og evt. foranstaltninger efter bestemmelserne i serviceloven. Der kan eksempelvis være familier med tunge og komplekse sociale problemer, dårlig begavelse, og/eller stof- og alkoholmisbrug hos forældrene. De udfordringer, deltagerne nævner i forhold til disse familier, er fx, at de ikke selv kan tage telefonen og lave en aftale med kommunen, at de ikke kan overskue at deltage i noget, og at de er skeptiske og mangler tillid til kommunen. En udfordring i arbejdet med denne målgruppe er derfor at skabe tillid i forhold til kommunen og i det hele taget at få familierne til at deltage i de tilbud, der er.

Sundhedsplejerskerne har en særlig position, der giver dem mulighed for at imødegå udfordringen med, at de tungeste familier ikke selv kan eller ønsker at kontakte kommunen. Fordi sundhedspleje er et universelt tilbud, kan sundhedsplejerskebesøg være en tillidsvækkende, ikke-stigmatiserende indsats til støtte for den enkelte familie med svære problemstillinger, de såkaldt "tunge" familier. Sundhedsplejersken kan spille en væsentlig rolle som en tillidsperson, der kender familien, og som derfor kan være det mellemed, der hjælper familie og visitator/sagsbehandler i kontakt med hinanden på en så "ufarlig" og personlig vis som muligt. Flere af kommunerne har gode erfaringer med, at en sundhedsplejerske med familiens samtykke kan invitere en sagsbehandler eller visitator med på sit næste besøg i familien.

"Gråzonefamilierne" beskrives i interviewene som de familier, der ikke er "tunge" nok til at være klare underretninger, og hvor sundhedsplejersken kan være i tvivl om, hvad der skal gøres. De beskrives som familier, der "*kan en masse*" eller "*heldigvis kan noget*", men som har brug for hjælp i forhold til en afgrænset problematik. De vil altså ofte være familier, hvis problemprofil befinder sig i den mildere ende af skalaen. Typiske problemer i disse familier kan være efterfødselsreaktioner, skilsmissekonflikter og opdragelsesvanskeligheder. Det kan imidlertid også være "tungere" familier, der har takket nej til kommunens andre tilbud, og som man ønsker på en gang at kunne støtte og observere gennem en ekstra indsats i sundhedsplejens regi, fortæller sagsbehandler i kommune A:

"Vi kommer også ud for, at der skal laves en egentlig forældrekompetencevurdering efter fødslen, hvor forældrene siger nej, og det er jo et tilbud, det skal ske med samtykke, ellers duer det ikke. Så der har vi også de gråzoner, der hvor vi tænker, at det ville give rigtig god mening, men hvor de siger nej, og hvad er så det næstbedste, jamen, det er, at vi har et tæt samarbejde med sundhedsplejen, i forhold til at de så kan gå ind og have et hyppigere besøg og så, hvis der er noget, de bliver bekymrede for, så må vi have en underretning."

De udfordringer, kommunerne beskriver for arbejdet med gråzonefamilier, er både i forhold til identifikation og rekruttering til indsatser ud over sundhedsplejebesøg, og at der mangler res-

sourcer til at støtte dem, fx i form af støtte til relation i forbindelse med skilsmisse, hjælp til at finde støtte-ressourcer i familiens netværk, psykologhjælp og andre tilbud.

Forskellige screeningsværktøjer og kategoriseringsmetoder

Både SIF og VIVE har i deres undersøgelser spurgt ind til, hvilke screeningsværktøjer og standardiseringsmetoder, kommunerne anvender i deres arbejde med at udpege sårbare og udsatte gravide, børn og familier.

I spørgeskemaundersøgelsen fra SIF blev der spurgt specifikt ind til, hvilke screeningsredskaber og standardiserede metoder, kommunernes sundhedspleje anvender til at identificere sårbare gravide og forældre. Svarene fremgår af tabel 1, hvoraf det ses, at 11 kommuner benytter sig af metoder, de selv har udviklet, mens langt de fleste benytter anerkendte metoder.

Ud af de 14 kommuner, der har angivet, at de bruger andre redskaber og metoder, har tre kommuner kommenteret, at de anvender livshjulet. To kommuner har kommenteret, at de selv har udviklet screeningsmetoder. Andre kommuner nævner fx WHO's trivselsindex og metoder via småbørnskonsulenterne. To kommuner skriver, at jordemødrene screener de gravide og henviser dem til sundhedsplejen. En del kommuner, både de, der har svaret, at de bruger og dem, der ikke bruger screeningsredskaber, har kommenteret, at de har gode erfaringer med et tværfagligt samarbejde, hvor jordemødre og praktiserende læge screener de gravide og derefter kontakter sundhedsplejen.

Tabel 1. Kommunernes anvendte screeningsredskaber og standardiseringsmetoder til identificering af sårbare gravide og forældre i kommunernes sundhedspleje [1].

Kriterierne for kategorisering af sårbare gravide beskrevet i Anbefalingerne for Svangreomsorgen	27
Edinburgh Postnatale Depressionsscore (EPDS)	50
Gotlandsscreening	35
Kommunen har selv udarbejdet standardiserede metoder	11
Andet	14

Af VIVE's undersøgelse har fire kommuner i fokusinterviews svaret på, hvilke metoder, redskaber og indsatser, de benytter sig af. Svarene fremgår af tabel 1.

Deltagerne fortæller, at de arbejder med forskellige metoder til identifikation og kategorisering af familier som sårbare eller udsatte, hvoraf nogle er standardiserede screeningsredskaber som ADBB og SOS (Se bilag 2), og andre er hjemmebesøg og cafetilbud, der bringer familien og fagpersonen sammen, og på den måde kan danne basis for en mere uformel vurdering af familien. Fokusgruppedeltagerne er blevet spurgt, hvilke redskaber de selv bruger til at kategorisere en familie som udsat eller sårbar med. Det betyder, at de ikke nødvendigvis har svaret på, hvad deres kolleger i samme stilling gør. Derudover har deltagerne i nogle tilfælde kun nævnt standardiserede screeningsredskaber og i andre tilfælde ligeledes elementer som journalisering og hjemmebesøg.

Opgørelsen i tabel 1 er derfor ikke en udtømmende og sammenlignelig liste over kommunernes respektive brug af screeningsredskaber og -indsatser. Men en liste, der giver en overordnet fornemmelse af ligheder og forskelle i de fire kommuners brug af metodiske redskaber i deres identifikations- og screeningspraksis. Alle kommunerne angiver eksempelvis, at de bruger Integrated Children's System (ICS), der er en helhedsorienteret metode til udredning og sagsbehandling i sager om udsatte børn og unge, herunder risikovurdering. Kommune A og B bruger derudover begge Signs og Safety (SOS), der ligeledes kan anvendes til at foretage risikovurderinger i børnesager og vurdere tegn på fare og tegn på sikkerhed.

Tabel 1. Metoder til identifikation og kategorisering af sårbare familier [2].

Faggruppe	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Sundhedsplejen	ADBB, ERA, COS, SOS, Børnelinealen	EPDS, Marte Meo Hjemmebesøg Café BabyStart Visitation m. samarbejdspartner Generel udviklingsvurdering, Åbent Hus med information & vejledning Efterfødselsgruppe	ICS	ICS Tværfaglige møder m. Socialområdets familierådgivning Journalisering /skriftlighed Coaching
Sagsbehandlerne	ICS, SOS, Børnelinealen Kommunens egne samarbejdsmodel	SOS ICS Familierådslagning, Coaching	ICS, Vækstmodellen Netværkskortlægning ASI, Afd. af motoriktilstand og sensorisk profil, Observationer Marte Meo, Dansk Pædagogisk udviklingsbeskrivelse	§ 11-forløb og § 50-undersøgelser

Anm.: I Kommune A, B og D var deltagerne sagsbehandlere og sundhedsplejersker samt en enkelt familiechef. I Kommune C deltog ledende sundhedsplejerske, lederen af sagsbehandlerne, en sagsbehandler og tre familiekonsulenter og lederen fra kommunens tværfaglige familiehus (alle andre end ledende sundhedsplejerske er skrevet ind som sagsbehandlere).

Endvidere viser interviewene, at der ofte er forskel på, hvad forskellige sundhedsplejersker eller sagsbehandlere ansat i samme kommune har i "værktøjskassen". Det kan eventuelt skyldes, at

nogle, men ikke alle medarbejdere, har været på kursus i en bestemt metode, som fx ADBB. Det er værd at være opmærksom på, at sådanne forskelle medfører en risiko for et ujævnt serviceniveau over for sårbare børn og familier, ikke alene kommunerne imellem, men også inden for samme kommune.

Kommunernes forskellige brug af samme metoder

Af de opfølgende interviews tyder meget på, at selv om flere kommuner benytter sig af samme screeningsmetode, er der forskel på, hvordan de tolkes og anvendes. Eksempelvis er der individuelle måder, hvorpå kommunerne anvender Sundhedsstyrelsens ”Anbefalingerne for svangreomsorgen” [5], hvor niveau 3 er en meget bred, ikke nærmere defineret gruppe, ligesom også brugen af EPDS og Gotland skalaen til opsporing af fødselsdepression anvendes forskelligt.

Sundhedsplejen i kommune G har fx i forbindelse med et igangværende satspuljeprojekt udarbejdet yderligere beskrivelser til at kategorisere de fire niveauer, der anvendes i ”Anbefalingerne for svangreomsorgen” [5]. Niveau 3 i Anbefalinger for Svangreomsorgen beskrives i denne kommune således:

”Man kan være i niveau 3, hvis man har nogle sociale problemstillinger og belastet opvækst. Det kan være en usikker økonomi. Det kan være boligforhold. Det kan være kort skolegang, mindre end niende klasse. Sporadisk tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvis man er ung i alder. Hvis man er umoden. Hvis man er svagere begavet. Man kan have lettere psykiatriske lidelser. Lettere så som angst, depression, ADHD, OCD, spiseforstyrrelser og så videre. Og så kan det også være kroniske sygdomme som rygproblemer, fibromyalgi.”

I kategoriseringen indgår også moderens partner i vurderingen af den enkelte familie:

”Det kommer jo også an på partneren, om han trækker det op eller ned. [...] Jamen for eksempel for mange af de unge, kan man jo se, hvis partneren også er uden arbejde, også har en diagnose, så bliver det samlede billede jo mere broget end, hvis man kan se, han faktisk har fået færdiggjort en uddannelse og er i gang, og også motiverer hende til at gå i gang med noget. Og om de formår at få en bolig.”

Flere kommuner forsøger at inkludere faderen til barnet. Sundhedsplejen i kommune H tilbyder alle et graviditetsbesøg, der inkluderer et tilbud om at besvare et semistruktureret spørgeskema. Spørgeskemaet anvendes som en standardiseret metode og kaldes for Familiesamtale, hvor de bestræber sig på at inkludere begge forældre:

”Vi bestræber os på at få far med, fordi fars udsathed er afgørende for barnets grundvilkår [...] Men også det her med at lytte på hinanden. Hvad er det, jeg har sloges med, da jeg var barn. Hvad vil jeg tage med mig, når mit barn kommer. Hvad er det, jeg ikke vil have med fra min egen barndom. Altså at få den der gensidige drøftelse.”

Et andet eksempel er brugen af screeningsredskabet EPDS. I kommune E anvendes metoden således, at alle mødre som udgangspunkt bliver tilbudt screeningen, når barnet er otte uger ved sundhedsplejens planlagte konsultation med familien. Men da nogle af familierne har problemer med dansk, betyder det i realiteten, at ikke alle kan tage imod tilbuddet:

”Vi har nogle udfordringer ved sproglige udfordringer, så vælger vi nogle gange ikke at benytte det...”

Sundhedsplejen i kommune H anvender også screeningsredskabet EPDS plus Gotland, når barnet er omkring otte uger.

”Det vi gør, det er, når vi finder dem i gråzonen,(mht screeningsresultatet)... så bliver de henvist til egen læge. Det gør vi altid. Men der hvor sundhedsplejerskerne egentlig tænker, her kunne mor have godt af at komme i et gruppeforløb”, så tilbydes de at deltage i gruppebaseret tilbud tilrettelagt af kommunen til mødre med efterfødselsreaktioner. Alle mødre tilbydes en screening. Det er ikke alle forældre, der siger ja til dette tilbud, men: *”og vi kan jo også mærke, hvis der er noget, der taler for det.”*

Sundhedsplejen i kommune G anvender ligeledes EPDS og Gotland som screeningredskaber. De har sammenskrevet EPDS og Gotland i et skema, som primært tilbydes til mødrene. Hvis sundhedsplejersken kan se, at der er et behov for det, bliver faderen også screenet.

Opsporing af de sårbare børn

Som tidligere nævnt, viser spørgeskemaundersøgelsen fra SIF, at 50 kommuner anvender screeningsværktøjer og standardiserede metoder til at identificere sårbare børn. Tabellen nedenfor viser, hvilke metoder, kommunerne benytter sig af.

Tabel 3. Anvendte screeningsredskaber og standardiserede metoder til identifikation af sårbare børn i kommunens sundhedspleje (n=97) [1].

Blik Orienteret Efter Lyd (BOEL)	20
Alarm Distress Baby Scale (ADBB)	11
Newborn Behavioral Observations (NBO)	3
Børnelinealen	19
Kommunen har selv udarbejdet standardiserede metoder	12
Andet	26

Ud af de 26 kommuner, der har angivet, at de bruger andre redskaber og metoder har seks kommenteret, at de planlægger at bruge ADBB fra 2017 eller 2018. To kommuner skriver, at de bruger en tilpasset version af Børnelinealen, og to kommuner anvender TOPI. Derudover nævnes standardiserede journaler, jordemødrenes niveauinddeling, Socialstyrelsens trivselsvurdering, metoder via Småbørnskonsulenterne, ICS og Care Index.

Brug af fastlagte kriterier

I alt 49 kommuner angiver, at de anvender på forhånd fastlagte kriterier til at vurdere behovet for yderligere indsats, mens 48 kommuner angiver, at de ikke har sådanne kriterier, men at vur-

deringen foretages ud fra sundhedsplejerskerens skøn eller efter sundhedsplejerskerens sparring med en overordnet (tabel 4).

Tabel 4. Kommunerne fordelt efter brug af på forhånd fastlagte kriterier for vurdering af sårbare gravide, børn og familiers behov for indsatser, der går ud over de generelle tilbud i sundhedsplejen (n=97) [1].

Anvender ikke fastlagte kriterier: Den enkelte sundhedsplejerske vurderer behovet ud fra et fagligt skøn	38
Anvender ikke fastlagte kriterier: Sundhedsplejersken vurderer behovet efter sparring med leder	10
Anvender fastlagte kriterier: Antallet af kontakter, udover de generelle tilbud, udløser automatisk en vurdering af behovet for ekstra indsats	20
Anvender fastlagte kriterier: Der eksisterer en fastlagt guide og principper for vurdering af sårbarhed	19
Anvender fastlagte kriterier: Andre end ovenstående	10

Af SIF's interviews fremgår det, at der er forskel på, hvordan kommuner kategoriserer de familier, der har brug for hjælp, der rækker ud over, hvad kommunen som standard tilbyder alle familier. Det fremgår således fx, at kommune C anvender en kategoriseringsmodel med afsæt i familieafdelingens procedurer som supplement til sundhedsplejerskens faglige skøn:

"Vi har en kategorisering, rød, gul, grøn. [...] De røde, der skal laves en underretning. Så er der det store gule felt, som er vores (sundhedsplejen) 15-20 pct. af klientellet. Hvad skal der gøres her? Er det noget vi, selv kan udføre? Er det noget, vi skal have nogen med ind over? Og så er der alle de grønne, som er normale, men hvor der godt kan være nogle deciderede sundhedsplejeproblematikker."

De fortæller yderligere, at denne kategoriseringsmodel er et tværfagligt redskab, der benyttes af alle fagpersoner i kommunen, der har med børn og unge at gøre.

Hos sundhedsplejen i kommune F har de valgt at udforme en skriftlig vejledning til, hvordan de kategoriserer familier i A til D-familier ud fra antallet af kontakter til familien registreret i den elektroniske børnejournal og ud fra en gradueret beskrivelse af barnets og familiens sårbarhed.

Ligesom sundhedsplejen i kommune F inddeler sundhedsplejen i kommune H også familierne i A-D familier. Denne kategorisering baserer sig ligeledes på Børnelinealen, som de har beskrevet i et skema. A-familier er i det grønne felt, B-familier er i det gule felt, C-familier er i det orange felt og D-familier ligger i det røde felt. De har forud for denne beskrivelse af Børnelinealen haft følgende proces, som har ført til deres nuværende kategorisering:

"Det vi har gjort meget kort, det er, vi har simpelthen taget nogle cases og haft nogle kvalitets-sikringsdage, har vi kaldt det, og det synes de (sundhedsplejerskerne) var rigtig godt, hvor de hver især havde en case med, og så fortalte de om den her familie og det barn. Og så sagde de,

den der fremlagde casen; 'Jeg har kategoriseret det, som en B.' Og så tager vi hele runden, og så prøver de at sige, hvad de lægger vægt på, hvorfor de så mener en C. Så på den måde, har vi haft nogle drøftelser, og det har været rigtig godt. Og så ser man også, at selv monofagligt ser vi noget forskelligt og vægtlægger afhængigt af, hvem vi er, og hvad vi er interesseret i, hvad vi ved og alt."

Det faglige skøn kommer i spil ved hjemmebesøgene, hvortil erfaring er en afgørende faktor for kvaliteten af det faglige skøn. De fleste af interviewkommunerne anvender en skriftlig udarbejdet kategoriseringsmodel til kategorisering af familiers sårbarhed.

Erfaringer med screeninger og standardiserede metoder

Samtlige af de kommuner, der i SIF's undersøgelse blev udvalgt til at deltage i supplerende interviews, benytter sig af screeningsredskaber eller standardiserede metoder til at identificere specifikke risici eller sårbarhed.

Herudover anvender sundhedsplejen i kommune G BOEL og ADBB som screeningsredskaber. Hvis der scores højt på ADBB, er deres procedure følgende:

"Så de får et udvidet sundhedsplejetilbud, og ellers så er det jo en underretning, og så er det noget familiebehandling eller hvad det nu er, der skal til. Ganske som vi ellers plejer at gøre."

Interviewene viser, at screeningsværktøjet ADBB hjælper til at konkretisere en bekymring:

"Det gør os bedre i stand til at skrive, hvad det egentlig er, der bekymrer os. Langt bedre til at beskrive det og til og fokusere på lige præcis, hvad det er der skal vejledes i hos den enkelte familie." (Kommune G).

Sundhedsplejen i kommune F anvender også ADBB som screeningsredskab samt ICDP. De beskriver følgende om brugen af ADBB: *"Nej og jeg tænker, vi har jo screenet de her børn hele tiden og vi har jo været obs, men med ADBB'en har vi nok bare fået et redskab, et fælles redskab og et fælles altså, vi har jo kigget på de her børn på den måde, som ADBB'en altså lige som gør, men nu har vi bare fået noget mere konkret og holde det op imod."*

Ligesom det er tilfældet i kommune G mener kommune F, at ADBB har resulteret i, at de er blevet bedre til at beskrive deres bekymringer om børn og familier: *"Jeg tænker, vi har fået nogle flere faglige ord til at argumentere det, vi førhen kaldte mavefornemmelse. Jeg vil sige, jeg skrev en status den anden dag og det gav bare super god mening altså, der var jeg meget mere klar i mit mæle i forhold til den bekymring, jeg havde, at det var bare meget nemmere at beskrive, fordi jeg havde nogle konkrete ord, at holde det op imod i stedet for, hvad jeg bare ser. Det er min følelse. Her der havde jeg noget konkret, og det blev meget mere fagligt dokumenteret..."*

Sundhedsplejen i kommune C anvender også EPDS som screeningsredskab, men de gør også brug af den standardiserede elektroniske børnejournal og italesætter et ønske om andre screeningsredskaber:

"Vi bruger EPDS-skemaer, og så bruger vi jo det systematiserede TEAM-sund system [kvalitetssikret journal], som Bjørn Holsteins forskning er basis fra. Andre screeningsystemer har vi

ikke slavisk, vi bruger [...] men deciderede screeninger har vi ikke. Men vi efterspørger det rigtig, rigtig meget”.

Samtlige interviewkommuner benytter screeningsredskaber til identifikation af mødre med efterfødselsreaktioner, mens fædrene i mindre omfang eller slet ikke tilbydes screening. Det fremhæves flere gange i interviewene, at screeningsredskabet ADBB, der kan benyttes til undersøgelse af social tilbagetrækning, har givet dem et sprogligt værktøj.

Efteruddannelse og træning

Forskningsenheden for Almen Medicin fandt i deres litteraturstudie tre publikationer omhandlende træning af sundhedsplejersker i efterfødselsdepressioner og brug af EPDS [3]. De tre undersøgelser studerer alle betydningen af efteruddannelse af sundhedsplejersker i at genkende symptomer på efterfødselsdepressioner og efterfølgende støtte til mødre med symptomer. I to af studierne bliver dette efterfulgt af målrettet opsporing af mødre med symptomer på depressioner, målt som en EPDS score højere end 12 og efterfølgende tilbud om rådgivende samtaler med de kvinder, som er i risikogruppen. Det ene engelske studie finder seks måneder efter fødslen, at signifikant færre kvinder i interventionsgruppen har en EPDS score over 12 (OR=0,64). Det andet norske studie viser et lignende resultat, hvor kvinder i interventionsgruppen både har signifikant lavere sandsynlighed for at have en EPDS score højere end 12 seks uger efter fødslen (OR=0,6), tre måneder (OR=0,4) og 12 måneder efter fødslen (OR=0,6).

Et islandsk studie har derimod ikke inkorporeret procedurer for, hvordan sundhedsplejersker skal opspore eller vejlede de islandske kvinder med symptomer på depressioner, men ser blot på betydningen af sundhedsplejerskers større kendskab til depressioner. Alligevel finder de seks måneder efter fødslen, at andelen af kvinder med en EPDS score over 12 er faldet signifikant mere i interventions- end i kontrolgruppen.

Tværfagligt anvendte redskaber – et fælles sprog

I kommune C anvender man et tværfagligt kategoriseringsværktøj, ICS-trekanten, til at vurdere forældrenes ressourcer, hvilket sker i samarbejde med socialrådgiverne. Formålet hermed er, bl.a. at de forskellige fagligheder skal arbejde sig hen mod et fælles sprog:

”Vi er bundet tæt op sammen med socialrådgiverne, og de bruger ICS-trekanten. Det er en arbejdsmetode, som er ret valideret. [...] Og det er egentlig sådan et skema, vi også skal benytte til en underretning, hvis det drejer sig om sådan én eller en udtalelse. Og det er netop ressourcer og bekymringer, man skriver der på specifikke parametre.”

Vigtigheden af at have et fælles sprog påpeges også af sundhedsplejen i kommune H: *”Og der kunne jeg jo se det der med, at man ikke snakker om de samme vel. Altså, jeg kan godt tro, jeg snakker om niveau 2, men en anden tror, jeg snakker om niveau 3, fordi vi har ikke fælles billeder af, hvor henne har vi (familierne placeret), så det der med og træne sig selv i det. Så derfor har vi lavet det sådan, at de slet ikke kan oprette en ny gravid eller et barn, uden at man også kategoriserer. [...] Det er noget, fordi det også er den udfordring vi har med faggrupperne. Det er, at man forstår noget forskelligt. Og man forstår ikke nødvendigvis al det, som man ikke forstår [griner] Og det er jo ikke ond vilje, men sådan er det bare.”*

Yderligere forklares betydningen af et fælles sprog således: ”Så kunne man forestille sig, at man på en eller anden måde kunne optimere, ikke at det ville blive fuldgældigt, men kan optimere den målrettede indsats i forhold til at vide, hvem er det og hvad er det, vi snakker om.” Sundhedsplejen i kommune H anvender elektronisk børnejournal, hvilket resten af Børne- og Familieafdelingen også gør: ”Vi har rigtig meget værktøj, der er fælles i afdelingen. Ikke at det er rosenrødt, for ind imellem så får man måske ikke lige det brugt. Men intentionen er egentlig, at vi skal blive bedre til og bruge det, fordi ellers så bliver det aldrig helt godt.”

Sundhedsplejen i kommune H efterlyser et fælles tværfagligt kategoriseringsredskab:

”Men hvis man på en eller anden måde ligesom vi snakker kategorisering på en eller anden måde kunne finde et eller andet, som kunne hjælpe tværfagligt til at finde nogle objektive kriterier, som man kunne måle på, fordi så ville du på en eller anden måde i hvert fald kunne komme over den der hurdle, hvor nogle ser det, og nogle andre ikke ser det.”

Det påpeges, at et tværfagligt kategoriseringsredskab kan være med til at målrette, hvordan et barn og en familie i en udsat position kan vurderes.

4.4 Interviews - Sundhedsplejens ønsker til udvikling af indsatsen

Nedenfor følger afslutningsvis en række ønsker fra interviewene til udvidelse af sundhedsplejeordningens universelle tilbud med henblik på tidlig opsporing af sårbare familier.

Interviews – Ønsker om graviditetsbesøg

SIF's spørgeskemaundersøgelse viser, at 34 kommuner tilbyder hjemmebesøg til gravide, mens 63 kommuner ikke har det tilbud. Under interviewene blev der generelt udtrykt ønske om et udvidet tilbud til gravide, da graviditetsbesøg anses som en væsentlig mulighed for tidlig opsporing, samt mulighed for at initiere en tidlig, tværfagligt tilrettelagt forebyggende indsats.

Sundhedsplejen i kommune G har et tilbud om graviditetsbesøg til både første- og flergangsfødende. De taler positivt for deres tidlige graviditetsbesøg:

”Vi har fået rykket graviditetsbesøgende nedad, fordi tidligere havde vi dem en måned før (fødslen). Nu rykker de ned i andet trimester, for så kan vi nå at arbejde med den gravide, hvis der er nogle problemstillinger.”

I kommune F udtrykkes det således: ”Og så tænker jeg stadigvæk, at vi mangler et serviceniveau i graviditeten faktisk”.

Kommune C tilbyder graviditetsbesøg til alle førstegangsfødende, og tre interviewkommuner tilbyder graviditetsbesøg, hvis der skønnes et behov herfor.

På baggrund af et ønske om et graviditetsbesøg til alle har sundhedsplejen i kommune H ændret på deres besøgsprofil og omlagt ottemåneders-besøget som konsultation til de mest velfungerende familier for at finde ressourcer til at tilbyde graviditetsbesøg til alle. Det betyder, at et af de besøg Sundhedsstyrelsen anbefaler i første leveår ikke længere tilbydes, og at tilsynet med

barnets fysiske og psykiske helbredstilstand jf. bekendtgørelse nr. 1344 § 8, stk. 2,2 ophører omkring 4-6 måneders alderen.

Flere af de kommuner, der tilbyder graviditetsbesøg i hjemmet, fortæller, at det underbygger relationen til familien.

Sundhedsplejen i kommune F påpeger følgende fordele ved deres besøgsprofil:

”Jeg tænker jo, at vi får lært dem [familierne] rigtig godt at kende. Og det er jo indgangsvinklen til både at give hjælp, hvis der er brug for det, men også bare for den der ærlighed, som vi måske forhåbentlig opdager ting, tænker jeg, lidt tidligere end vi ellers havde gjort....”

At graviditetsbesøg kan give anledning til tidlig opsporing af problematikker i familierne, giver sundhedsplejen i kommune C et eksempel på:

”En af vores sundhedsplejersker kommer ud i graviditetsbesøg, sådan almindeligt graviditetsbesøg. Men det viser sig, at de her lidt modne forældre, de har begge hver især sådan en depressions anamnese, og mor sidder faktisk og er ved at ryge ud i noget lignende, og far kan sådan lige være der til at støtte. Men sundhedsplejersken hun får formidlet, får kontaktet læge efter accept og alt det her, får dem sat i behandling og forløb og kommer ud og er hos dem i nummer to graviditetsbesøg, og de er løftet der fra og klarer tingene selv med nogle andre instanser.”

Interviews – Ønsker om besøg efter barnets første leveår

Ud over graviditetsbesøg til alle, ønsker kommunerne også at udvide deres besøgsprofil, så de kan tilbyde hjemmebesøg til barnet ud over første leveår.

Sundhedsplejen i kommune G påpeger et ønske om en udvidelse af deres besøgsprofil på baggrund af hjemmebesøgenes betydning for forebyggelse:

”Vi har jo ikke i vores kommune, har vi desværre ikke 1½ års besøg, og vi har desværre heller ikke 3 års besøg. Og vi ved jo godt, at de sårbare familier her også har en problematik omkring overvægt. Så jeg tænker også forebyggelse i forhold til det.”

Sundhedsplejen i kommune F ønsker en udvidelse af deres besøgsprofil:

”Drømmen er jo også noget med to- og treårs, jeg tænker også fire- og femårsbesøg i forhold til sundhedsplejen. Jeg synes, vi skal tage hele paletten. For det giver jo kun god mening at man tænker helårsundersøgelser hos en sundhedsplejerske.”

Sundhedsplejen i kommune H ser også fordele i at udvide hjemmebesøgene, så de rækker frem til treårsalderen:

”...det er jo i den periode, hvis man kigger på frekvensen af underretninger, den ligger lavest der og så kommer den massivt, når de starter i skole. Og jeg tror på, at mange af de der børn, de ville kunne opspores tidligere, hvis man så dem, ikke bare os, men også at det tværfaglige blev bedre til at spotte dem.”

5 Forståelse af begrebet sårbarhed og fastholdelse af målgruppen

Et af formålene med nærværende afdækning var at få beskrevet, hvorledes man i hhv. sundhedsplejen og socialforvaltningen forstår begrebet sårbarhed bl.a. med henblik på at kunne målrette og styrke indsatsen over for målgruppen. Et andet formål var at undersøge, hvilke metoder, der virker til fastholdelse af målgruppen.

Når det drejer sig om begrebet ”sårbarhed” viser interviewene, at begrebet opfattes og tolkes forskelligt. I kommune E beskriver sundhedsplejen, at sårbarhed kan starte der, hvor en bekymring næsten ikke kan forklares:

”Der, hvor man kan have en bekymring omkring et barn, men man kan næsten ikke engang formulere, hvad det er. Dem vil vi gerne i tale om.”

Sundhedsplejen i kommune C beskriver sårbarhed på følgende måde:

”Der er jo nogle, der bliver defineret sårbare, fordi de har haft et tidligere misbrug for eksempel. [...] Det kan være unge, meget unge forældre. Men det kan også være mor med tidligere psykiatrisk anamnese eller måske nuværende psykiatrisk anamnese eller et stort medicinforbrug på grund af fysiske smerter eller tidligere anbragte, tidligt omsorgssvigtet. [...] Men det kan faktisk også være, sundhedsplejersken, der har forhåndskendskab til den her mor, der føder for anden eller tredje gang, hvor hun var sårbar tidligere”.

Sundhedsplejen i kommune F beskriver en definition af sårbarhed, som inkluderer en beskrivelse af, hvordan velfungerende familiers sårbarhed kan anskues:

”Et er jo, at man siger sårbar, og der er man jo lidt inde på, hvad er sårbar? Det er også sådan lidt kategorimæssigt, for jeg har også mange familier, hvor jeg tænker, de er gode familier, men hvor jeg bare lægger rigtig mange behovsbesøg. Så selvom det sagtens kan være en, hvor jeg tænker, det er en god familie. Det er høj status. De har egentlig det ene og det andet med sig, så det burde ikke, men deres problematikker er bare anderledes. Så jeg synes faktisk, de har lige så meget behov for ekstra besøg, som nogle andre kan have. Så derfor er det også lidt svært, det der med at definere den sårbare eller kontra, hvem er det, der egentlig har behov for ekstra besøg.”

Sundhedsplejen i kommune H er den eneste af interviewkommunerne, der definerer sårbarhed ud fra, om der er tale om sårbare eller udsatte:

”Jeg tænker en sårbar familie, jamen så er det en familie, hvor der er nogle risikofaktorer, og kombinationen af dem i en særlig sårbar situation i forhold til forældreskabet. Hvorimod udsat, så er der en mere indgribende risiko. Så er det ikke bare en risiko, men det er nogle risici, der er til stede. Og hvor jeg tænker, at deres udfordringer er langt større, hvor der skal sættes ind, for og skabe det bedste for barnet eller i hvert fald tåleligt for barnet”

5.1 Fastholdelse af sårbare og udsatte

Kommunerne har i spørgeskemaet haft mulighed for at beskrive, hvad de gør for at fastholde familierne i sundhedsplejens tilbud samt deres erfaringer med fastholdelse. Spørgsmålet er drøftet ved interviewene.

Generelt beskriver kommuner, at sårbare familier sjældent takker nej til hjemmebesøg. Mange kommuner beskriver, at jævnlig kontakt, både i form af telefonopkald og sms'er og i form af besøg i hjemmet, er vigtige redskaber. Ligeledes beskriver mange kommuner, at en nær relation mellem sundhedsplejersken og familien er afgørende for fastholdelse. En del kommuner beskriver også, at gruppetilbud bør målrettes de sårbare familier, da det er vanskeligt at fastholde dem i grupper med ressourcestærke familier.

En tværgående evaluering af satspuljen for 2012-2015 'Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide' [7] har bl.a. evalueret opsporing og fastholdelse af målgruppen. Evalueringen viser, at en systematisk og målrettet visitering er nødvendig for at nå den rigtige målgruppe. Der peges også på, at der skal være tid til en personlig, fordomsfri og konstruktiv kontakt med de gravide og deres partner for at skabe tillid og relationer, så kommende forældre ønsker at deltage i de tilbudte ydelser for udsatte gravide samt at det er centralt at vise imødekommenhed og vedholdenhed for at fastholde den gravide i tilbuddet. Udnyttelse af de teknologiske redskaber (fx sms og Facebook-grupper) medfører oftere kontakt med kvinderne og faciliterer dermed følelsen af at blive set af hhv. sundhedspersonale og andre udsatte gravide. Noget kunne tyde på, at teknologiske værktøjer kan bidrage til at fastholde deltagere. Dette potentiale er dog fortsat underbelyst.

5.2 Sundhedsplejens ydelser til de sårbare gravide, børn og familier

Når kommunerne identificerer en familie som en, der har brug for ydelser, der rækker ud over kommunens universelle ydelser, omtales familierne som behovsfamilier. Behovsydelser, eller i daglig tale ofte betegnet som behovsbesøg, defineres i spørgeskemaundersøgelsen som hjemmebesøg eller kontakter udover kommunens universelle sundhedsplejeydelser.

Omfanget af familier med særlige behov, udover hvad der kan rummes i de universelle ydelser, de såkaldte behovsfamilier, er derfor tæt relateret til den enkelte kommunes servicetilbud. Det har på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen ikke været muligt at estimere det præcise omfang af ydelser udover de universelle, da det har været vanskeligt for en del af respondenterne at angive, hvor stor en andel af gravide og familier, der har modtaget en indsats ud over kommunens generelle tilbud.

De efterfølgende interviews med kommunerne viser, hvilke ydelser kommunerne råder over.

Behovsbesøg: Alle kommuner, der deltog som interviewkommuner, tilbyder hjemmebesøg til familier med særlige behov.

Sundhedsplejen i kommune C forklarer, at behovsbesøg kan bedre problemer og udfordringer hos børn og deres familier:

"Og nogle kræver lidt tæt opfølgning måske flere graviditetsbesøg. Også efter vores egen profil [servicetilbud], de behovsbesøg vi nu kan yde, og så kan det være det."

Behovsbesøg er en forebyggende indsats, som sundhedsplejen jf. sundhedslovens bestemmelser skal tilbyde.

Lederen af sundhedsplejen i kommune H fortæller, at sundhedsplejerskerne har overvejende faglig frihed til at tilbyde behovsbesøg til behovsfamilier:

”Vi har ingen retningslinjer for det, men jeg ved, at i og med at sundhedsplejerskerne vurderer, at hvis der er et behov for at komme derud, så skal de ikke nødvendigvis ind og spørge mig. Altså, der er meget faglig frihed, og det eneste vi har snakket om, det er der, hvor der måske er ti behovsbesøg, at der skal de være bedre til; ’Er det nu mig, der skal være her, eller skal jeg ind og have fat i en anden.’”

Eksempler på andre ydelser til sårbare end hjemmebesøg

En del kommuner har en palet af gruppetilbud og forældreuddannelseskurser, der tilbydes alle familier – også sårbare familier. Fælles for de fleste tilbud er, at det kan være svært at fastholde sårbare familier. De undlader ofte at møde op. En del kommuner skriver også, at familier med anden etnisk baggrund end dansk kan være svære at fastholde.

Kommunerne beskriver mulige barrierer for sårbare familiers deltagelse i tilbud, som at familien føler sig anderledes end de andre deltagere, at familien ikke føler de kan leve op til det, der forventes af dem samt sproglige vanskeligheder.

Fremmende faktorer for deltagelse kan i følge kommunerne være, at de øvrige deltagere har samme problematikker som den sårbare familie, at den sundhedsplejerske som faciliterer mødet, er en person, som familien er tryk ved, og at mødet forgår på ”neutral grund”.

Nedenfor beskrives en række forskellige tilbud med henblik på at vise bredden af ydelser til sårbare og udsatte familier.

Efterfødselsreaktioner: Sundhedsplejen i kommune E tilbyder et gruppeforløb til mødre med efterfødselsreaktioner. Disse mødre opspores ved hjælp af screeningsmetoden EPDS. Det er mødrenes egen praktiserende læge, der skønner, om de kan profitere af gruppeforløbet. Gruppeforløbet foregår sammen med 6-8 andre kvinder. Gruppemøderne faciliteres af to sundhedsplejersker og forløber over et kvartal. De to sundhedsplejersker har en sundhedsfaglig baggrund suppleret med en kognitiv uddannelse. I gruppeforløbet er der fast supervision af en specialiseret småbørnspsykolog.

Sundhedsplejen i kommune G har et gruppetilbud til mødre med efterfødselsreaktioner, som opspores gennem deres sammenskrevne EPDS-Gotland skema. Dette gruppeforløb strækker sig over syv gange, hvoraf forløbet afsluttes med en fælles gruppegang, hvor mødrenes partner er med. Det er et lukket gruppeforløb sammen med to sundhedsplejersker, hvoraf den ene har suppleret med en NLP-coach uddannelse, og den anden har suppleret med en KEMPLER familie- og psykoterapeut uddannelse.

I sundhedsplejen i kommune H har de flere forskellige tilbud. De tilbyder, som andre af interviewkommunerne, et gruppetilbud til mødre med efterfødselsreaktioner. Gruppeforløbet tilbydes i et samarbejde med et familiebehandlingstilbud. Forløbet strækker sig over otte gange, og faciliteres af en sundhedsplejerske og en familiekonsulent. Hver gruppe er sammensat af 4-6 mødre med børn i alderen 0-1 år. Gruppeforløbet er et åbent forløb, hvor der løbende kan kom-

me nye mødre til. Hver kvinde får tilbudt en indledende individuel samtale og seks gruppesamtaler. Hver gruppesamtale forløber sig over to timer i tidsrummet fra 9.30-11.30. Dette gruppetilbud er ikke baseret på egentlig terapi men er et samtaleforløb.

Forældreuddannelse som universelt tilbud: Sundhedsplejen i kommune H tilbyder Familieiværksætterne, men påpeger, som den eneste interviewkommune, visse udfordringer ved Familieiværksætterne som koncept, der tilbydes alle familier:

”Vi har udfordringer på grund af, at vi er sådan en udkantskommune. En lang geografisk kommune, og det er oftest sådan, det hænger tit sammen med de socioøkonomiske udfordrede og at være udsat. De har som regel heller ikke bil til rådighed. Og vi har det kun herinde i huset, og hvis man kommer fra [bynavn], så er der altså 40 km. Og busserne hænger ikke sammen på tværs.”

Yderligere kræver forældreuddannelseskonceptet, at deltagerne reflekterer og aktivt medvirker i forskellige øvelser, hvilket også kan være en udfordring for netop denne gruppe forældre:

”De kan ikke, fordi de kan slet ikke reflektere, sådan som konceptet lægger op til, og som de andre forældre kan. Og på den måde så kan de jo mærke og se og føle, at de er anderledes og så trækker de sig. Så det er en udfordring [...] konceptet jo er skruet sammen til den der normale gruppe, tænker jeg lidt. Så skal man i hvert fald have så mange, at man kan lave et hold for dem selv, men det er også en udfordring, for det betyder, du stigmatiserer dem.”

Hvis ikke mødrene ønsker eller kan deltage i Familieiværksætterne, tilbyder sundhedsplejen i kommune H et gruppetilbud til unge mødre. Dette er i opstartsfasen i et samarbejde med Mødrehjælpen. Men her oplever kommunen samme problemer med konstruktionen af gruppetilbudene:

”Der skal de virkelig kunne reflektere over hvad de gør, og hvad de har set og hvordan de kunne ændre og sådan noget. Så her kan de allermest sårbare heller ikke være med.”

Forældreuddannelse for sårbare gravide: I sundhedsplejen i kommune G har de et igangværende satspuljeprojekt, som afsluttes 31. december 2017. I dette satspuljeprojekt har de forældreuddannelsesforløb. Målgruppen er sårbare gravide, der opspores først hos lægen, dernæst til nakkefoldsscanning hos jordemoderen efter Anbefalinger for svangreomsorgens niveau 3. Denne forældreuddannelse løber over syv kursusgange, hvoraf den sidste foregår, efter barnet er født. De fortæller om resultatet af deres egen evaluering af forældreuddannelseskursus:

”Vi gør det, at når barnet er en otte-ti måneder, så evaluerer vi igen. Og det er ikke noget projektet beder os om. Det er for at så jamen virker den her indsats, hvis vi går ind og kategoriserer en gravid mor som niveau 3, jamen hvor er hun så henne, når barnet er otte-ti måneder. Og der oplever vi, at over 80 pct. faktisk er flyttet sig op til ja, det vi så kalder niveau 1. Altså en normal familie, som kan rummes i den ordinære sundhedspleje.”

De forældre, der deltager på dette forældreuddannelseskursus, er ofte dem, kommunen betegner som gråzonefamilierne, plus de meget sårbare, som de forklarer møder troligt op. Kurset tilbydes den visiterede gravide og hendes partner. Parret visiteres derfor ud fra, om den gravide kategoriseres som niveau 3 jf. Anbefalinger for Svangreomsorgen.

Den gravides partner profiterer og deltager aktivt i kursusgange:

”Mange af dem er sådan lidt mere bramfrie sådan, altså man kan sige, at kvinder sidder sådan lidt mere altså i starten jo, sådan lidt mere stille, og mændene de tør lidt mere. Så det giver noget til gruppen helt sikkert, at de er med. [...] Det synes de fleste er meget fedt, at de kan gå til noget sammen.”

I samme satspuljeprojekt er der et samarbejde med en psykolog, hvor sundhedsplejen kan henvise kommende forældre til et par samtaler:

”Vi har rigtig mange, der taler med psykologen nogle ganske få gange. Man kan sige, det giver jo en ro i graviditeten også, som jeg tænker, kommer rigtig godt ud på den anden side.”

Unge mødre:

Tværfaglige indsatser: Sundhedsplejen i kommune C tilbyder Ambulant Forældrekompetence Observation og Støtte (AFKOS), som er en tværfaglig foranstaltning, som sundhedsplejen leverer sammen med døgninstitution. Denne foranstaltning skal bestilles af Familierådgivningen. Den indebærer, at en sundhedsplejerske og en pædagog i en afgrænset periode dagligt besøger en familie to timer om ugen i ni uger. Det er en foranstaltning, hvor der observeres på forældre-evner og varetagelse af almen omsorg. Resultaterne af observationen afrapporteres i ICS, der er et redskab udviklet af Socialstyrelsen til afrapportering af børnesags-undersøgelser, og observationen kan danne grundlag for, om barnet skal forblive hos sine forældre eller bør fjernes. De fortæller om effekten af denne ydelse:

”Altså 80 pct. fortsætter med lettere familiekonsulent, fordi der er nogle af de her forældre, der jo har behov for at blive kompenseret, måske hele barnets barndom for at de kan beholde barnet hjemme, og så de kan være gode nok forældre, så kan barnet godt vurderes og kunne udvikle sig og trives i det. Og så har vi måske 15 pct., som går til almindelig behovssundhedspleje, så har vi kun en enkelt ud af dem, som skulle have et døgnophold.”

Sundhedsplejen i kommune H har en fast sundhedsplejerske tilknyttet et familiebehandlingstilbud, der er med til at vurdere kontakten til barnet:

”Det skaber også en mere målrettet tværfaglig indsats, sådan når man er sammen om det. På den måde er det rigtig godt.”

Sundhedsplejerskens rolle er at hjælpe, vise og støtte forældre i deres forældreskab:

”Det der, med at være sammen med dem i længere tid, og hjælpe dem til den der ændrede adfærd eller kompetence, indlæring af et eller andet. Det gør en forskel. Og det kan du ikke nå på de der korte besøg, fordi det oftest bliver sådan vejledende besøg.”

Kommune G har også et tværfagligt gruppetilbud til unge mødre. Tilbuddet er jobrelateret og her indgår både jobcentret, uddannelsesvejledningen, socialrådgiver og sundhedsplejen.

Samarbejde med frivillige: Sundhedsplejen i kommune E har et samarbejde med Mødrehjælpen, hvor sårbare gravide med kort eller ingen uddannelse og ingen tilknytning til arbejdsmarkedet visiteres til et gruppeforløb hos Mødrehjælpen. Dette forløb er hver uge i 42-52 uger, hvor

sundhedsplejen leverer sundhedsplejetimer, jordemodertimer og familiebehandlingstimer. De mødre, der visiteres til tilbuddet, kategoriseres som sårbare, og der fokuseres udover sundhed og trivsel også på mødrenes uddannelses- og arbejdsmarkedssituation.

Standardiserede metoder: Som den eneste interviewkommune tilbyder sundhedsplejen i kommune H Circle of Security (COS-p). Dette er et gruppeforløb af otte gange som tilbydes forældre, der ønsker et bedre samvær og samspil med deres barn. Deltagerne er primært forældre, der har svært ved at aflæse barnets behov:

”Også i den måde de taler om barnet på, om de tillægger barnet mere end et barn kan tillægges. Så tænker vi, at det ville være godt for tilknytningen, at de får lidt mere refleksion omkring deres egen forælderrolle i forhold til barnet og til at tilfredsstille barnets behov.”

I dette gruppeforløb formidles viden om tryghedscirclen, og der bliver vist video om forældre-barn situationer, som der efterfølgende snakkes om. Gruppeforløbet forløber sig over otte gange af to timers varighed og foregår i tidsrummet kl. 13-15.

Andet: Som den eneste interviewkommune tilbyder sundhedsplejen i kommune H Tvilling- og Omsorgshjælpere, hvis oprindelige formål var at yde hjælp til de, der venter tvillinger eller trillinger, men som ofte også anvendes til de sårbare og udsatte forældre. Tvillinge- og Omsorgshjælpere er pensionerede kvinder:

”Vi bruger dem faktisk tit til de sårbare, ... enten en ung mor, der ikke har noget med sig hjemmefra i forhold til at hjælpe hende med at få struktur på dagen, eller hvis hun føder inden hun skal til niendeklasses afgangseksamen. Så for at hjælpe hende igennem uddannelsen og få afsluttet sin niendeklasse, så sætter vi dem på, om det så er tre måneder til og komme og køre med barnet, hjælpe med at få styr på flaskerne, vaske tøj.”

6 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

6.1 Opsummering

Langt de fleste kommuner har et eller flere tværfaglige fora, der arbejder med sårbare gravide, børn og familier. 97 pct. af kommunerne svarede ja til det spørgsmål i VIVE's spørgeskemaundersøgelse.

Ingen kriterier for hvornår, men for hvordan

Størstedelen af de kommunale sundhedsplejeordninger anvender ikke fastlagte kriterier for, hvornår en familie har brug for en tværfaglig indsats. Langt de fleste sundhedsplejeordninger indgår i et samarbejde med jordemødre, børne- og familiesagsbehandlere og psykologer. I hovedparten af de sundhedsplejeordninger, der deltog i VIVE's interview, indgår både ledere og medarbejdere i de tværfaglige grupper, og de anvender retningslinjer for dette tværfaglige samarbejde.

Tæt fysisk placering fremmer samarbejdet

Interviewkommunerne peger særligt på betydningen af den fysiske placering af samarbejdspartnere. En tæt fysisk placering er med til at fremme det tværfaglige samarbejde og deres arbejds-gange. De små tværfaglige grupper fremmer indsigten i hinandens arbejde og arbejdsmetoder. Yderligere giver fælles sprog samarbejdspartnere imellem en fælles forståelse for arbejdet omkring og med børnene og deres forældre.

I samarbejdet om børnene og deres forældre er det særligt vigtigt, at en socialrådgiver kan indgå i en rådgivende funktion som sparring til sundhedsplejersken i forhold til at vælge den bedst mulige tidlige indsats. På samme måde kan små tværfaglige grupper belyse problematikken i en bredere sammenhæng, fordi der ofte indgår flere fagligheder.

Vigtigheden af dialog på tværs understreges for, at det tværfaglige samarbejde skal lykkes. Her-til anvendes fx tværfaglige metoder som Familiedialog og ICS-metoden til at optimere den tværgående kommunikation.

Samarbejde med sundhedssektoren og dagtilbud

Kommunerne påpeger et ønske om at forbedre samarbejdet med de praktiserende læger og sygehusene, som enkelte steder er afprøvet med gode erfaringer. Et tværfagligt samarbejde med dagtilbud kan fremme tidlig opsporing af sårbare børn. Endeligt gentages det, at den rette organisatoriske placering og et fælles børnefagligt sprog fremmer det tværfaglige samarbejde om børn og deres familier.

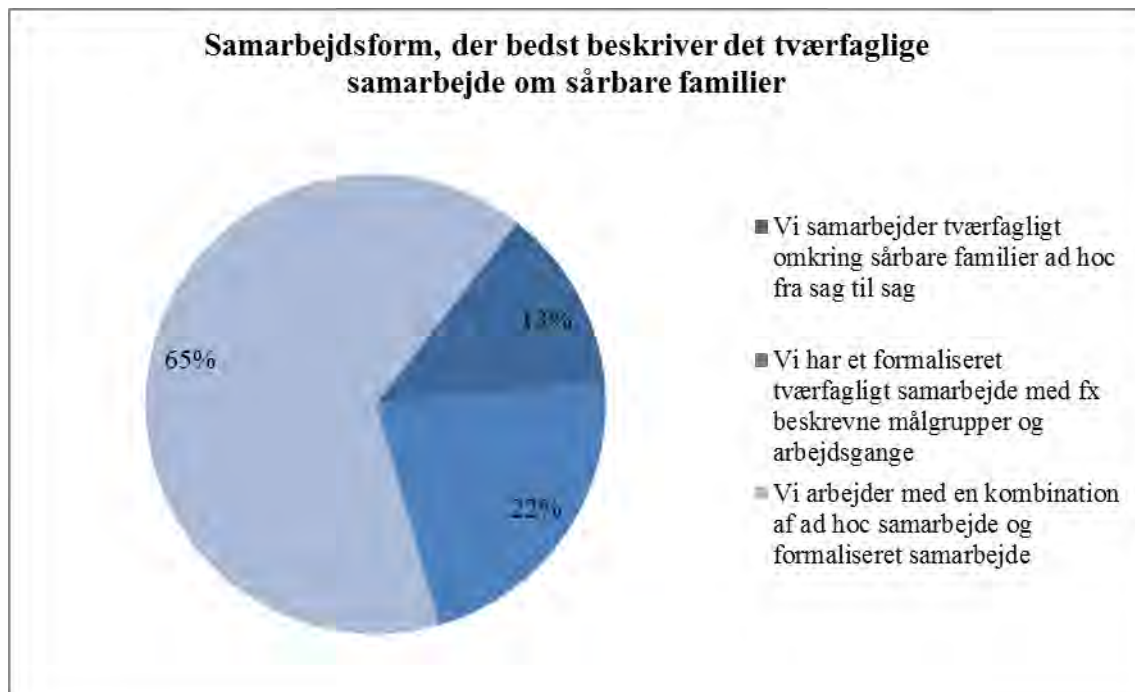
Over halvdelen af de kommunale sundhedsplejeordninger samarbejder med dagtilbud om alle børn, viser spørgeskemaundersøgelsen fra SIF. Hovedparten af samarbejdsforholdene anvender ikke fælles kriterier til beskrivelse af barnets sundhed og trivsel. Tre af interviewkommunerne ønsker et bedre samarbejde med dagtilbud med fokus at gøre barnets overgang til dagtilbud bedst muligt. To af interviewkommunerne har en samarbejdsaftale med dagtilbud, hvor sundhedsplejersken kan deltage i barnets opstartsmøde i dagtilbud. Med fokus på overgangen til dagtilbud kan kommunikationen og videreformidling af information om børnene blive bedre.

6.2 Eksisterende tværfaglige fora om sårbare familier

Ifølge § 15 i bekendtgørelse 1344 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge skal kommunerne oprette en eller flere tværfaglige grupper for at tilgodese børn og unge med særlige behov. Ifølge bekendtgørelsen skal de tværfaglige grupper sikre, at det enkelte barns udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægelig, social, pædagogisk, psykologisk eller anden sagkundskab.

I VIVE's undersøgelse er kommunerne blevet bedt om at svare på, om de har et eller flere tværfaglige fora, der vedrører sårbare familier (tabel 6). Det svarer 72 kommuner ja til og to kommuner nej til. Det vil sige, at 97 pct. af kommunerne opfylder § 15 i bekendtgørelse 1344.

Kommunerne svarede også på, hvilken samarbejdsform, der bedst beskriver det tværfaglige samarbejde om sårbare familier i deres kommune. Som det fremgår af nedenstående figur, sva-



rer størstedelen, (65 pct.), at en "kombination af ad hoc samarbejde og formaliseret samarbejde" bedst beskriver deres tværfaglige samarbejde med sårbare familier, hvor 22 pct. svarer, at de har et "formaliseret tværfagligt samarbejde med fx beskrevne målgrupper og arbejdsgange", og 13 pct. svarer, at de "samarbejder tværfagligt om sårbare familier ad hoc fra sag til sag".

Fig. 1. Socialforvaltningernes svar på, hvilken samarbejdsform, der bedst beskriver den, de arbejder med [2].

6.3 Socialforvaltningernes inddragelse af sundhedsplejen

I VIVE's spørgeskemaundersøgelse blev kommunerne bedt om at vurdere socialforvaltningernes inddragelse af sundhedsplejen. Vurderingen blev foretaget ved at svare på tre forskellige fremsatte udsagn med et ja, nej eller ved ikke.

Tabel 5 viser, at udsagnet ”Sundhedsplejen har et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen” vurderes med et ”Ja” af 62 pct. af de kommuner, der har svaret og med et ”Nej” af 5 pct.

Tabel 5. Kommunerne fordelt på vurdering af givne udsagt. Antal og procent [2].

Vurdering af udsagnet: <i>Sundhedsplejen har et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen</i>	Antal	Procent (n=74)
Ja	61	62
Nej	4	5
Ved ikke	9	16
I alt	74	

Tabel 6 viser, at udsagnet ”Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn” vurderes af 56 pct. af kommunerne med et ”Ja” og med et ”Nej” af 12 pct.

Tabel 6. Kommunerne fordelt på vurdering af givne udsagn. Antal og procent [2].

Vurdering af udsagnet: <i>Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn</i>	Antal	Procent (n=74)
Ja	55	56
Nej	9	12
Ved ikke	10	14
I alt	74	100

Tabel 7 viser, at det sidste udsagn, ”Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen”, vurderes af 66 pct. af kommunerne med et ”Ja”, og af 25 pct. med et ”Nej”.

Tabel 7. Kommunerne fordelt på vurdering af givne udsagn. Antal og procent [2].

Vurdering af udsagnet: <i>Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen</i>	Antal	Procent (n=74)
Ja	49	66
Nej	18	25
Ved ikke	7	9
I alt	74	100

I SIF's spørgeskemaundersøgelse blev der spurgt ind til, hvordan kommunerne organiserer og tilrettelægger samarbejdet i og med de tværfaglige teams. Af undersøgelsen fremgår det, at 38 kommuner har fastlagte kriterier for, hvornår gravide, børn og familier har brug for en tværfaglig indsats, mens 58 kommuner ikke har sådanne kriterier.

Ud af de 38 kommuner med fastlagte kriterier anvender 21 kommuner kriterier med retningslinjer for viderevisitering til andre faggrupper, mens de resterende 17 kommuner anvender kriterier for, hvornår en familie har brug for tværfaglig indsats, men ikke specifikt er retningsgivende for viderevisitering.

Det er primært jordemødre, børne- og familiesagsbehandlere, psykologer, familierådgivere og pædagoger, der indgår i faste tværfaglige samarbejdsrelationer med sundhedsplejen. Derudover samarbejdes der med tale- hørekonsulenter, ergoterapeuter, specialpædagoger m.fl..

6.4 Brug af tværfaglige metoder i samarbejdet

En oversigt over kommunernes brug af tværfaglige metoder til kategorisering af sårbare gravide, børn og familier (tabel 8) viser, at 33 kommuner alene anvender sundhedsplejerens kliniske vurdering. Ud af dem kommenterer tre kommuner, at de er ved at udarbejde en tværfaglig metode, mens to kommuner giver udtryk for, at de har et ønske om at udvikle en fast tværfaglig metode.

Af de 16 kommuner, som angiver, at de anvender andre tværfaglige modeller end de fire modeller, som fremgår af skemaet, har fem kommuner beskrevet, at de i kommunen selv har udviklet en tværfaglig model til kategorisering, to kommuner angiver, at de anvender ADBB, og to kommuner angiver, at de anvender Sundhedsstyrelsens svangreomsorgens niveauinddeling.

Tabel 8. Kommunernes brug af tværfaglige metoder til kategorisering af sårbare gravide, børn og familier, antal kommuner. (n=96) [1].

Anvender alene kliniske vurderinger	33
Børnelinealen	32
Tidlig opsporingsmodel udarbejdet af KORA	13
ICS	5
Kriterier for kategoriseringen er skriftligt udarbejdet i kommunen	17
Anden tværfaglig model	16

I langt de fleste kommuner deltager både medarbejdere og ledere i de tværfaglige grupper. Det gør sig gældende i 58 kommuner. Mens det i 30 kommuner kun er medarbejderne, der deltager. I tre kommuner er det kun ledere, og to af kommunerne har slet ingen tværfaglige grupper.

To eksempler på tværfagligt anvendte metoder

Af interviewene fremgår det, at de kommuner, der benytter sig af tværfaglige metoder, ofte anvender dem forskelligt og på tværs af metoderne. Nogle kommuner har udviklet deres egen platform til at kommunikere om familierne på tværs af faggrupperne.

Familiedialog

Sundhedsplejen i kommune F anvender en tværfaglig elektronisk kommunikationsplatform, de kalder Familiedialog:

”Familiedialog, det er mere en elektronisk kommunikationsplatform, hvor forældrene er med, og som man simpelthen opretter på det enkelte barn, og så inviterer man de fagpersoner ind, som er relevant for det her barn og den her familie. Og så har man både det elektroniske, hvor familien kan se, hvad der bliver skrevet, og hvad der er, og hvor alle kan gå ind og skrive om barnet. Det kan de [forældrene] også. Det er det, der er udgangspunktet for møderne, så man har en fast dagsorden til møderne ud fra det her.”

Denne Familiedialog er implementeret i det seneste år, og de fagligheder, der anvender systemet, skal uddannes til det. Det er fx personale i dagtilbud, skoler og sundhedsplejersker.

De fortæller yderligere, at Familiedialogen er et redskab, som anvendes forebyggende:

”Så det er, hvor forældrene giver samtykke til, at man kan samarbejde om den her problematik, som der nu kan være i forhold til børnene. Ja, man kan løfte nogle forskellige problematikker ind. Men den kom i forhold til de socialfaglige vejledere, der blev ansat i kommunen, der er det jo lidt sammen med dem, for det er dem, man kan invitere med ind i Familiedialogen. Man kan ikke have en Familiedialog med en sagsbehandler, hvis der er en sag på børnene, så kan man ikke have en Familiedialog. Det er til gråzonebørnene. Men så valgte man så her i kommunen at have tre socialfaglige vejledere, og de arbejder på det forebyggende plan som socialrådgivere, og dem kan man så invitere med ind i Familiedialogen. Jeg kan også godt lave den bare med en fysioterapeut, ergo eller et eller andet. Men der hvor man kan det, er på det forebyggende plan, inden at børnene er blevet en børnesag. Der kan man prøve at arbejde med dem, og det der jo er i Familiedialog, det er lidt det der med, at alle ved, hvad der sker.”

Et vigtigt aspekt af Familiedialogen er, at samtlige fagligheder, der er inviteret med i dialogen, kan følge hele processen og målsætningerne omkring det pågældende barn:

”Det der er planen med det, det er, at hvis jeg laver en indsats på det her barn, så har man en forventning om, at jeg skriver i Familiedialog, at jeg arbejder med det og det og det. Så kan de andre se, hvad det er, så alle ved, hvad der ligesom sker i dialogen med forældrene. Og man laver nogle mål i den her Familiedialog. Hvad er det for nogle mål, vi tænker, der kunne være relevante at arbejde med. Og så tager man et af punkterne, og så er det, det vi arbejder med. Du gør det, jeg gør det og bum bum bum. Og så kan man efterfølgende lave nogle evalueringsmøder, hvor man tager den op og så lave et nyt mål, hvis ikke det er opfyldt. Så det er ligesom sådan et arbejdsredskab til at sammenholde data, så alle ved, hvem det er, også PPR kunne være der. Fysio og ergo kan være der, så er der nogle der tager sig af det, så behøver jeg jo ikke tage mig af det, så kan jeg godt arbejde med nogle af de andre ting. Fordi det er et arbejdsredskab for os alle sammen.”

Yderligere fortæller sundhedsplejen i kommune F, at Familiedialog bruges i sammenhæng med kategoriseringsredskabet, Børnelinealen, samt at det er en handlingsorienteret og fremadrettet arbejdsredskab:

”Så er det hægtet op omkring Børnelinealen, hvordan scorer man det her barn på Børnelinealen. Hvordan scorer forældrene det her barn. De skal være med i møderne. Det er dem, der er omdrejningspunktet. Det er en måde at få forældrene til at være mere aktive i samarbejdet omkring barnet. Det er meget handlingsansvarligt, så der også står, at forældrene er ansvarlige for det og det, så det ikke kun er fagpersonerne, der står for noget, så der også er noget forældrene er ansvarlige over for. Det er et meget fremadrettet arbejdsredskab. Det er det, der er problematikken, at hvem gør hvad.”

Kommune F eksemplificerer, hvordan Familiedialogen kan anvendes i praksis:

”Det kunne for eksempel være, at jeg var ude i et 18-månedersbesøg, og at jeg synes, at der er nogle sproglige barrierer med det her barn. Så kunne jeg reelt vælge at oprette en Familiedialog på barnet, og at invitere dagplejen med, den socialfaglige vejleder, hvis jeg synes, det kunne være relevant, at der var nogle, der skulle følge op på det, og så talepædagogen. Og så kunne man sige, så har jeg oprettet den, men så er den måske ude af mit felt, så kunne jeg reelt overveje at give den videre til dagplejen, så det er dem, der er tovholder. Men så har jeg ligesom dokumentation på, at jeg har gjort noget, og så kan jeg ligesom sige, ja nu er det dagplejen og så er de ansvarlige og de kan reelt ikke lukke den før, der er sket noget i den problematik her.”

Integrated Children’s System (ICS)

Sundhedsplejen i kommune F anvender også redskabet ICS, hvor de i systemet skriver en status om en familie, som socialrådgiverne derefter får adgang til. Det er et metoderedskab, som fremmer sundhedsplejens samarbejde med socialrådgiverne:

”Det gør også noget for tingene i et samarbejde. Vi kender til hinandens metoder, tænker jeg. Og der har vi gået meget ind i også at prøve og lære at kende den der ICS-metode, som rådgiverne beder os om, fordi vi går ind i deres, lige som de siger, de bruger jo ICS’en, det havde jeg slet ikke tænkt på at sige, men nu alligevel ICS’en, den bruger de jo i forhold til deres børnefaglige undersøgelser. Så de tager jo sundhedsplejerskernes ord fuldstændig for gode varer selvfølgelig. Den faglige vurdering, den står inde i ICS’en, for den kan de putte direkte ind i en børnefaglig undersøgelse, som de siger. Så på den måde er der simpelthen en rød tråd i, når de indhenter oplysninger. Det synes jeg, er et super godt samarbejde, når man kan have den tænkning. Vi går ind i deres arbejdsmetode, som de så tager med videre direkte ind i deres børnefaglige undersøgelse.”

6.5 Interviews - Det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde

I SIF’s interviewundersøgelse omtaler særlig tre kommuner forskellige former for tværsektorielt samarbejde, der understøtter familien i graviditeten: samarbejde med jordemødrene, tværfagligt gravidteam og mulighed for inddragelse af en familiekonsulent eller socialrådgiver.

Den fysiske placering

Sundhedsplejen i kommune E fortæller, hvordan den fysiske placering af jordemødre og sundhedsplejen influerer på familierne i overgangen fra jordemorkonsultation til konsultationer i sundhedsplejen:

”En pointe i alt det her, tænker jeg bare lige. Altså hvis man gik hen ad gangen, hvor (teamleder) hun huserer til dagligt, så er det både sundhedsplejersker og jordemødre, der har deres konsultationer [...] Altså vi er fysisk flyttet sammen for et år siden. Det betyder rigtig meget for rigtig mange ting.”

De forklarer yderligere fordelene ved, at de fysisk er placeret samme sted:

”Forældrene kommer ind til konsultation, og det gør de jo 5-7 gange, fordi de har gået til jordemor, så har de siddet i et venteværelse ved siden af en familie med et spædbarn, som er på vej til sundhedsplejersken. Så det er jo normen fra første gang, de kommer ind og er gravide. Så kan de se. Det er den her adresse. Det her venteværelse, de skal blive ved med at komme i. Det er jo også en del af tankegangen med at gøre det i første omgang. Det tror jeg også letter den der ændring til; ’Når nej, jamen det kan jeg se, det er det alle andre gør, så selvfølgelig gør jeg det også.’”

Sundhedsplejen i kommune H fortæller, at den fysiske placering af samarbejdspartnerne har en væsentlig betydning for samarbejdet med jordemødrene om rekruttering af gravide til Familiesamtalen:

”Jordemødrene hjælper med at få folk til at sige ja til det her (Familiesamtale), og de kommer over med navnene [på de gravide], fordi når vi bor tæt, så er det jo meget nemt.”

Graviditetsteam giver indsigt på tværs af faggrupperne

Sundhedsplejen i kommune G fortæller, hvordan deres tværfaglige Gravidteam har resulteret i, at de fagligheder, der indgår i dette, har fået kendskab til hinandens arbejde og arbejdsmetoder:

”Jeg vil sige, vores tværfaglige gravidteam, gør jo, at vi får indblik i hinandens verdener. Tit går man hjem med en opgave. Og det er rigtig, rigtig godt, fordi det letter samarbejdet på tværs altså både tværfagligt og tværsektorielt. Så på den måde så tror jeg, sproget kommer der.”

Yderligere uddyber de følgende om kendskabet til hinandens arbejde:

”Jeg anede jo nærmest ikke noget om, hvordan noget fungerede inden. Så man bliver da kloge-re. Jeg synes også, at det giver en større forståelse af, hvor vigtigt det er, at det er sundhedsplejen, der får informationerne at arbejde videre med. Hvor jeg tror, at mange jordemødre har lidt den der; ’Det er jo os, der er de vigtige. Det er jordemødrene, der er de vigtige, fordi graviditeten er så vigtig og fødslen er så vigtig.’ Men jeg tror bare, det er den jo også, det er et rigtig godt grundlag, men det er altså det, der sker bagefter, der er det allervigtigste, tænker jeg. For det er jo sundhedsplejen, der kommer til at følge familierne.”

Sundhedsplejen i kommune G fortæller følgende om, hvilke personer, der indgår i deres Gravidteam:

”Det er ikke nødvendigt at have ledere med, forstået på den måde, at det er dagligdagen, vi diskuterer. Det er noget andet, hvis det er, at der skal tages beslutninger, så er det klart, så involverer man lederen. Lederen af sundhedsplejen bliver inviteret med, når det kan lade sig gøre, at hun kan være her, fordi også for at få et indblik i, hvad det egentlig er for nogle familier, vi sidder med. Hvordan ser niveau 3 ud, og hvad er det for nogle problemstillinger, vi sidder med og hvordan løser man dem tværfagligt og tværsektorielt.”

I sundhedsplejen fortæller de, at det er sundhedsplejen, der er primus motor i Gravidteamet og som følger op på de pågældende problemer i familierne.

Inddragelse af familiekonsulenter og socialrådgivere

Sundhedsplejen i kommune H fortæller om deres tværfaglige samarbejde om de gravide, hvor sundhedsplejen har mulighed for at inddrage en familiekonsulent eller en socialrådgiver:

”Vi har fået det i forhold til de gravide, at vi kan få hidkaldt, tage en familiekonsulent eller en socialrådgiver med. Det er jo virkelig fint, fordi sundhedsplejerskerne kan være rigtig usikre på, hvad er det, og hvad handler det her om, hvad hjælp kan vi tilbyde. Og vi har jo ikke, selvom jeg synes, vi begynder også at have noget på hylden, vi kan tilbyde, så kan vi ikke lige give den der helt individuelle del.”

Sundhedsplejen i kommune H påpeger i interviewet, at samarbejdet med enten en familiekonsulent eller en socialrådgiver er betydningsfuld, da disse kan give sparring på familiernes problematikker samt hvilke indsatser, der eventuelt ville kunne gavne de pågældende familier bedst.

Sundhedsplejen i kommune E forklarer vigtigheden af, at en socialrådgiver kan indgå i en rådgivende funktion i sundhedsplejen:

”Hele den vurdering af, hvornår er noget en underretning, og hvornår er det ikke, der har vi altså bare det stærkeste kort i en socialrådgiver, som kan være med til at vurdere det.”

Myndighed, inddragelse og koordinering

Dialog og en koordinering af ansvarsområder er vigtige parametre at få på plads, hvis samarbejdet omkring de sårbare og udsatte familier skal fungere optimalt. Gør det ikke det, ender det ofte i frustration.

Sundhedsplejen i kommune F giver et eksempel, hvor både en børnerådgiver, en pædagog og sundhedsplejen er involveret i en familie, men hvor den tværfaglige dialog mangler:

”Jeg har skrevet en underretning. Den handler en børnerådgiver på, og så ringer jeg og spørger, hvordan og hvorledes, og jeg synes ikke, handlingen er rigtig. Det er min holdning, så det er jo noget andet. Men så kommer der en anden underretning fra et andet sted på samme familie. Så bliver der sat en pædagog ind, men det får jeg ikke at vide. Og så kommer pædagogen med en konklusion, hvor jeg tænker, den konklusion ville have været anderledes, hvis vi havde haft dialogen. Så på den måde tænker jeg, der er flere forskellige (fagligheder) der agerer i denne familie, men der er ikke dialog på tværs. Jeg synes ikke, der er helhed i det altså, så den ene synes dét her, den anden synes dét her og den tredje synes dét her. Der kommer ikke noget helhed i det fordi dialogen ikke er der på tværs.”

Yderligere forringes resultatet af, at de respektive fagpersoner ikke har et fælles mål at arbejde hen imod, når det handler om løsningen af en problemstilling hos en familie:

”Jeg tænker også fælles mål, for hvad er det egentlig vi gerne vil? Og jeg kan jo godt have en dagsorden, det tror jeg, jeg har skrevet, så det er tydeligt at læse, men så kommer der måske en pædagog ud i familien, som har en anden vinkel på noget. Og jeg er sikker på, at hvis vi satte os ned og talte sammen, så var vi sikkert ikke uenige. Men det bliver bare sådan lidt, hun fanger én ting, som hun arbejder med, og jeg synes, der var en anden ting, som jeg synes, der skulle arbejdes noget mere med end jeg kan gøre. Jamen nogle gange bliver man jo lidt utroværdig, og nogle gange synes man ikke, at indsatsen er god nok. Familien kan jo også blive forvirret.”

Resultatet af ovenstående eksemplificering ender med, at familien afsluttes, når den problematik pædagogen beskrev i en underretning blev løst. På den anden side er den problematik, som sundhedsplejersken beskrev i sin underretning ikke løst. Den sundhedsplejerske skal derfor på ny foretage en underretning på samme familie for at få løst den problematik, hun ser i den pågældende familie, og den manglende faglige koordinering påvirker dermed kvaliteten af de hjælpe- og støtteforanstaltninger, der tilbydes børn og familier.

6.6 Organisering af det tværfaglige samarbejde

Både SIF og VIVE har undersøgt, hvilke fordele og udfordringer, der ligger i kommunernes måde at organisere det tværprofessionelle og tværregionale samarbejde på omkring målgruppen. Begge undersøgelser viser, at den organisatoriske placering udgør en vigtig ramme for den enkelte faggruppes arbejde og ikke mindst for det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde.

I fokusinterviewene i VIVE's undersøgelse beskriver interviewpersonerne nogle af de udfordringer og muligheder, der ligger i det. Mange af oplevelserne går igen i flere kommuner, mens andre er specifikke for en enkelt kommune i undersøgelsen. Deltagerne i fokusgrupperne havde ofte selv gode forslag til, hvordan deres udfordringer kan løses, ligesom de andre kommuners erfaringer rummer inspiration til mulige løsninger på udfordringer relateret til kommunernes organisering af det tværprofessionelle/tværsektorielle samarbejde.

6.7 Organiseringen af indsatsen

Den organisatoriske placering udgør en vigtig ramme for den enkelte faggruppes arbejde og ikke mindst for det tværprofessionelle samarbejde mellem faggrupperne, hvad enten det går på tværs af almen- og specialområdet eller af forskellige fagligheder i specialmiljøet. Tre af de fire kommuner i VIVE's fokusgruppeundersøgelse (kommune B, C og D) har organiseret sig sådan, at sundhedsplejen og sagsbehandlerne, der arbejder med udsatte børn og familier, ligger i samme overordnede søjle baseret på et livsfaseprincip. Både sundhedsplejersker og sagsbehandlerne er altså organisatorisk placeret i kommunens Børne- og Ungeforvaltning. En sådan placering kan understøtte en tidlig og sammenhængende indsats, fordi alt hvad der vedrører børn og unge hører hjemme i samme forvaltning.

VIVE har ikke kunnet konkludere alene på fokusgruppeundersøgelsen, at sådan en organisering giver de bedste muligheder for et velfungerende og tværfagligt tværprofessionelt samarbejde.

VIVE peger dog på, at det er værd at bemærke, at Kommune A, der fortæller om de største kommunikationsproblemer mellem social- og sundhedsområdet, samtidig er den eneste kommune i undersøgelsen, hvor sundhedsplejen er organiseret i en sundhedsforvaltning og ikke i kommunens Børn og Unge-forvaltning.

Kommunerne har typisk organiseret sig således, at der er et frontteam af sagsbehandlere, der tager sig af alle nye sager. Dette team vurderer, om sagen har en tyngde, så den skal videre til det team af sagsbehandlere, der foretager § 50-undersøgelser, eller om der snarere er brug for forebyggende foranstaltninger (SEL § 11). I dette tilfælde tager frontteamet sig ofte selv af sagen. Denne organisering betyder, at det ofte ikke er de samme sagsbehandlere, der sidder med de tungere børnesager og med de familier, der har problematikker af mere forbigående karakter og for hvem en forebyggende indsats vurderes at være tilstrækkelig. Man kan ikke ud fra denne organisering alene se, hvor fleksibelt og imødekommende samarbejdet mellem sundhedsplejen og familiesagsbehandlerne er i den enkelte kommune. I Kommune B oplever sagsbehandlerne fx frontteamets arbejde med at imødegå unødvendige underretninger og i stedet tilrettelægge § 11.3-forløb som velfungerende.

I Kommune A oplever både sagsbehandlere og sundhedsplejersker derimod, at kommunens frontteam ikke er gode nok til at håndtere sundhedsplejens og familiernes henvendelser. Sundhedsplejen ønsker at kunne hjælpe familierne ved at lave bløde henvendelser, hvor de kontakter kommunen sammen med en familie, uden at der skrives til underretning. Til deres frustration er forvisitationen i de fleste tilfælde begyndt at kræve underretninger, før de vil behandle henvendelsen. Dette opfatter sundhedsplejerskerne og de deltagende sagsbehandlere fra kommunens socialteam (dem, der sidder med § 50-undersøgelser og børnesager) som meget uhensigtsmæssigt i forhold til relationen til familien, der er hele grundlaget for at kunne rekruttere og fastholde familien.

6.8 Kommunikative udfordringer i det tværprofessionelle samarbejde

Selvom sagsbehandlere og sundhedsplejersker i vid udstrækning bruger samme sprog, når de skal beskrive udsatte og sårbare familier, viser interviewene imidlertid også, at der er nogle væsentlige forskelle i de to gruppers arbejdsgange og -opgaver, der kan udfordre den tværprofessionelle kommunikation og samarbejdet omkring familierne. Det er en udfordring i indsatsen for sårbare familier at skabe procedurer, tilbud og rammer for samarbejdet, der kan være med til at fremme, at sundhedsplejerske og sagsbehandlere kan forstå hinanden og finder hinandens løsningsforslag relevante.

Når misforståelser og interesseforskelle kan splitte faggrupperne ad, skyldes det ikke mindst, at sundhedsplejerskernes og sagsbehandlerne skøn af udsathed og graden af denne finder sted inden for meget forskellige rammer. Sundhedsplejerskens referenceramme er ”alle familier”, mens sagsbehandleren først kommer i kontakt med en familie, hvis den allerede er identificeret som ’muligt sårbar’ af fx sundhedsplejersken. Deres opgave er derfor typisk at undersøge familiens forhold og tage stilling til, om sundhedsplejerskens bekymring er berettiget, og hvordan kommunen evt. kan hjælpe familien ud fra serviceloven eller anden lovgivning. En klassisk konflikt mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere kan derfor være, at sundhedsplejersken ønsker at hjælpe familier med mindre alvorlige problemer, end sagsbehandlerne finder muligt eller rimeligt i henhold til servicelovens bestemmelser.

Fælles sprog, forskellige positioner

Fokusgruppeinterviewet i Kommune A indeholder eksempler på begge disse barrierer for en velfungerende indsats for målgruppen af sårbare gravide og børnefamilier; at sagsbehandlere ikke oplever, at sundhedsplejerskers underretninger er saglige og konkrete nok, og at sundhedsplejersker undlader at inddrage sagsbehandlerne i forhold til en familie, fordi de oplever, at omkostningerne ved en sådan kontakt overstiger fordelene. I forhold til forståelse fortæller den deltagende sundhedsplejerske i kommune A, at sagsbehandlernes leder har kritiseret nogle af sundhedsplejerskernes underretninger for at være for *”fristilagtige, søde og pusseussetagtige”*, og *”at det skal være meget mere konkret og faglig, sagligt begrundet, det man bekymrer sig om”*.

Kommune A's forståelsesudfordring vækker genkendelse i flere af de andre kommuner. Ledende sundhedsplejerske i Kommune C kæder udfordringen sammen med faggruppernes forskellige arbejdsopgaver i forhold til familierne. Hvor sundhedsplejerskerens referenceramme er alle familier, er sagsbehandlernes de *”tungeste”* familier, og de kan derfor have svært ved at tage sundhedsplejerskernes bekymringer alvorligt:

”Nogle gange har der været behov for at skulle oversætte bekymringsgraden, for det er klart, en sundhedsplejerske bekymrer sig langt tidligere, end man ville gøre typisk som socialrådgiver i en myndighedsafdeling. Og det er jo fordi, at der lander de tungeste sager, men hvor at man kan sige, at det er nok den udfordring, der har været, klassisk, men den synes jeg ikke, at vi har hos os [længere].”

Det store fokus på tværfagligt samarbejde og forebyggelse i Kommune C har ifølge sundhedsplejersken ledt til en høj grad af enighed og forståelse mellem faggrupperne i vurderingen af familierne. Et andet eksempel på en mulighed i forhold til at håndtere forståelsesbarrieren er, at man i Kommune B oplever det som en fordel for underretningernes klarhed, at den ledende sundhedsplejerske går alle underretninger fra sundhedsplejersker igennem, inden de sendes til sagsbehandlerne.

Forståelsesproblemet handler ikke alene, eller primært, om faglige forskelle, men i høj grad om de forskellige arbejdsopgaver og positioner, sundhedsplejersker og sagsbehandlere har i forhold til familierne. Sagsbehandlerne skal vurdere, om der er grundlag for at iværksætte en børnefaglig undersøgelse og eventuelle foranstaltninger efter serviceloven på baggrund af sundhedsplejerskens eller andres underretning og har derfor en naturlig interesse i at få så bramfrie, præcise og fagligt begrundede tekster fra sundhedsplejen som muligt. Hvis sproget i underretningerne er for mildt og generelt, bliver sagsbehandlerens arbejde vanskeligt, og sagen risikerer hurtigt at blive lukket. Når sundhedsplejersker kan have en tendens til at formulere sig blødt, kan det imidlertid skyldes, at de befinder sig i en vanskelig mellemposition mellem sagsbehandlerne og familierne, som skal inddrages i indholdet af underretningen, forklarer sundhedsplejerske, kommune A:

”Det, vi oplever som sundhedsplejersker, det er, at vi skal have den her tillid ude i familierne. Vi er jo den gruppe, der bliver lukket ind, og det er rigtig vigtigt, fordi hvis de siger nej til os, så kommer der ikke nogen. Så på den måde har vi en vigtig funktion i forhold til at have den her tillid. Så vi skal overbevise [sagsbehandlerne] om, at når vi laver en underretning, så er der virkelig grobund for det, og der kan det nogle gange være svært at få forældrene med i også at se problemet. Eller også, så tror jeg, at der er nogle af mine kolleger, der føler, at når de ende-

lig får lavet den underretning, så er systemet så firkantet og så bøvet, at de tænker bagefter: Hvorfor lavede vi den her underretning. Vi har mistet tilliden, forældrene vil os ikke mere, og systemet har alligevel ikke gjort noget eller sat ind der, hvor man synes, at det skulle gøres.”

Som sundhedsplejerskens udtalelse viser, kan forståelsesudfordringer udgøre en væsentlig barriere for indsatsen for sårbare familier. Det samme kan den mistillid mellem faggrupperne, der eksempelvis kan komme til udtryk ved, at sundhedsplejersker undlader at kontakte forvisitationen. Sundhedsplejerskerne i kommune A er utilfredse med, at de ikke i samme omfang som tidligere på uformel vis kan søge råd og vejledning hos kommunens visitationsteam sammen med en familie, men ofte bliver mødt med krav om, at der skal laves en underretning, før man vil forholde sig til problemstillingen.

Sundhedsplejerskerne i interviewene er generelt meget opmærksomme på det store ansvar, der er forbundet med at være den faggruppe, der kommer i alle familier. Oplever de, at deres underretninger ikke leder til det resultat, de ønsker, enten fordi de slet ikke leder til noget eller leder til en indsats, sundhedsplejersken er uenig i, medfører det en risiko for, at sundhedsplejerskerne undlader at kontakte forvisitationen og derigennem sagsbehandlerne og nøjes med at gøre, hvad de kan for familien i eget regi. Mistillidsudfordringen kan søges afhjulpet ved hjælp af et tæt og løsningsorienteret samarbejde mellem faggrupper, der er kendetegnet ved lydhørhed og respekt for hinandens faglighed. Det synes at være sådan et samarbejde, chefen for det tværfaglige børnehus i Kommune C beskriver, når hun i interviewet fortæller, at ”vi er gode til at låne hinandens blikke”. Flere af kommunerne er interesseret i at styrke samarbejdet på tværs af faggrupper ved at oprette samarbejds møder, hvor de sammen diskuterer, hvordan samarbejdet fungerer, og hvordan man i fællesskab kan udvikle de bedste tilbud til målgruppen.

Kommunerne i undersøgelsen arbejder på forskellig vis med at bygge bro mellem sagsbehandlerne og sundhedsplejersens perspektiver. I forhold til kommunikation og forståelse oplever flere af kommunerne, at det er en fordel at få flere øjne på sagen, og at det kan fremme en fælles forståelse af bekymringsgraden at bruge samme metodiske redskab, fx risikovurderingsværktøjerne i børnelinealen eller ICS (se Bilag 2)

I Kommune D fortæller familiechefen, at en omorganisering til en tværprofessionel teambaseret tilgang har været med til at få faggrupperne til at samarbejde i stedet for at bekrige hinanden:

”Det har haft nogle gode effekter, for jeg opdager da klart, at det her med at være tværfaglig, at det sætter en begrænsning, i og med at vi kommer med hver vores faglige kasket, og så bliver det et angreb-forsvar, i stedet for at mødes sammen. Det gør det hurtigt, også fordi når hverdagen går hurtigt, så foregår det på skrift, og så er det bare nemt hurtigt at tolke noget ind i det, og så får man ikke lige taget røret og”

Det kan være en udfordring for samarbejdet på tværs af social- og sundhedsområdet, hvis faggrupperne arbejder flerfagligt, dvs. på samme sag, men i parallelle spor. Det kan fx skyldes en strid om knappe ressourcer eller tendens til at fokusere på forskellige dele af problematikken og tabe helheden af syne. Det er også en udfordring, hvis de mest kommunikerer på skrift. Det er derfor væsentligt, at kommunerne i deres tværprofessionelle arbejde med målgruppen aktivt sørger for at føre de forskellige faggrupper sammen og fremmer en tværfaglig opgaveløsning.

Fokusgruppeinterviewet i Kommune D indeholder et godt eksempel på, hvordan organisation kan være med til at hæmme eller fremme inddragelsen af sundhedsplejerskens viden i forhold til målgruppen. Deltagerne taler her om de samarbejdsudfordringer, de havde, før de blev organiseret i fremskudte tværprofessionelle teams:

Sagsbehandler: *"Ja, det er det med at tænke hinanden ind i de ting, jeg gør, altså fra da jeg startede, hvor vi ikke sad sammen endnu, der var sundhedsplejersken meget, meget langt fra mit arbejde. Efter at vi sad sammen, var det lettere for mig at tænke jer ind i det. Det var lettere for mig lige at tage telefonen og ringe. Så det er det der med hele tiden at holde fast på hinanden, samlet, fordi også når du har så travl en hverdag, som vi alle sammen har, så bliver det bare ens eget. Det bliver det ret hurtigt."*

Sundhedsplejerske: *"Det har i hvert fald undret sundhedsplejerskerne ... at vi ikke er blevet inddraget mere, end vi er, fordi vi faktisk har en ret unik position i forhold til familierne og dermed også en viden omkring "hvad er det der sker", og at man ikke kan være mere interesseret i den viden som tværfaglig samarbejdspartner. Og der er blevet øget interesse for, hvad vi kan bidrage med i forhold til udfordringer i en familie. Ved at vi sad sammen."*

Sagsbehandler: *"Viden omkring jeres kompetence tænker jeg, ja."*

Den teambaserede organisering er med til at give den enkelte fagperson et bedre overblik over de samlede, tværprofessionelle muligheder for at hjælpe en familie og til at sikre, at viden ikke går tabt, fordi den ikke kan rummes i en skriftlig redegørelse.

Sagsbehandler i kommune D:

"Jeg oplever, efter at vi har fået kompetenceteams og sidder – eller har siddet – fysisk sammen, at det har gjort en kæmpestor forskel. Fordi det er nogle gange bare rigtigt svært at få noget ned på skrift. Nogle gange er også en viden, som kan være bekymrende, men i og med at du læser en bekymring, så kan det godt være, at det ikke lyder så alvorligt igen, men fordi det er sat sammen af så mange andre ting, så i og med at vi sidder sammen og kan snakke om tingene ... det giver bare noget andet ... Vi får skabt en god kontekst sammen, synes jeg."

Sagsbehandlerens udsagn om, at "vi får skabt en god kontekst sammen" er et godt eksempel på, at tværfaglige teams kan løfte et samarbejde fra flerfagligt til tværfagligt og skabe mulighed for merviden.

At sidde sammen fysisk fremhæves både af deltagere fra Kommune B og D som betydningsfuldt for det tværprofessionelle samarbejde på tværs af social- og sundhedsområdet. Det skyldes ikke mindst det personlige og professionelle kendskab, som fysisk og opgavemæssig nærhed afleder.

I Kommune A har den deltagende sundhedsplejerske opgaver på tværs af social- og sundhedsområdet og beskriver sit personlige kendskab til familiesagsbehandlerne og deres hjælpemuligheder som en stor styrke i sit arbejde som sundhedsplejerske:

"... jeg bider mig jo fast som en irriterende tæge, og det gør jo bare, at familierne er lykkelige. Jeg havde lige en familie her, hvor barnet har været indlagt i lang tid, og hun bor i ungdomsbolig, fordi hun ikke har noget sted at bo, fordi manden har slået hende, og da hun kommer tilbage

med et lille barn, der ikke vil spise, fordi de har været indlagt, så er der ingen ro ... og fordi jeg kender akutlisten og teamkoordinatoren, så får jeg hende faktisk rykket samme dag. Men det er jo kun, fordi jeg kender systemet. Da jeg startede, anede jeg ikke, hvad jeg skulle gøre, altså det tager jo mange år at lære et system at kende, og så er mit held bare, at jeg kender jer [sagsbehandlere] så godt, og jeg vil vove at påstå, at det er en kæmpe hjælp til familierne, jo længere tid man har været sundhedsplejerske, og jo mere man kender et system.”

Medarbejderne på tværs af social- og sundhedsområdet kan komme til at kende hinanden på flere forskellige måder. Nogle nævner, at det er en fordel at mødes i kantinen, andre arbejder teambaseret i forbindelse med visitationer eller åbne rådgivninger. Resultatet, de beskriver, er imidlertid det samme: At man kommer til at kende hinanden og får forståelse for, hvad medlemmerne af den anden faggruppe kan bidrage med.

Kommune C er et eksempel på, at et samarbejde kan opleves som velfungerende, selvom sundhedsplejersker og sagsbehandlere ikke sidder på samme matrikel. Her fremhæver den ledende sundhedsplejerske, at kommunens særlige fokus på forebyggelse og tværfaglighed bl.a. betyder, at sundhedsplejen er placeret i samme søjle og har samme chef som myndighedsarbejdet og det forebyggende støttesystem. Hun mener, at det har bidraget til at imødegå den klassiske udfordring med, at de sociale myndigheder og sundhedsplejen ikke taler samme sprog, og at sundhedsplejerskens bekymringer måske ikke altid bliver taget alvorligt nok af det sociale system.

”Jeg synes faktisk, at vi er rigtigt dygtige til at lytte på hinanden og blive bekymrede sammen og reagere hurtigt på de her observationer, som sundhedsplejerskerne gør i det meget tidlige forløb ... at man har fundet ud af, at det gør noget, når en sundhedsplejerske siger ”at det her barn, det trækker sig ind i sig selv”, eller ”det kan ikke give øjenkontakt, det kunne det i sidste besøg”. Så ved alle sammen her, hvad det handler om, ikke også? ... og vi er blevet opmærksomme på, hvordan vi i fællesskab får hjulpet de her familier meget tidligt med de kompetencer, der nu er til rådighed i søjlen. Det er bare på en eller anden måde lidt lettere.”

I Kommune C har det store fokus på tværfagligt samarbejde altså ifølge denne sundhedsplejerske ledt til en fælles referenceramme, der gør, at medarbejderne både kender og forstår hinanden på tværs af faggrupper.

Videnstab og manglende overblik

Når fokusgruppemedlemmerne i VIVE's fire kommuner skal forklare, hvad de får ud af at arbejde sammen, er det altså i høj grad viden. Viden, der sætter dem i stand til at anlægge et helhedssyn på familiens situation, både på grund af den øgede viden om familiens problemer og viden om, hvad de andre faggrupper kan bidrage med. Når nogle af medarbejderne er meget fokuserede på, at det er godt at sidde sammen fysisk, skyldes det, at det fremmer såvel personlige relationer mellem faggrupperne som deres indblik i hinandens arbejde. Det er ikke mindst den enkelte medarbejders overblik over de muligheder og kompetencer, som kommunen råder over i indsatsen for de sårbare familier, organiseringen og det tværfaglige samarbejde skal styrke. Udfordringen herved bliver ikke mindre af, at området er præget af mange nye medarbejdere både grundet personaleudskiftninger og barsler. Det er dette overblik, deltagerne fra Kommune D er bange for at miste i den pågående omstrukturering:

Sagsbehandler: *”Kan der ikke blive mulighed for at blive ved med at hænge fast – også som du selv siger, altså, vi bliver udskiftet hele tiden – så også mange af de nye: At hvad kan vi bruge hinanden til? Det lærer man ikke på uddannelsen. Altså det der med, hvad kan jeg egentligt bruge sundhedsplejersken til, hvad kan jeg bruge PPR til. Hvis man ikke ved det, så bruger man dem ikke. Så vi bliver nødt til hele tiden at blive ved med at holde fast i hinanden og sige: ”Jamen hej, jeg er sundhedsplejerske, jeg kan faktisk de her ting. Brug mig!” Fordi der er så mange ting, I kan, som ville hjælpe os så meget, og som kan afdække rigtig mange ting. Fordi I er derude, I er ude at se, I er ude at afdække, som du selv siger, den her palet, hvor lamperne bare kører jo. Så for mig handler det rigtigt meget om viden omkring, hvad kan vi bruge hinanden til. For så længe vi ikke ved det, så kommer det ikke til at ske.”*

Sundhedsplejerske: *”Det finder man kun ud af ved at samarbejde.”*

Hvis man ønsker at fremme de enkelte fagpersoners overblik og et godt tværfagligt samarbejde mellem sagsbehandlere og sundhedsplejersker, er det, ifølge VIVE’S interviewpersoner, en mulighed at inddrage sundhedsplejersken i større dele af forløbet med en familie. Hvor et idealtypisk flerfagligt samarbejde mellem sundhedspleje og sagsbehandlere kunne bestå i, at en sundhedsplejerske identificerer en familie med behov for hjælp ud over, hvad sundhedsplejen selv kan imødekomme. Sundhedsplejersken underretter sagsbehandlerne og deltager i underretningssmødet med familien. Herefter tager socialområdet over, og sundhedsplejersken hører ikke mere til sagen. I Kommune A foreslår sundhedsplejersken, at sundhedsplejen med fordel kan inviteres med også til et afsluttende møde. På den måde kan hun få indblik i, hvad hendes underretning har ført til og øget viden om, hvad kommunen kan gøre.

En barriere for overblik og vidensdeling i forhold til familiernes sager er, at de forskellige kommunale enheder ikke automatisk deler information om familierne. Det skyldes bl.a. konkurrerende hensyn til proportionalitet og personlig integritet i lovgivningen, herunder sundhedslovens bestemmelser om beskyttelse af data om helbredsforhold, rent private forhold og andre fortrolige oplysninger afgivet til sundhedspersoner. Disse bestemmelser kan i nogle deltageres øjne hæmme indsatsen og lede til u hensigtsmæssigt videnstab. I Kommune C ønsker man sig derfor et elektronisk journalsystem a la Barnets Bog, hvor forskellige faggrupper, der arbejder med familier, vil kunne dele observationer, så man ikke skal starte forfra, hver gang barnet fx overgår fra hjem til dagtilbud og senere til skole.

Manglende overblik er ikke kun en udfordring for fagpersonerne. En af deltagerne i VIVE’s fokusgruppeinterview med ressourcepersoner påpegede, at en udsat familie kan have meget svært ved at overskue og finde rundt i det kommunale hjælpesystem. Hun beskrev et tilfælde, hvor en udsat far selv skulle være tovholder for familiens kontakt med 27 forskellige instanser, og foreslog en kommunalt ansat tovholder, der kan bygge bro mellem den enkelte udsatte familie og viften af tilbud. Hvis denne tovholderfunktion var forankret i sundhedsplejen, kunne man drage nytte af sundhedsplejerskernes tidlige og privilegerede adgang til familier med helt små børn. Heri ligger altså potentielt en mulighed for at styrke sundhedsplejens rolle i forhold til udsatte familier.

Endelig er det en udfordring for det tværfaglige samarbejde, at kommunerne jævnligt omstrukturerer indsatsen for at forbedre eller effektivisere den. De to kommuner (A og D), der blev udvalgt til fokusgruppeinterview, fordi deres survey-besvarelser pegede på knaster i det tværfaglige samarbejde, har det til fælles, at deltagerne i fokusgrupperne oplever, at samarbejdet

er blevet forværret i forbindelse med en sådan omstrukturering. I Kommune A er medarbejderne utilfredse med forvisitationens nye praksis med at kræve underretninger af sundhedsplejerskerne; og i Kommune D er de bekymrede for, om det gode samarbejde kan bevares, efter at sagsbehandlerne fysisk er flyttet væk fra de fremskudte tværprofessionelle teams, hvor de har siddet sammen med sundhedsplejen og PPR. I omstrukturingsituationer kan det derfor være en fordel at inddrage medarbejderne på gulvet i prioriteringer og i monitorering af effekten og løbende at evaluere, om den har haft uhensigtsmæssige konsekvenser, der bør afhjælpes.

Flere af kommunerne har gode erfaringer med at skabe en mere fleksibel adgang til hjælp for familier og fagprofessionelle, der arbejder med børn. I Kommune C har man fx et tværfagligt familiehus med en lang række ressourcepersoner, der rådgiver kommunens professionelle, men som også har åben rådgivning for familier, uden at de først skal igennem en visitationsproces. Dette tværfaglige hus gør det ikke alene mindre svært for en familie at opsøge hjælp, men fremmer også det tværfaglige samarbejde om at hjælpe familier og frontlinjemedarbejderne i alment systemet med en lang række problematikker.

6.9 Det tværsektorielle samarbejde med ansatte i sundhedssektoren

De kommunalt ansatte sagsbehandlere og sundhedsplejersker har på flere områder samarbejdsflader til ansatte i sundhedssektoren. Det drejer sig især om tidlig identifikation af og indsats for sårbare gravide allerede under svangerskabet, men kan også bestå af, at sagsbehandlere søger at indhente viden fra sundhedspersonalet, som de kan basere en afgørelse om tvangsmæssige foranstaltninger på. VIVE's fokusgruppeinterview viser, at dette samarbejde er behæftet med udfordringer.

Tre ud af fire kommuner (A, B og C) i VIVE's undersøgelse oplever problemer med samarbejdet med jordemødre og barselsgang. Især i forhold til tidlig og korrekt identifikation af sårbare familier og til brugbare observationer af de mest belastede familier. Oplevelsen bakkes op af SIF's interviewundersøgelse, hvor sundhedsplejen i kommune F italesætter, hvordan viderefremmidling af information om familierne kan forbedres i samarbejdet med jordemødre:

"Det kunne være rigtig godt i det samarbejde, at jordemødrene også fokuserede på, at kategorisere de gravide til os, sådan så vi er mere forberedte. Så kunne vi også, det kunne være en del af, hvad kan man sige, hvem vi skulle give særlig opmærksomhed. [...] Men de har i hvert fald et udgangspunkt der, de kunne arbejde noget mere struktureret med, tænker jeg. Der er da udviklingspotentiale, som vi kunne bruge som sundhedstjeneste." (Sundhedsplejeske, Kommune F).

En model, der virker

Kommune A har gode erfaringer med at forbedre samarbejdet og koordinationen på tværs af sektorer ved at udvikle og bruge en særlig samarbejdsmodel for det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde om den tidlige indsats til sårbare gravide og familier med helt små børn. Målgruppen for indsatsen er sårbare forældre (fx forældre med psykisk sygdom, afhængighed, socialt belastet opvækst, dårlig begavelse eller en kombination). Samarbejdsmodellen giver anvisninger til, hvordan det tværgående samarbejde omkring graviditet og fødsel skal koordineres. Den omfatter to koordinerende møder allerede under graviditeten, der har de vordende forældre, sagsbehandler fra familieafdelingen, sundhedsplejen og forebyggelsesteamet fra det lokale hos-

pital som faste deltagere. Derudover vurderes fra sag til sag, om andre faggrupper bør deltage, eksempelvis medarbejdere fra psykiatrien eller fra misbrugsbehandlingssteder, praktiserende læge, sagsbehandler fra voksenservice eller jobcenter samt andre behandlere eller støttepersoner med kontakt til forældrene. På det første af de to møder byder forældrene og de forskellige faggrupper ind med oplysninger, forslag og ønsker, og udarbejder en fælles plan med konkrete aftaler og kontaktoplysninger til de involverede. På det andet møde giver deltagerne status på situationen og de forventede udfordringer i forhold til fødsel, barselsperiode og tiden efter. Der lægges planer for støtte og en oversigt over særlige opgaver, der skal løses i barselsperioden på sygehuset, og en fælles plan udarbejdes med konkrete aftaler og kontaktoplysninger. Endelig aftaler man med forældrene, hvornår der skal følges op.

Fokusgruppedeltagerne er på tværs af social- og sundhedsområdet enige om, at Kommune A's samarbejdsmodel er velfungerende og har forbedret både det tværsektorielle og det tværprofessionelle samarbejde og dermed kommunens indsats for familierne i målgruppen af sårbare gravide. Som denne passage viser, er den et eksempel på et tiltag, der kan øge viden og overblik faggrupperne imellem:

Sagsbehandler: *"Den her samarbejdsmodel, der er ingen tvivl om, at den også har betydet, at vi har fået et meget større kendskab til hinandens fagområde, ikke?"*

Sundhedsplejerske: *"Ja. Jeg sidder lige og tænker på, at det er naturligt, det er ikke sådan, at man sidder og tænker: "Hvor sidder de henne?" ... og er en farlig gruppe eller et eller andet. Tidligere var det meget sådan, synes jeg: "dem og os". Nu er det meget mere, at man er sammen om at få hjulpet, ikke?"*

Beskrivelsen understøtter, at samarbejdsmodellen ud over at styrke det tværsektorielle samarbejde også har været med til at give det tværprofessionelle samarbejde præg af et egentligt tværfagligt samarbejde, hvor de forskellige faggrupper har indsigt i hinandens kompetencer og kan komme med gode løsninger i fællesskab i stedet for at køre i adskilte faglige spor, der kun mødes for at informere hinanden. Samarbejdsmodellen er dermed et godt eksempel på, at tværfagligt samarbejde om enkeltsager kan have den afledte effekt, at faggrupperne lærer hinanden at kende, og at dette leder til en bedre indsats for målgruppen.

Omvendt er samarbejdsmodellen og den tidlige identifikation og indsats ikke uden udfordringer. Først og fremmest oplever deltagerne på tværs af social- og sundhedsområdet, at det er et stort problem, at de får besked om de sårbare familier for sent, og at disse nogle gange slet ikke bliver opdaget af jordemødre og personalet på barselsafsnittene. Det skaber problemer, fordi samarbejdsmodellen kun kan fungere, hvis de vordende forældre identificeres som sårbare, og kommunen får besked så tidligt i graviditeten som muligt. Når kommunen får besked for sent, betyder det, at sagsbehandlere og sundhedsplejerskerne (der fx kan være involveret i forældrekompetencevurderinger evt. i samarbejde med en psykolog) skal arbejde for hurtigt og ikke kan nå at gøre deres arbejde ordentligt. Et eksempel på tiltag er, at den gravide kommer i praktik i en vuggestue, at der foretages en børnefaglig undersøgelse og forberedes en forældrekompetenceundersøgelse. Forhold ved graviditeten og det tidlige forældreskab gør derudover, at deltagerne ikke mener, at det er hensigtsmæssigt eller muligt at gennemføre en psykologisk vurdering af forældrekompetence i perioden fra otte uger før termin til fem uger efter fødslen. For at få optimalt udbytte af samarbejdsmodellen og den tidlige indsats er det derfor ønskeligt, at rele-

vante vordende forældre identificeres allerede ved første graviditetsundersøgelse. Ofte får kommunen dog først besked, når kvinden er seks-syv måneder henne, hvilket kan lede til uhen-sigtsmæssige ”hovsa”løsninger.

Deltagerne i fokusgruppeinterviewet i Kommune A påpeger, at der er et generelt behov for, at hospitalspersonale, jordemødre og medarbejdere i psykiatrien bliver langt bedre til at screene de gravide og til at spørge ind til, hvad forældrene selv har med i bagagen socialt set og i forhold til psykiske problemer. Trods kommunens velfungerende samarbejdsmodel fremstår det tværsekto-rielle samarbejde til især aktører i sundhedssektoren som udfordrende på det meget centrale om-råde, som identifikation af de sårbare familier udgør.

De interviewede sagsbehandlere og sundhedsplejerske giver flere forskellige delforklaringer på problemet med manglende identifikation og tidlig indsats. De oplever fx, at personalet i sund-hedssektoren kan være berøringsangst over for det sociale system og mangle viden om, hvad kommunen kan gøre for familien. Medarbejdere i psykiatrien kan fx frygte, at en psykisk syg-dom vil forværres, hvis patienten også skal udsættes for at blive ”meldt til kommunen”. Samti-dig løber sundhedssektorens medarbejdere stærkt og har ofte kun direkte kontakt med borgeren i få minutter ad gangen, hvor fokus derfor må være på den sundhedsmæssige kerneopgave.

For jordemødrene gælder det fx, at deres faglige blik er rettet mod en meget afgrænset tidsmæs-sig periode, hvorfor forældreskabet efter fødslen naturligt nok ikke er i fokus, mener sundheds-plejerske og tidligere jordemor i kommune A:

”Det handler om, at jordemødrene, de er slet ikke gearede til det. Det handler om at være sik-ker på, at du ser det, du skal hos en gravid, fysisk, og at der kommer et levende barn og en le-vende mor ud af det her. Og overhovedet ikke bagefter. Så tiden er ikke, altså, du er så fokuseret på, at den her kvinde har det godt med det lille foster inde i maven, at alt andet – og især nu, hvor der er sparetider. Når de skal føde, ringer man jo til syv steder for at høre, om de kan tage imod. Det er sådan, virkeligheden er i dag.”

Samarbejde med praktiserende læger

I forhold til de praktiserende læger har Kommune A haft succes med at få dem til at underrette i langt højere grad end tidligere, ved at familiechefen holdt et møde med alle kommunens prakti-serende læger og fortalte om kommunens arbejde og om underretninger. Det er et eksempel på værdien af klar kommunikation om muligheder, forventninger og behov, når samarbejdspartne-re kommer fra forskellige sektorer og har meget forskellige opgaver i forhold til målgruppen af sårbare familier.

Sundhedsplejen i kommune H har en anden opfattelse. Her forklarer sundhedsplejersken, at de praktiserende læger ikke altid er præcise, når de melder ud, hvordan det går i familierne:

”Nogle af dem [de praktiserende læger] er rigtig søde til at skrive og henvende sig, og nogle de gider overhovedet ikke at tage sig af det.”

Sundhedsplejen i kommunen fortæller yderligere om, hvordan følgerne af den manglende kommunikation fra lægerne er på selve barselsgangen:

”Men problemet er jo, at nogle gange så får de [jordemødre] ikke en fyldestgørende anamnese fra egen læge. Nogle gange er den hel tom. Det er jo en anden problematik, så man kan jo sige, at den der er dørkeeper egentlig ikke opfylder sin funktion, fordi det er der, det starter, så går det til jordemoderen, og hun kan jo ikke læse mere, end det hun kan, og mere end det mor fortæller. Så er der barselsgangen i dag, hvor vi har det her accelererede forløb. Der føder de jo mere eller mindre ambulante. Det er også en udfordring, fordi de kan ikke på den korte tid, de er derinde, hvor de skal aflevere informationer, vurdere om forældrene faktisk har forstået informationerne. Så vores genindlæggelser ligger rigtig højt.”

Samarbejde med jordemødrene og barselsafsnittet

Kommune B og C oplever ligesom Kommune A problemer med det tværsektorielle samarbejde. I Kommune B efterlyser både sagsbehandlere og sundhedsplejersker et bedre samarbejde med jordemødrene og med barselsafsnittet. De peger ligesom i Kommune A på, at jordemødrene ikke er gearret til at spore sårbarhed. Kommune B og C har begge problemer med at få barselsafsnittene til at lave brugbare observationer af mor-barn relationen i de tilfælde, hvor der er tvivl om, hvorvidt familien skal have barnet med hjem. I Kommune C er lederen af familie- og handicapområdet begyndt at bruge sine egne knappe ressourcer på at sende medarbejdere af sted for at observere på barselsafsnittet, fordi observationerne fra regionen ofte enten ikke er fyldestgørende eller slet ikke bliver foretaget.

Sagsbehandlerne fra Kommune B fortæller, at de især oplever problemer i det tværsektorielle samarbejde med det sundhedsfaglige personale på barselsgangen. Sagsbehandlerne skal bruge det sundhedsfaglige personales observationer af starten på det nye forældreskab som grundlag for at træffe beslutning om foranstaltningers indhold og omfang. Hvis de overvejer tvangsmæssige foranstaltninger, er der et lovmæssigt krav til dokumentation af behovet. Observationsbegæringerne vil derfor normalt relatere sig til de tungere sager, hvor der fx kan være tvivl om, hvorvidt barnet overhovedet skal med familien hjem.

Sagsbehandler 1: *”Jeg synes, det er svært fx at samarbejde med barselsafsnittet ... Det er, som om de sådan lidt modarbejder os. Vi plejer at fremsende sådan en anmodning om observationsbeskrivelse, og ... hvis der er skrevet et r for meget, eller hvis det er faxet til det forkerte nummer, eller hvis der ikke er skriftligt samtykke eller ... det er virkelig, som om de prøver at finde fejl.”*

Sagsbehandler 2: *”Det man får leveret tilbage, det er jo bare den journal, de skriver under fødslen. Altså, jeg tænker, det var jo ikke sådan helt det, vi havde håbet på at få tilbage.”*

Sagsbehandler 3: *”Nej, det kan være udfordrende at arbejde ud fra.”*

Sagsbehandler 1: *”En anmodning om observationsbeskrivelse [går ud på at] de laver en journal, hvor forældre og barn kommer ned på barselsafsnittet, og så kigger de jo: Hvordan er øjenkontakten? og hvordan går det med amningen? Ser de barnets behov og tilsidesætter de egne behov? Og alle sådan nogle ting kigger de efter. Og ... så får man en håndskrevet seddel ... og det er sådan rimeligt vigtigt, at vi får de der informationer derfra, for man kan sige, det kan godt ske, at vi har aftalt med familien inden, at de skal have støtte hjemme i hjemmet, men der er jo nogle gange, at vi er nødt til at ændre kurs, at de skal i familiehuset, fordi det er så bekym-*

rende, det som sygehuset har set. Men jeg oplever ikke altid, at vi får de informationer, vi har brug for.”

Sagsbehandlerne opfatter udfordringerne med at få brugbare informationer ud af sundhedspersonalet som et spørgsmål om manglende tid og forståelse for, hvad informationen skal bruges til. De oplever forskellige arbejdsgange og hospitalspersonalets skiftende vagter som en barriere i forhold til at få samarbejdet til at fungere. Fx møder sagsbehandlerne efter eget udsagn talstærkt op til udskrivningsmøder med det sundhedsfaglige personale, fortæller en af sagsbehandlerne i kommune B:

”Men det synes jeg bare nogle gange er lidt tidsspilde. Vi smider nærmest alt, hvad vi har i hænderne for at kunne passe et tidspunkt, de kan, og alligevel så sidder de og læser op af en eller anden håndskrevet seddel, fordi hende sygeplejersken, der er med, hun er lige mødt ind i dag. Hun har slet ikke haft familien. Og så kan vi køre hjem igen.”

Sundhedsplejen i kommune H oplever også udfordringer i samarbejdet med det regionale sygehus, som særligt handler om formidling af information om familiernes befindende:

”Der har vi haft mange uheldige samarbejdsrelationer med sygehuset, specielt med psykisk syge forældre, hvor sygehuset simpelthen ikke engang tænker på at reagere til os. Altså, der tænker jeg også, at det er sådan noget i vores systemer, at det er så låst fast, at jeg ikke tror, at der er ret mange, der arbejder i sygehuset, og det er også barselsafdelingen, der har forståelse for, hvad det er for en hverdag, de sender forældrene hjem til og vores muligheder for egentligt at gå ind. Så det er sådan noget af det der tværsektorielle. Det er virkelig svært.”

Hvad kan man bede barselspersonalet om?

Deltagerne i fokusgruppeinterviewet med ressourcepersonerne perspektiverer imidlertid den samarbejdsudfordring, kommunernes medarbejdere beskriver, ved at stille spørgsmålstegn ved, om den viden, sagsbehandlerne ønsker sig fra det sundhedsfaglige personale overhovedet er mulig. De er for det første skeptiske over for, hvor meget en families adfærd i dagene omkring fødslen overhovedet kan bidrage til at belyse forældreevne på sigt.

Derudover mener den ene af ressourcepersonerne, at sagsbehandlerne ønsker om, at det sundhedsfaglige personale skal levere observationer om ting som tilknytning mellem mor og barn afspejler en manglende forståelse af vilkårene for sundhedspersonalets arbejde og deres faglige kompetencer:

”En af mine kæpheste, det er lige nøjagtigt de der observationer, som man beder om i barsel, fordi barselsafsnittene er skåret ind til benene og: Hvad er det, en barselssygeplejerske skal lægge mærke til, og hvordan skal hun gøre det? Hun svarer på de spørgsmål, hun får fra socialrådgiverne, og det er helt hen i vejret, det kan jeg se, når jeg ser, hvad det bliver brugt til. De bliver spurgt om ”Hvordan er mor-barn-tilknytningen”, ”Er der god mor-barn-kontakt”, ikke? Hun har måske to minutter på stuen. Selvfølgelig kan hun se, hvis det her er helt galt, og mor smider barnet på gulvet eller går ned og ryger, mens den ligger og græder, ikke – men så sender hun en underretning. Men hun kan ikke svare på noget, der kan bruges til noget, ellers. Ikke med de vilkår, de har, og de har ikke uddannelse i det, og de bliver brugt helt forkert, fordi: Det

tæller jo! Når de kommer ind i det socialfaglige system, og der er stemplet "X-hospital", som udtaler sig om tilknytning på basis af absolut ingenting. Det er ikke godt."

Det kan altså være en barriere for det tværfaglige samarbejde mellem sagsbehandlere og sundhedsprofessionelle, hvis sagsbehandlernes vidensønske er både praktisk og fagligt svært at leve op til for sundhedspersonalet. De tidsmæssige og vagtmæssige rammer for sundhedspersonalets arbejde i regionen gør, at de ikke kender familierne så godt, at de kan levere brugbare informationer til sagsbehandlere. Eksemplet peger på, at et samarbejde på tværs af sektorer bør tage højde for, hvad der praktisk kan lade sig gøre, og hvad den enkelte faggruppes ekspertise er. Hvis sundhedsfagligt personale oplever, at de bliver bedt om noget, de ikke kan levere, bliver resultatet derefter. En mulighed, som en af kommunerne i undersøgelsen (Kommune C) nødtvungent bruger, er at lade kommunernes egne fagpersoner observere ude på barselsafsnitene. En anden er at øge samarbejdet mellem sagsbehandlere, sundhedsplejersker og regionens jordemødre og sygeplejersker.

Satspuljeprojekt om samarbejde med de praktiserende læger om de gravide

Sundhedsplejen i kommune G har i forbindelse med deres igangværende satspuljeprojekt et samarbejde med de praktiserende læger om videreformidling af information til sundhedsplejen om sårbare gravide:

"Det viser sig faktisk, at det lykkes faktisk bedre i stigende grad. Jeg tror, er det er 60 pct. nu, der kommer fra de praktiserende læger i niveau 3." Om det samarbejde forklares yderligere: "Det er jo en del af projektet, at de praktiserende læger er med [...] Jamen, vi fik en kontakt til en af de praktiserende læger, som gerne ville være med i det her projekt, og så har hun så formidlet det videre ud til hendes kollegaer omkring niveau 3, og hvor vigtigt det er."

De fortæller, hvordan de praktiserende læger udtaler sig om satspuljeprojektet:

"Vi har også hørt de praktiserende læger sige, nogle udtaler, at det gør det nemmere for dem, fordi hvis det er, lægerne afdækker en problemstilling, så ved de, der bliver taget hånd om den."

Samarbejde og tidlig opsporing i dagtilbud

Stort set alle kommuner har etableret samarbejde mellem sundhedspleje og dagtilbud. Her i indgår dagpleje, vuggestuer, børnehaver, private pasningsordninger, integrerede institutioner, specialskoler- og institutioner, skoler, SFO og Mødrehjælpen. Men det er forskelligt fra kommune til kommune, om samarbejdet omfatter alle eller udelukkende sårbare børn og deres forældre.

52 kommuner samarbejder om alle børn og familier, mens 43 kommuner udelukkende samarbejder om sårbare børn og familier.

Ud af de 52 kommuner, der svarede, at sundhedsplejen samarbejder med dagtilbud om alle børn og familier, beskriver syv kommuner, at samarbejdet fokuserer på overgangen fra hjem til dagtilbud, og at sundhedsplejen udarbejder overgangsskemaer til dagtilbuddet. Fem kommuner beskriver, at dagtilbuddet kan inddrage sundhedsplejen efter behov, 15 kommuner beskriver, at de aflægger faste konsulentbesøg i dagtilbuddene eller deltager i faste tværfaglige møder med dag-

tilbuddene, 14 kommuner skriver, at de vejleder dagtilbuddene via sundhedsplejerskens konsulentfunktion.

Ud af de 43 kommuner, der svarede at sundhedsplejersken kun samarbejder med dagtilbud om sårbare børn og familier, beskriver ni kommuner, at dagtilbuddet kontakter sundhedsplejersken ved behov. Syv kommuner angiver, at de særligt samarbejder ved de sårbare børns overgang fra hjem til dagtilbud, fire kommuner beskriver, at de sårbare forældre giver tilladelse til, at sundhedsplejen må videregive informationer om barnet til dagtilbud, syv kommuner afholder faste tværfaglige møder med dagtilbud, to kommuner beskriver, at de er konsulenter for dagtilbuddene, og at konsulentfunktion hovedsageligt anvendes til sårbare børn, og to kommuner angiver, at de tager på fælles hjemmebesøg med en pædagog fra dagpleje eller vuggestue.

Til spørgsmålet om, hvorvidt kommunen anvender fælles kriterier til beskrivelse af barnets sundhed og trivsel, svarer 60 kommuner, at det gør de ikke (Tabel 9). Fem af de 60 kommuner kommenterer, at de planlægger at indføre fælles kriterier. Otte kommuner har sat kryds ved andet, som bl.a. er Børnelinealen og Opsporingsmodellen.

Tabel 9. Antal kommuner fordelt efter sundhedsplejen og dagtilbuddenes brug af fælles kriterier til beskrivelse af barnets sundhed og trivsel [1].

Bruger fælles kriterier	27
Bruger ikke fælles kriterier	60
Andet	8

Samarbejdsprojekt i kommunens dagtilbud

En af kommunerne (E) fortæller i VIVE's undersøgelse, at de har igangsat et projekt på forsøgsbasis mellem sundhedsplejen og dagtilbud. Projektet skal evalueres for på sigt at vurdere effekten af indsatsen forud for en egentlig finansiering til implementering. Om projektet fortæller de:

”Det er en organisering, hvor vi prøver at komme ud i alle børnehusene [dagtilbud] også tværfagligt, men hvor sundhedsplejen er den fremskudte, der kommer ud og skaber kontakt til børnehusene. Det som det handler om, det er egentligt at prøve at opspore børn med særlige behov eller tidlig, tidlig før de har et behov og se, er der en indsats vi kan fra (forvaltningens) side kan understøtte for at komme noget i møde tidligere end vi har gjort.”

Sundhedsplejen i kommune E forsøger at forpligte dagtilbudspersonalet til at være forberedte forud for deres møde med sundhedsplejersken, hvor personalet har kigget deres børnegruppe igennem for at se, om der eventuelt er et barn, det er relevant at have en dialog med sundhedsplejersken om. Denne dialog med sundhedsplejersken kan foregå anonymt for pædagogen.

Tværfagligt småbørnsteam

Sundhedsplejen i kommune H har fire tværfaglige småbørnsteam, som består af en sundhedsplejerske, en socialrådgiver, en pædagog og en psykolog, der samarbejder med alle kommunens institutioner:

”Det er et tværfagligt team, som kommer ud på alle institutioner i forhold til, hvis man har en bekymring, og det handler meget om, at hvis du sådan er lidt usikker på, er der noget eller er der ikke noget. Så er det jo tit der, man går og putter med det, for ej det er nok også bare mig, eller at den ene dag går med den anden og man får ikke spurgt. Og først når adfærden bliver tydelig i forhold til barnet i den der sociale sammenhæng, at så reagerer man. Så her er der mulighed for at bringe sådan nogle sager op. Forældrene kan også komme med, hvis de vil. Eller også så bringer man det op på et mere principielt plan. Det har vi simpelthen, det har vi organiseret os ud af. Vi har fire småbørnsteams. Og de skiftes til at dække akutvagten på den måde, at hvis en institution pludselig får et problem, så skal de ikke vente en måned til de får besøg igen af teamet. Så kan man ringe efter akutvagten, og de har været på opkvalificering i teamene, fordi der er både en psykolog og en pædagog og, det kan godt give noget, det der med at positionere sig tværfagligt. Hvem tager den der del, og hvem sidder tilbage og afventer. Så det der med at få den der flerfaglighed i spil, det har vi været meget optaget af.”

Det påpeges, at tværfagligheden medfører, at bekymringer og problematikker bliver bredere belyst grundet den brede faglighed, der er i disse teams. Et andet resultat af disse tværfaglige småbørnsteams forklares således:

”Det gør også, at vi ikke bliver brugt ret meget individuelt, selvom jeg har fordelt alle sundhedsplejerskerne til institutioner. Det bruger de ikke, for de bruger meget det her [småbørnsteam].”

Også sundhedsplejen i kommune G har et tværfagligt team:

”Der har vi lavet et slags, kan vi kalde det et pilotprojekt, hvor vi har fået implementeret et babyteam, som består af to sagsbehandlere, sundhedsplejerskerne som er tilknyttet et forældreuddannelsesforløb, en kommunallæge, en psykolog, en fra (tilbuddets navn) som særligt har med de gravide og babyer at gøre, og så sidder der en jordemoderleder. Så regionens snitflade på den måde også er med inde over.”

Manglende samarbejde i overgangen til dagtilbud

Tre kommuner udtrykker ønsker om et bedre samarbejde med dagtilbuddene med fokus på at støtte forældre og børn i overgangen til institution. To af interviewkommunerne har en samarbejdsaftale om, at en sundhedsplejerske kan deltage i barnets opstartsmøde i dagtilbud. Der peges på et potentiale i at kunne opspore eventuelle problemer i familierne tidligt, samt at der vil foregå en bedre videregivelse af relevant information om sundhedsplejens kendskab til familien, så dagtilbudspersonalet ved besked om familierne.

Hos Sundhedsplejen i kommune H sidder der på nuværende tidspunkt en arbejdsgruppe og arbejder på, hvordan de kan blive bedre til at arbejde med børnenes overgang til dagtilbud.

Kommune G efterlyser bedre muligheder for overlevering af informationer:

”Der er et stort ønske om, at der er en bedre kommunikation fra det, at sundhedsplejen, hvad skal man sige, stopper i familien, til at de skal over i institution. På institutionsområdet synes de, at de mangler at få nogle informationer, og sundhedsplejerskerne har også ofte brug for at hjælpe familien videre dér. Så vi mangler noget dér. Det er ikke så godt.”

I et forsøg på at forbedre overgangen, har Kommune G en konsulentfunktion til dagtilbud som foregår på følgende måde:

”Den (konsulentfunktionen til dagtilbud) bliver brugt sådan, at sundhedsplejerskerne har mulighed for at mødes med dagplejekonsulenterne to gange om året. Og så har vi fået ansat en sundhedsplejerske, som har særligt fokusområde omkring hygiejne. Der laver hygiejnetilsyn i institutionerne. Så hun er også en del af den konsulentfunktion i forhold til institutionerne og institutionslederne.”

Men denne konsulentfunktion udfylder ikke sundhedsplejens behov og ønske om, at viderefremde information omkring børnene og deres familier til dagtilbuddets personale.

Kommunerne påpeger, at der skal systematik og ressourcer til at forbedre sundhedsplejens arbejde med overgangen til dagtilbud.

Samarbejde i forhold til servicelovens § 11

I Tabel 10 ses, hvordan tilrettelæggelsen af samarbejdet mellem sagsbehandlere og sundhedsplejen i henhold til brug af supplerende sundhedsplejeydelser jf. Servicelovens bekendtgørelse (nr. 1270) § 11 foregår i kommunerne.

Tabel 10. Antal kommuner fordelt efter tilrettelæggelse af samarbejdet mellem sagsbehandlere og sundhedsplejere jf. Servicelovens § 11 (n=95), [1].

Samarbejder ikke formelt	15
Formaliseret samarbejde med tilkøb af ekstra sundhedsplejeydelser	23
Samarbejde om ekstra sundhedsplejeydelser, men uden betaling for ydelsen	48
Andet	9

15 kommuner angiver, at de ikke har et formelt samarbejde med sagsbehandlerne om brug af supplerende sundhedsydelser fra sundhedsplejersken. Ud af disse kommenterer tre kommuner, at de ønsker at formalisere samarbejdet.

23 kommuner angiver, at de har et formaliseret samarbejde, hvor sagsbehandlerne kan tilkøbe supplerende sundhedsplejeydelser, mens 48 kommuner angiver, at de har et formaliseret samarbejde, uden at der betales til sundhedsplejen for supplerende ydelser.

Ni kommuner satte kryds ved andet. To af disse kommuner kommenterer, at de er ved at udvikle et samarbejde, mens tre kommuner kommenterer, at de samarbejder med sagsbehandlerne, men at samarbejdet ikke er formaliseret, og at sagsbehandlerne ikke bestiller supplerende ydelser.

Ud af de 95 kommuner, som har besvaret spørgsmålet, beskriver 12 kommuner, at økonomi og knappe personaleressourcer begrænser samarbejdet med sagsbehandlerne.

En del kommuner nævner faglige uoverensstemmelser som et problem for samarbejdet. Mangel på retningslinjer for arbejdet bliver også beskrevet som et problem, da arbejdet og beslutninger på området bliver personafhængige. En del kommuner beskriver også, at der i kommunerne er manglende blik for mulighederne i § 11.

At sundhedsplejen og sagsbehandlerne er tæt placeret både organisatorisk og fysisk, bliver af mange kommuner beskrevet som en klar fordel for samarbejdet. En del kommuner nævner også værdien af et formaliseret samarbejde med klare retningslinjer.

Interviews om brug af servicelovens § 11

Sundhedsplejen i kommune C anvender Servicelovens § 11 til at samarbejde formaliseret med myndighed om tilkøb af ekstra sundhedsplejeydelser. I kommunen anvendes denne paragraf som en forebyggende indsats til sårbare familier, der ikke nødvendigvis forudsætter en underretning. De eksemplificerer, hvordan samarbejdet om en § 11-indsats kan foregå i praksis:

”En § 11, 3 behøver ikke at være affødt af en underretning. Det kan være en bekymring, en sundhedsplejerske kommer med for eksempel, når hun har været til sparring hos sin egen distriktsleder her i forhold til, så kan hun sige, den der mor eller det forældrepar ville have rigtig godt af, at jeg kunne komme her hver dag i en periode, fordi der skal ligesom følges op på de her ting, for at hun [moren] får det indarbejdet. Det er ikke nok, hun [sundhedsplejersken] kommer en gang om ugen eller en gang hver fjortendedag i vores eget behovstilbud. Så kan vi jo lave en bekymring. Man kan lave en bekymring til sagsbehandleren omkring det. Så ryger den med på visitation altså. Og det er de ydelser, der ligger i § 11, 3. De er også med på visitation, fordi de skal foranstaltes af myndighed. Men det er en forebyggelsesparagraf i Serviceloven, og den er blevet meget eksplicit her ved lovændring her for et par år siden. Så derfor skal man anvende den, og derfor behøver den ikke at være forudgået af en underretning. En § 11, 3 det er en, du kan sætte ind forud for en børnefaglig undersøgelse.”

Sundhedsplejen i kommune C fortæller, at det er vigtigt, at en § 11 indsats udføres, som den er visiteret til:

”Når man får sådan en § 11, 3, som er visiteret af myndighed, så er det dem, der bestemmer, hvad man skal. Så er det ikke sundhedsplejersken selv. Så er det jo opgaven.”

Dog påpeger de, at hvis en sundhedsplejerske er uenig i det planlagte forløb, kan hun tage sit faglige skøn op til dialog. Dette kan resultere i, at det planlagte forløb kan ændres fra et dagligt hjemmebesøg hos en familie til et hjemmebesøg hver anden dag.

Sundhedsplejen i kommune C har valgt at have besøgs pakker, der kan tilkøbes som ekstra sundhedsplejeydelser til familier:

”Og jeg har jo valgt at beskrive den her opgave (§ 11 i Serviceloven) til, at man kan købe fem ekstra besøg, 10 ekstra besøg eller 15 ekstra besøg. Og så kalder vi det ’Besøgs pakker’, fordi vi synes, det er gaver til familien, at de får nogle ekstra besøg af sundhedsplejen.”

De påpeger yderligere om anvendelsen af § 11:

”Her gør vi så rigtig meget ud af, det ligger ud over vores serviceniveau. Det er ikke på bekostning af vores generelle tilbud. Det er noget, som myndighed tilkøber, fordi kompetencerne ligger i sundhedsplejen.”

Sundhedsplejen i kommune E er en del af et tilbud, hvor udvidet sundhedspleje kan tilkøbes af en myndighedssagsbehandler. I kommune E har de 16 medarbejdere med forskellige faglige baggrunde, som kan tilkøbes til en § 11 indsats, og som godt kan være affødt af en underretning. De fortæller således:

”Men til gengæld har vi en udvidet sundhedsplejeordning [...] hvor en myndighedssagsbehandler kan sige; ’Jeg har en familie her, og vi har fået en underretning eller vi har fået et eller andet ind nogen steder fra. Vi er bekymret for, hvordan den her familie skal klare sig. Vi vil egentlig gerne have et tilbud ud i den familie’, og så har de (myndighedssagsbehandleren) mulighed for at vælge, hvad for et tilbud det kunne være. Og blandt den vifte af tilbud, er sundhedsplejen en del af det, de kan tilkøbe. Så de beskriver et egentlig formål og hvor meget, de forestiller sig, der skal bruges tidsmæssigt, og så bliver den en foranstaltning, der sættes i værk, altså med de sundhedsplejersker vi har i vores butik.”

Yderligere beskriver sundhedsplejen i kommune E, at bestemmelsen af formål og forløb i praksis foregår i dialog med en sundhedsplejerske:

”Hvis jeg skal sige det, så er det egentlig sagsbehandleren, der (bestemmer), fordi hun vælger at tilkøbe sundhedspleje. Så er det jo egentlig hendes ret at sige, hvad det er for en pakke, hun vil have. Men sådan som det foregår, så vil det typisk foregå i dialog, fordi sundhedsplejersken har måske allerede været derude (hos familien), så sagsbehandleren kontakter den her sundhedsplejerske; ’Jeg har hørt, du er i den her familie, jeg forestiller mig sådan og sådan, jeg kunne se, det ville give mening, hvis du kunne komme noget ekstra derude, hvordan passer det ind, og hvad siger du?’. Så det bliver jo, for mig at se, ofte i sparring, at det her, det bliver, til hvad det så bliver. Fordi sagsbehandleren er jo heller ikke altid i stand til at sige, hvad det er, der skal ske. Men det er ligesom rammen, som hun sætter for, en gang om ugen til en start en times varighed, og derefter skruer vi på det, og det handler om tilknytning til barnet. Så er det egentlig sundhedsplejersken, der byder ind med fagligheden i forhold til, hvad er det så. Og det kan jo være, at der er andre foranstaltninger hun (sagsbehandleren) også køber ind i den familie, som kunne være familiebehandler eller noget.”

Sundhedsplejen i kommune F anvender Servicelovens § 11 i deres udvidede sundhedspleje:

”Vi er jo en del af tilbuddet i § 11, 3. Vi har decideret sådan et koncept, som hedder udvidet sundhedspleje efter aftale med rådgiver. Så de henviser faktisk direkte til os.”

De fortæller yderligere, at der i denne § 11 også indgår en henvisning til et behandlende Familiecenter, hvor der kan opstå ventetid i modsætning til hos sundhedsplejen. Sundhedsplejen fortæller, at det kræver en underretning forud for et samarbejde med en sagsbehandler, hvilket begrænser den forebyggende tilgang som Servicelovens § 11 lægger op til:

”Vi kan jo godt gå ind og arbejde med dem (risikofaktorerne), men vi kan jo ikke sende en underretning på risikofaktorer. Det bliver der jo ikke reageret på vel. Hvis man kunne tage dem meget tidligere, så kunne det jo godt være, vi kunne hjælpe både børn og det hele.”

Kommune F italesætter hertil et ønske om midler og muligheder for at arbejde forebyggende med familierne, inden det bliver en § 11 indsats:

”Der, hvor man begynder at have mavefornemmelserne.”

De beskriver, at de herigennem kunne arbejde forebyggende i graviditeten for derigennem at undgå en § 11 indsats. Yderligere påpeger de, at deres forebyggende arbejde kunne udføres på baggrund af en beregning af sårbarhed ud fra den pågældende families risikofaktorer.

Sundhedsplejen i kommune G anvender ikke Servicelovens § 11. I denne kommune er det sagsbehandlerne, der benytter denne paragraf til familier alt efter problemstilling. Her er det en familiebehandler, der anvendes til familien. Sagsbehandlerne ser gerne, at der går en underretning forud for en § 11 indsats. I kommunen sidder der en frontgruppe hos sagsbehandlerne, som modtager underretninger og laver § 11, 3 indsatser. Sundhedsplejen i kommunen fortæller følgende om brugen af § 11:

”Det er i hvert fald noget, som vi ikke kan lade være med at overveje. Og jeg synes, vi har så mange kvalifikationer i den her sundhedsplejerskegruppe. Så det kunne vi sagtens. Vi kunne sagtens løfte den opgave. Men vi kan det ikke, fordi vi ikke har ressourcer til det.”

Sundhedsplejen i kommune H anvender heller ikke Servicelovens § 11. Men selvom denne paragraf ikke anvendes, arbejder sundhedsplejen i kommune H forebyggende og med tidlig indsats:

”Altså myndighed og de her teams, hvis der er et eller andet, man kan gøre, så gør de det, fordi vi arbejder meget på at komme ind, inden [det udvikler sig til] en sag, og det er jo det, der hele tiden står, kan vi gøre noget, kan vi gøre noget andet end det vi plejer, og prøve at inddrage nogle andre ressourcepersoner i forhold til at støtte en familie.”

Samtlige interviewkommuner besidder et ønske om eller forsøger at arbejde forebyggende og tidligt forud for, at en problematik bliver en sag. Særligt hos én af kommunerne begrænser underretninger deres tidlige forebyggende arbejde hos sårbare familier, da en § 11 indsats forudsætter en underretning fra sundhedsplejersken.

7 Universelle tilbud i andre lande

Danmark, Sverige, Norge, og Skotland (UK) har alle et offentligt finansieret sundhedssystem med dækning af størstedelen af alle sundhedsydelser. Finansieringen på dette felt sker gennem skatter, og befolkningen har ingen eller begrænset privat sygesikring og er derfor afhængige af de sundhedsydelser, der varetages og tilbydes af de nationale sundhedssystemer (14)². Alle lande har en primærsektor med privatpraktiserende læger, som modtager honorering fra staten for behandlinger og ydelser (14).

Forskellig vægtning landene imellem

Tilbuddet i graviditet og de første af barnets leveår er sammenlignelige i alle fire lande, hvor alle tilbydes gratis forebyggende undersøgelser. I danske vejledninger om universelle forebyggende sundhedsydelser for aldersgruppen ses et familieorienteret perspektiv på sundhed med fokus på børn med særlig behov, hvor det tværprofessionelle samarbejde fremhæves (15, 16, 18). Nationale vejledninger i Sverige lægger også vægt på det tværfaglige samarbejde og fremhæver samarbejdet med den sociale sektor til barnets bedste (18, 19). I Norge ligger vægten på tidlig intervention, og at personalet skal have kompetencer til at opspore omsorgssvigt, manglende trivsel og udviklingsproblemer (18, 20). Skotland har haft en periode med nedskæringer i de universelle ydelser indtil 2015, hvor mere omfattende ydelser blev reintroduceret. Fokus i de nyeste skotske vejledninger ligger på 'progressiv universalism' defineret ved universelle indsatser til alle familier med fokus på yderligere støtte til familier med særlige behov (18).

Antallet af konsultationer varierer

Antallet af undersøgelser varierer fra land til land, men ligger mellem 10-12 konsultationer i graviditeten, inklusiv ultralydsscanninger (15, 21-23) og 10-17 kontakter i løbet af de første tre år af barnets liv inklusiv vaccinationer (16, 20, 24, 25). Sverige ligger øverst i antal konsultationer både under og efter graviditeten med hhv. 12 og 17 kontakter, mens Skotland har det mindst omfattende tilbud med hhv. 10 og 11 kontakter under og efter graviditeten (18, 19, 23-25).

Lægens rolle

Organiseringen af tilbuddene varierer dog en del landene imellem. I Danmark er den alment praktiserende læge gennemgående kontaktperson og ser familien lige så mange gange som både jordemoder og sundhedsplejerske (15, 16). Sådan forholder det sig hverken i Norge, Sverige eller Skotland, hvor lægen har en langt mindre rolle, og hvor jordemoder eller sundhedsplejersker er primære kontaktpersoner til sundhedssystemet. I både Sverige og Skotland ligger den primære kontakt i graviditeten hos jordemoderen, hvor den gravide kun har kontakt med lægen i forbindelse med komplikationer (22, 23, 26). I Norge derimod kan den gravide frit vælge mellem at have konsultationer udelukkende med jordemoder, læge eller i kombination med begge (21).

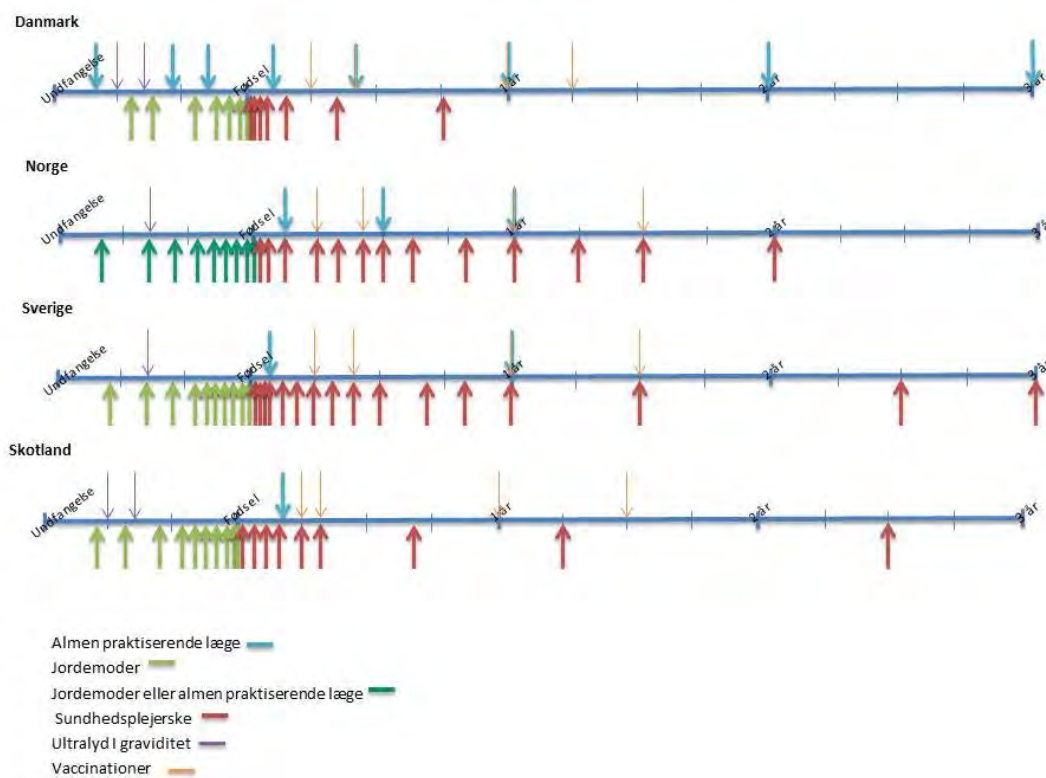
² Da dette kapitel er sammenskrevet fra litteraturgennemgangen refereres i dette afsnit direkte til referencer i Forskningsenhedens rapport i bløde parenteser (), hvor nummereringen er beholdt her. Disse referencer er at finde i referencelisten bagest i rapporten.

Landenes individuelle tilrettelæggelse af konsultationer

I figur 2 er antallet af konsultationer sat op på en tidslinje fra barnets undfangelse til dets 3. år.

Efter fødslen vil nybagte familier i Danmark have kontakt med sundhedsplejen de første 8-10 måneder og med lægen de kommende fem år inden skolestart. I Norge og Sverige derimod ser den nybagte familie kun lægen få gange inden fem års alderen, men ganske ofte sundhedsplejersken indtil skolealderen. I Skotland ser familien kun læge otte uger efter fødslen i forbindelse med en forebyggende børneundersøgelse, og ellers foregår kontakten udelukkende med sundhedsplejerske eller jordemoder.

Figur 2. Tidslinje over universelle forebyggende sundhedsydelser under graviditeten til barnets første tre leveår [3].



Note: I Danmark er også helbredsundersøgelser hos praktiserende læge ved 4 og 5 år.

Det første møde mellem familien og sundhedsplejen finder i alle fire lande sted i familiens hjem. I både Danmark og Skotland finder kontakten derefter stadig sted ved hjemmebesøg, mens det i Norge og Sverige er på sundhedscentrene, at familierne møder sundhedspersonalet. I Norge er sundhedscentrene fælles centre før og efter fødslen, hvor grundbemandingen er sundhedsplejerske, jordemoder, læge og fysioterapeut. I Sverige derimod er udgangspunktet separate mødre- og børnesundhedscentre, men til tider i kombination som familiecentraler, som yderligere kan inkludere socialektoren og eventuel børnehave. På de svenske centre er der som minimum læge, jordemoder og/eller sundhedsplejerske tilknyttet (18-20). Se også bilag 3.

Fokus i ydelserne er for alle fire lande både lagt på den fysiologiske, motoriske, sproglige og mentale sundhed for forældre og barn (18). Over de seneste årtier er der kommet en øget fokus på mental sundhed, og denne problematik er blevet en helt central opgave i alle inkluderede

lande. Mens Danmark og Skotland har en mindre struktureret tilgang til opsporingen af udsatte, har både Norge og Sverige en mere systematiseret tilgang. I norske vejledninger anbefales løbende tjeklister i forhold til barnets fysiske og mentale tilstand.

7.1 Litteraturstudie - Viden om opsporing af og indsatser for målgruppen

Forskningsenheden for Almen Medicin, SDU, har udført et litteraturstudie med det formål at afdekke, hvilken viden, der allerede eksisterer omkring opsporing og indsatser for sårbare og udsatte gravide, børn og forældre til 0-3 årige. Undersøgelsen blev afgrænset så kun de lande, der har et sundhedssystem, der er sammenligneligt med det danske, blev medtaget. Det er Sverige, Norge, Island, Finland og UK. Se bilag 4 for beskrivelse af de inkluderede studier.

Gennemgangen af litteraturen afslører, at der er ganske få områder med tilstrækkelig, robust og dækkende viden. De områder, hvor man har forholdsvis megen viden, er i forhold til ydelser i forbindelse med amning, depression og vægttab. Her har fundne studier været af tilfredsstillende kvalitet og peget i samme retning og har derfor været i stand til at indikere betydningen af ydelserne.

I forhold til tilknytning og forældreevne findes en del danske, norske og svenske projekter med et tværfagligt fokus for derigennem at sikre en tværgående indsats, større bæredygtighed, bedre forløb for borgerne og endelig bedre handlingsmuligheder efter opsporingen. Nogle projekter handler om opsporingen, mens andres omdrejningspunkt er den ydelse, som tilbydes efterfølgende. Både i Danmark, Sverige og Norge har man forsøgt sig med hhv. specifikke programmer såsom ICDP (International Child Development Programme) og 'De Utrolige År' og mere "hjemmestrikkede" programmer. Fælles for dem alle er, at evalueringerne mangler stringens og styrke. Et eksempel herpå er evalueringer, som udelukkende vurderer på baggrund af brugerevalueringer fra forældre, som har gennemført hele programmet. Et andet eksempel er, at der ofte ikke gøres forsøg på effektevalueringer, og hvis den endelig er medtaget, så gøres det via før og eftermålinger uden kontrolgruppe. Der er således behov for metodisk hjælp fra forskningen til at skabe større evidens og viden på en lang række områder. Det er imidlertid vigtigt, at denne forskning og vidensopbygning sker i et tæt samarbejde med feltets praktikere.

Børns og forældres sundhed og velvære

Litteraturgennemgangen fandt overordnet kun få studier, der specifikt måler på betydningen af en del af de universelle forebyggende sundhedsydelse i forhold til børns sundhed og velvære, men ofte er målingen rettet mod forældres sundhed. De mest fremtrædende effektmål er inden for amning (delvis eller fuld), depressionsscore (EPDS), vægtøgning i graviditeten, kost og fysisk aktivitet.

Studier, som måler direkte på børns sundhed finder oftest sted i graviditeten. Et studies resultater indikerer, at en fast jordemoderordning fører til færre indlæggelser på neonatalafdelingen i forbindelse med fødslen (30), mens et andet studie finder, at systematiseret støtte til livsstilsændringer under graviditeten medfører færre børn født med høj fødselsvægt, >4000g (40).

Derudover ser to studier på vejledning af mødre og effekten på børns kost. Det ene af studierne ser desuden på effekten på mængde af barnets fysiske aktivitet og vægt. Man finder ingen betydning for BMI og fysisk aktivitet, men at vejledningen af mødre fører til en selvrapporteret

ændring i adfærd ift. barnets kost (41). Det andet studie fokuserer på vejledning af småbørns-kost og resultater indikerer, at vejledning gennem workshops fører til, at mødre rapporterer, at de går over til fast mad senere og undgår uhensigtsmæssigt mad til børnene (53).

Flere studier finder, at tilstedeværelse af sundhedsplejerskes vejledning øger varighed af både delvis og fuld amning (35, 49, 50, 52). Mens et studie omhandler en strejkeperiode, som fratog kvinder muligheden for vejledning, efteruddanner man i de tre andre studier sundhedsplejersker i at give en bedre vejledning. Uanset design peger resultaterne på en positiv betydning for ammevarighed. Der bliver dog også fundet studier, som ikke viser nogen effekt i forhold til amning (47, 48, 51). Det handler her om ammeundervisning under graviditeten, tilbud om ammegrupper og vejledning af udenlandske mødre.

Litteraturstudiet fandt flere studier, som antyder, at efteruddannelse af sundhedsplejersker i depression og støttende samtaler afhjælper depressionssymptomer bedre over tid end hos kvinder, som får støtte hos sundhedsplejersker uden efteruddannelse (54, 56, 64). Andre studier forsøger sig med varierende tiltag for at afhjælpe depressionstegn hos den nybagte mor, men uden held, mens et studie forsøgte sig med ekstra 'lyttebesøg' til kvinder med depressionssymptomer (57), og et andet prøvede med ugentlige besøg af sundhedsplejersker 2-8 uger efter fødslen (34).

Vægtøgning i graviditeten, fysisk aktivitet og kost blev undersøgt i flere inkluderede studier (36-40), som alle finder, at fokuseret støtte, fastsættelse af mål for vægt og opfølgning bidrager til, at gravide kan kontrollere deres vægtøgning. Projekter, som ikke har tydelig fokus på livsstil, vægt og opfølgning ser ikke ud til at lykkes i samme grad.

Litteraturstudiet fandt desuden tre studier, som ser på rygestopsamtaler, og alle tre studier viser en ret lav succesrate (36, 42, 65). Desuden viste studierne, at personale føler, at de mangler kompetencerne til at give gode rygestopråd og støtte i den forbindelse.

Opsporing

Nogle identificerede studier ser på opsporingen af sårbare og udsatte børn i alderen 0-3 år og deres forældre. To af studierne er beskrivende studier om eksisterende dansk praksis. Årsrapporten fra Databasen Børns sundhed beskriver den opsporing, som sundhedsplejen gør i forbindelse med deres hjemmebesøg ud fra de bemærkninger, den enkelte sundhedsplejerske laver i journalen. Her er moderens mentale sundhed, samt barnets motorik og tilknytning de områder med hyppigste bemærkninger (32). Evalueringen af de forebyggende børneundersøgelser beskriver lægernes arbejde med opsporing, hvor 7 pct. gav anledning til yderligere undersøgelser (33).

To studier undersøger det optimale tidspunkt for opsporingen af udsatte og sårbare børn og deres forældre og finder, at tidlig vurdering af udsathed, skønt nyttig, ikke kan opspore alle i målgruppen og er i sig selv utilstrækkelig, og at en senere vurdering derfor er nødvendig (44, 45).

Den nylige afsluttede slutevaluering af satspuljen for "Styrket indsats for svangreomsorgen for udsatte gravide" finder, at en effektiv opsporing af målgruppen krævede en systematisk og målrettet visitation, hvis hele målgruppen skal nås (59). Nogle af satspuljeprojekterne benytter en systematiseret tilgang til opsporingen, hvor alle gravide bliver stillet de samme spørgsmål for at identificere, hvorvidt de er udsatte i stedet for at nøjes med jordemødrenes faglige vurdering.

Selvom den systematiserede tilgang ikke er et valideret screeningsværktøj, så er den imidlertid mere effektiv til at opspore målgruppen end den ikke-systematiske faglige vurdering. Erfaringer viser, at tilgangen opsporer kvinder, som ellers kunne være forblevet uidentificerede. Andre projekter i satspuljen benytter både systematisk visitation og netværk som opsporing, og selvom det sikrer tilstrækkelig med deltagere, har det også betydet, at nogle af de gravide, som er blevet opsporet gennem netværk i realiteten ikke er sårbare.

Fastholdelse

Kun to studier ser direkte på fastholdelse af de udsatte børn og deres forældre, derimod er der en del studier, som ser på tilfredshed. Et studie benytter en støttende tilgang til unge mødre og finder efter endt studieperiode, at disse kvinder gør mere brug af andre ydelser end unge mødre uden støtte (36). Evalueringen af satspuljeprojekterne for ”Styrket indsats for svangreomsorgen for udsatte gravide” viser, at fastholdelse af udsatte gravide kræver en særlig indsats, hvor der skal være tid til den personlige kontakt, som samtidig skal være fordomsfri og konstruktiv. Ligeledes er udnyttelsen af de teknologiske muligheder med til at fastholde deltagerne i projekterne, uanset det er brug af SMS, eller brug af facebookgrupper, hvor deltagerne kom tættere på hinanden og sundhedspersonale (59).

Tilfredsheden ser ud til at være afhængig af fire overordnede faktorer: Fast personale, efteruddannelse af sundhedspersonale, som kan give ensrettet og sammenhængende vejledning, gruppekonsultationer og teknologiske muligheder for kommunikation udover almindelige kontakt.

Måltretning af ydelser

Hovedparten af indsatserne fokuserer på den brede befolkning og initiativer, der gælder alle. Dog er det en balancegang, hvor det altid bør overvejes, om begrænsede ressourcer kan fordeles bedre med fokus på højrisiko- grupperne og de særligt udsatte grupper, og om man skal indføre et parallelt forløb for disse i retning af de ydelser som tilbydes i Sverige og Norge. Beskrivelserne af landenes organisering og fundne studier i forhold til betydningen af ydelserne viser, at både Danmark, Norge, Sverige og Skotland har fokus på sundhedsfremme i den brede befolkning, men er opmærksomme på sårbare og udsatte børn, og hvordan man opsporer dem, og at man bør have tilbud til dem efter opsporing. Her skiller Skotland sig lidt ud fra de andre lande, da det primære fokus og formål med de universelle ydelser er at opspore og tilbyde yderligere støtte til udsatte. Tilbud og indsatser varierer selvfølgelig i forhold til landenes kontekst og behov, men dette fremgår ikke tydeligt af litteraturstudiet. Det er dog tydeligt at se (Figur 2), at man i Norge og Sverige har større fokus på kontakt også efter fødslen, og at den primære kontaktperson hhv. før og efter fødslen har større råderum til at yde ekstra støtte til familien.

Efteruddannelse af sundhedspersonale

De tidligere studier, som litteraturstudie fandt, viser, at efteruddannelse af sundhedspersonale indenfor amning, vægttab, depression og tilknytning giver personalet værktøjer til at yde en kvalificeret indsats, hvor vejledning kan være sammenhængende, valid og ensrettet. Desuden øger efteruddannelse af sundhedspersonale familiernes tilfredshed med den forebyggende sundhedsydelse, ligesom resultater fra den fundne litteratur viser, at det har betydning i forhold til barnets eller forældrenes sundhed og velvære. Således peger studier på, at efteruddannelse af sundhedspersonale i amning fører til længere amme-varighed (35, 49, 50, 52). Ligesom efteruddannelse af sundhedspersonale i fødselsdepressioner og støttende samtaler medfører større fald i

EPDSScore hos mødre, som modtager vejledning af dette personale, end hos mødre, hvis sundhedsplejersker ikke har efteruddannelse i fødselsdepressioner (54-56).

Studier viser også, at sundhedspersonale efterspørger mere (evidensbaseret) efteruddannelse i forskellige tematikker, da de føler sig underkvalificeret og ineffektive i at udføre opgaven, bl.a. i forbindelse med rygestop (42). Sundhedsplejerskerne tillægger hovedsagligt følelsen, at de mangler tilstrækkelige kompetencer på området. Et andet studie [66] understøtter denne pointe. De ser på sundhedsplejerskers opsporing af problemer i forholdet mellem forældre og børn. Generelt benytter sundhedsplejersker adskillige metoder i deres vurderinger og fremhæver vigtigheden af kontinuitet med familier over tid og besøg i hjemmet for at de kunne vurdere forholdet. Samtidig udtrykker sundhedsplejerskerne usikkerhed i arbejdet, og efterspørger mere viden og formel efteruddannelse i opgaven med at skulle opspore udsatte grupper.

Efteruddannelse er således efterspurgt af personalegruppen; jordemødre, læger og sundhedsplejersker. Samtidig viser tidligere studier, at netop dette har en betydning for den nye familie.

Systematisk tilgang

Efteruddannelse fører oftest til en mere systematisk tilgang fx i vejledningen af familierne eller i opsporingen af udsatte. Det viser studierne omhandlende fødselsdepression (54-56) og vægttab [37-39]. Men også i flere af de tværfaglige projekter (59-61) fandt forskerne, at en struktureret tilgang til opsporingen af sårbare og udsatte øger sensitiviteten i forhold til at identificere målgruppen. Øget sensitivitet i opsporingen er essentielt, da forebyggende indsatser kan være afgørende for familier med små børn. Argumentet herfor er, at man i mange tilfælde vil kunne nøjes med let støttende vejledning, forudsat hjælpen sker tidlig og rettidig og dermed forhindrer, at problemstillinger vokser sig større og vil kræve mere omfattende indsats.

Sundhedsstyrelsen fremhæver gennem deres definition af børn med særlige behov, at der, foruden den klassiske socialt udsatte gruppe, også findes en anden mere usynlig gruppe af udsatte børn. Denne gruppe børns forældre formår at 'skjule' udfordringerne i kontakten med systemet, eller også er de ikke selv opmærksomme på, eller er ikke klar til at erkende, at de har visse udfordringer i deres forældreskab (15, 16). Evalueringen af 'Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide' fandt netop, at en struktureret tilgang identificerede gravide "som ellers ville have gået under radaren" [7]. Det er specielt familier med udfordringer i forbindelse med tilknytning, forældreevne og mental sundhed, som 'går under radaren'.

Brug af screeningsværktøjer

Et britisk studie (67) ser på, hvorvidt sundhedsplejerskers vurdering af forældreevne og tilknytning er samstemmende med vurdering lavet på basis af et screeningværktøj. De finder, at mens værktøjet tager både mor, samspil og barn i betragtning i vurderingerne, så glemmer en del sundhedsplejersker at 'se' barnets reaktioner og adfærd i deres vurdering af forhold og tilknytning mellem forældre og barn.

Et andet britisk studie undersøger implementeringen af et screeningsværktøj til opsporingen af problemer i tilknytningen mellem forældre og børn (68). Her finder forskerne, at et sådan systematiseret værktøj fremhæver vigtige faktorer, som man bør være opmærksom på i en vurdering af forholdet, og som kan hjælpe personalet til at se eventuelle problemer. Dog er ikke alle sundhedsplejersker glade for værktøjet, da flere føler, at deres faglige vurdering bliver neglige-

ret. Derudover er flere bekymrede for forældrenes reaktion på at blive vurderet ud fra et screeningsværktøj og tager derfor ikke værktøjet frem i forbindelse med besøget hos familien, men først bagefter ved journalskrivningen.

Gruppekonsultationer

Forskningsgruppen for Almen Medicin fandt kun få studier, der ser på betydningen af gruppekonsultationer. Derudover er resultaterne om gruppekonsultationer modsatrettede og bør derfor tolkes varsomt. Deltagerne i gruppekonsultationer ser ud til at være mere tilfredse, have større indflydelse på indholdet end ved individuelle konsultationer og får større netværk for deltagerne (27, 28). Det understøttes af et studie med fokus på gruppeforløb, som finder, at venskaber med ligestillede opstået i graviditeten støtter nybagte mødres mentale sundhed og øger deres self-efficacy, idet de gennem venskaber kan få bekræftelse i, at deres børn har det godt og er normale i forhold til udvikling (69).

Samtidig viser resultaterne også, at rekrutteringen til gruppeforløb er yderst udfordrende og besværlig (58, 59). Ikke alle udsatte familier kan rumme gruppeforløb, men har nok i egne udfordringer. Noget kunne således tyde på at det er en selekteret gruppe, der vælger at deltage i gruppeforløb – en gruppe der ikke nødvendigvis er repræsentativ for hele populationen.

Studiet af Pontoppidan et al. [58] viser med stor tydelighed, at det ikke er optimalt at sætte alle mødre, ressourcestærke såvel som ressource svage i samme gruppe, da de netop finder, at deres forældrekursus havde en negativ virkning for ressource svage mødre.

I et studie, som ser på betydningen af faktorer ved gruppekonsultationerne, har man undersøgt den måde, som sundhedsplejersker leder gruppekonsultationer på. Artiklens forskere finder, at ledelsesmetoderne påvirker både dannelse af venskaber og udvikling af forældrekompetencer. Studiet peger ligeledes på, at efteruddannelse i gruppedynamikker og gruppeledelse til sundhedsplejersker er vigtigt i forsøget på at opnå højere kvalitet i gruppekonsultationerne (70).

Teknologiske muligheder

I litteraturstudiet kom der flere artikler frem, der undersøger betydningen af og mulighederne for brugen af teknologi i kommunikationen mellem sundhedspersonalet og familierne; som telefonsamtaler, på SMS og Facebook-grupper (29, 38, 59). Overordnet viser studierne, at teknologien fremmer fastholdelsen af målgruppen, idet den styrker sammenholdet med enten sundhedspersonalet eller de andre deltagere i gruppen.

Dette ses også i studier fra Finland (71, 72), der ser på en udelukkende internetbaseret intervention, hvor støtte til forældreskab, amning og spædbarnspleje var tilgængeligt online i form af artikler, diskussionsforum og råd fra eksperter. Selvom studierne så en stigning i tilfredshed med eget forældreskab og mindskning af tegn på depression over tid, var denne ikke større i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. Der ser således ud som om, at teknologiske løsninger hverken bliver foretrukket fremfor personlige møder med sundhedspersonale eller kan stå alene, men at teknologi med fordel kan bruges til at øge kommunikation, hvis den anvendes med omtanke og med specifikt formål, hvorved den kan have en ønsket effekt.

Familien som helhed

Størstedelen af den publicerede viden om sundhedsplejens betydning findes i forhold til barnet og dets mor, men der er ingen viden fundet om, hvilken betydning sundhedsplejen har for fædrene. I det hele taget har der indenfor forskningen været ret begrænset fokus på familien som helhed eller faderen som individ med den rolle, han indtager. Sverige har i Norden været foregangsland i processen med at inddrage fædre i ydelserne.

Således finder et svensk studie, at familierne ønsker, at både kvinden og hendes partner bør blive set som medspillere, da dette vil øge tilfredsheden og den overordnede kvalitet af ydelserne (75). Et andet studie fra Sverige viste, at forældre føler, at der hverken i graviditet eller barselsperioden bliver taget hensyn det tætte følelsesmæssige bånd, der findes mellem to forældre. I stedet bliver faderen ofte behandlet som en udenforstående person uden betydning for barnets ve og vel, hvilket ofte førte til frustrationer hos forældrene (76).

Et sidste studie fra Sverige finder, at fædre er interesserede og ønsker at være aktive deltagende, men har svært ved at finde fodfæste og funktion i familien (77). Evalueringen af satspuljen 'Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide' ser på inklusionen af faderen i ydelserne og finder, at deltagelse af faderen forudsætter en aktiv og opsøgende invitation til indsatserne direkte målrettet faderen (59).

8 Opsamling og anbefalinger fra informanterne

Satspuljepartierne afsatte i efteråret 2016 midler til en styrket sundhedsplejeindsats overfor udsatte og sårbare gravide, børn og familier. For at udvikle og forandre kommunale indsatser, der matcher målgruppens behov, er det nødvendigt at kende de kommunale sundhedsplejeordninger og deres nuværende tilbud til familierne, og hvilke metoder der bliver anvendt til at opspore og kategorisere sårbare og udsatte gravide, børn og familier.

Formålet med denne rapport har været at belyse omfanget af kommuners universelle sundhedsplejeydelser samt afdække, hvilke ydelser kommunerne stiller til rådighed for familier med særlige behov, de sårbare og udsatte familier og hvilke kategoriseringsmetoder man anvende. Herunder har formålet også været at belyse det tværfaglige samarbejde i kommunerne, kommunernes øvrige tilbud til familierne samt at beskrive organiseringen af sundhedsplejeordningens konsulentfunktion til dagtilbud afgrænset i forhold til udsatte børn.

Derudover er de universelle tilbud i de nabolande, der har et sundhedssystem, som er sammenligneligt med det danske (Norge, Sverige og Skotland), blevet kortlagt, og et litteraturstudie har set på, hvilken relevant eksisterende viden, der er publiceret på området.

Datagrundlaget for rapporten omfatter to landsdækkende spørgeskemaundersøgelser med besvarelse fra hhv. 97 og 75 kommuner samt interviews af ledere og nøglepersoner fra otte forskellige kommuner udvalgt, så de repræsenterer hele landet geografisk såvel som den socioøkonomiske sammensætning. Endelig er foretaget to interviews med ressourcepersoner på området.

Organisering og omfang af universelle ydelser

Alle kommuner tilbyder forebyggende sundhedsydelser til børn og familier ved en sundhedsplejerske. De kommunale sundhedsplejeordninger er langt overvejende organiseret i en Børne- og ungeforvaltning eller i en Sundheds- og/eller Socialforvaltning. I 76 kommuner er det daglige arbejde i sundhedsplejeordningen ledet af en sundhedsplejerske, og 71 kommuner er sundhedsplejen organiseret i samme forvaltningen som kommunens børne- familiesagsbehandlere. I både spørgeskemaundersøgelsen foretaget af SIF og i de efterfølgende interviews fremhæver respondenterne, at særligt den fælles ledelsesmæssige koordinering af sundheds- og myndighedsområdet og det at være placeret i nærheden af hinanden, fremmer samarbejdet omkring de sårbare familier. Yderligere nævnes ofte den faglige leder, som den person sundhedsplejersken inddrager, når sårbare familier med behov for indsatser, udover de generelle ydelser, skal vurderes og kategoriseres.

De kommunale sundhedsplejeordninger tilrettelægger en række universelle ydelser der, jf. bekendtgørelsen for området, er en forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Formålet med indsatserne er at oplyse og vejlede forældrene og at føre tilsyn med barnets fysiske og psykiske sundhed og trivsel i bl.a. barnets hjem og dagtilbud. Kun cirka 38 pct. af kommunerne tilbyder graviditetsbesøg til alle førstegangsfødende og 24 pct. tilbyder det til flergangsfødende, hvoraf tre kommuner tilbyder kontakten i graviditeten som konsultation. Antallet af hjemmebesøg, som kommunerne tilbyder i barnets første leveår, svinger mellem et og otte besøg med gennemsnitligt færre besøg til flergangsfødende. Omkring 83 pct. af kommunerne har tilrettelagt en række hjemmebesøg i barnets første leveår, således at disse kommuner lever op til Sundhedsstyrelsens

anbefalinger om fem forebyggende hjemmebøg, der hver for sig er begrundet i forhold, som er væsentlige for at vurdere barnets sundhed, udvikling og trivsel.

Kun 36 pct. af kommunerne tilbyder hjemmebesøg, efter barnet er fyldt 10 måneder, til førstegangsfødende og 27 pct. til flergangsfødende. Både spørgeskemaundersøgelsen og fokusgruppeinterviewene viser, at der er et generelt ønske i sundhedsplejeordningerne om tilbud om hjemmebesøg efter barnet er fyldt ti måneder og gerne frem til barnets skolestart. Hertil peger sundhedsplejerskerne primært på muligheden for tidlig opsporing af overvægt, men også i forhold til at identificere sårbare børn og familier med behov for en særlig individuel indsats.

Yderligere er der et generelt ønske om graviditetsbesøg i de kommuner, der ikke har et tilbud til alle, da graviditetsbesøg anses som væsentlige i forhold til tidlig opsporing samt mulighed for at initiere en tidlig, tværfagligt tilrettelagt forebyggende indsats.

En gruppe sundhedsplejersker fremhæver de tidligste hjemmebesøg som særligt vigtige for at inddrage barnets far. Yderligere peger de på, at tidspunktet for, hvilken tid på dagen hjemmebesøg og gruppeaktiviteter tilrettelægges, er afgørende for faderens mulighed for at engagere sig og indgå på lige fod med barnets mor i sundhedsordningernes tilbud.

Gennemgående fremhæver sundhedsplejerskerne, at den kontinuerlige og rammesatte kontakt med alle familier er helt afgørende for, at de er i stand til at identificere de sårbare familier med særlige behov. Sundhedsplejerskerne fremhæver også, at familier med en ophobning af potentielle risikofaktorer og aktuelle problemer som udgangspunkt tager imod en individuel tilrettelagt sundhedsplejeindsats, og at familierne ofte kan klare sig med sundhedsplejens indsats eller en mindre indgribende tværfaglig indsats. Derimod kan situationen i familier, uden på forhånd åbenlyse risikofaktorer, pludselig ændre sig. I forhold til den første gruppe fremhæver sundhedsplejerskerne at udvidet sundhedspleje altid accepteres af denne sårbare gruppe, netop fordi en sundhedsplejeindsats ikke er stigmatiserende i samme omfang, som et fx et familiebehandlingstilbud kan være. I forhold til gruppen, der ikke på forhånd kan identificeres som værende i risiko, fremhæver sundhedsplejersken, at de ikke har mulighed for tidligt at identificere denne gruppe, hvis de ikke løbende er i kontakt med dem.

Tabel 11 viser kommunernes forslag til indsatser, der kan styrke sundhedsplejen til sårbare børn og familier, opdelt efter om de nævnes i forbindelse med identifikation og vurdering af, om en familie hører til målgruppen, eller om der er en indsats, de ønsker at kunne tilbyde allerede eksisterende familier. Opdelingen er idealtypisk, og for nogle indsatsers vedkommende vil der være tale om en glidende overgang. Eksempelvis kan graviditetsbesøg til alle både lede til tidligere identifikation af sårbare gravide og gøre det muligt at vejlede den gravide om, hvordan hun fx ved at omlægge sin livsstil kan støtte sit fosters sunde udvikling.

Tabel 11. Kommunernes ønsker til indsatsen for sårbare familier [1].

<i>Indsatsniveau</i>	<i>Identifikation</i>	<i>Indsats</i>
<i>Kommune A</i>		
Sundhedspleje (SPL)	<ul style="list-style-type: none"> SPL inddrages under graviditet og i hele forløbet 	<ul style="list-style-type: none"> Ugentligt besøg af 2 SPL i "tunge" familier i 3-6 måneder Råd til COS-p og De Utrolige År (DUÅ) forløb m.m.
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> Uddanne SPL til screening af tilbage-trækning hos børn Tidligere identifikation (under graviditet) 	<ul style="list-style-type: none"> Team af 1 SPL + 1 familiebehandler til sårbare gravi-de/familier § 11.3 bruges til udvidet sundhedsplejerskebesøg eller besøg af ovennævnte teams Større mulighed for ugentlig SPL ud over 2 måneder
<i>Kommune B</i>		
Sundhedspleje	<ul style="list-style-type: none"> Graviditetsbesøg til alle 	<ul style="list-style-type: none"> Undervisning v. div. faggrupper til sårbare familier og gravi-de DUÅ 0-1 år til udsatte gravide og familier Indsats til børn af psykisk syge (cafe, undervisning)
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> Bedre samarbejde med føde- og barsels-gang ift. observationer 	<ul style="list-style-type: none"> Uddanne dagtilbuds-pædagoger til lettere familiebehandling Uddanne forældre i konfliktskilsmiss Uddanne sårbare gravide via vuggestuepraktik
<i>Kommune C</i>		
Sundhedspleje	<ul style="list-style-type: none"> Graviditetsbesøg til alle (SPL) 	<ul style="list-style-type: none"> Flere hjemmebesøg til flergangsfødende m. inddragelse af rette tværfaglige kompetencer
Sagsbehandlere m.fl.	<ul style="list-style-type: none"> Graviditetsbesøg også til flergangs-fødende 	<ul style="list-style-type: none"> § 11.3-forløb i SPL med visitation fra myndighed Mulighed flere gravidbesøg for sårbare Udvidet graviditetsforløb for sårbare (SPL+) Flere barselsbesøg, flergangsfødende Barselsbesøg m. øget fokus på sansemotorisk udvikling
<i>Kommune D</i>		
Sundhedspleje	<ul style="list-style-type: none"> SPL ABDD-screene børn + EPDS-screene forældre (alle) Fokus på parforhold, samliv 	<ul style="list-style-type: none"> SPL til alle familier frem til skole (fx 1,5 og 3-årsbesøg)
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> Flere midler til gode screeninger og un-dersøgelser af familierne 	<ul style="list-style-type: none"> Flere midler til SPL-besøg som tidlig indsats Flere midler direkte til socialt belastede familier

Identifikation og kategorisering af målgruppen

Af SIF's undersøgelse tilkendegiver omkring 28 pct. af kommunerne, at de anvender niveau-inddelingen beskrevet i Anbefalinger for Svangreomsorgen til at kategorisere sårbare gravide. Sundhedsplejerskerne i interviewkommunerne mener sammenstemmende, at niveauinddelingen er anvendelig, især i forhold til ydergrupperne (niveau 1, 2 og 4), men at det kan være vanskeligt i en tværfaglig sammenhæng at beskrive niveau 3 (gravide med komplekse sociale, medicinske eller psykologiske problemstillinger).

Omkring halvdelen af kommunerne anvender ingen på forhånd fastlagte kriterier til at vurdere sårbare børn og familiers behov for indsatser udover sundhedsordningens universelle ydelser. Heraf angiver cirka en tredjedel af kommunerne, at det alene er sundhedsplejersken, som på baggrund af sit faglige skøn vurderer, om et barn eller en familie er sårbar, og om der er et eventuelt behov for en særlig indsats. I et mindre antal kommuner kvalificeres den enkelte sundhedsplejerskes vurdering ved sparring med en leder eller erfaren kollega. 29 kommuner anvender skriftligt udarbejdede kriterier, hvorimod 20 kommuner angiver, at antallet af kontakter ud-

over kommunens universelle ydelser sætter rammen for, hvornår et barn eller en familie vurderes som sårbar eller at have behov for en særlig indsats.

Cirka halvdelen af sundhedsplejeordningerne anvender EPDS til at opspore mødre med fødselsreaktioner, mens fædrene i et mindre omfang, eller slet ikke, tilbydes screening. Screening eller standardiserede metoder anvendes i mindre omfang til opsporing af vanskeligheder blandt børn. Aktuelt er det hyppigst anvendte screeningsinstrument Alarm Distress Baby Scale (ADBB), som benyttes til undersøgelse af social tilbagetrækning. Generelt efterspørger kommunerne standardiserede metoder til opsporing af helbreds- og udviklingsmæssige vanskeligheder. Således angiver flere kommuner, at de selv har udviklet metoder til at identificere sårbare børn, ligesom en enkelt kommune fx har valgt at kombinere to skalaer, som hver for sig er udviklet til opsporing af efterfødselsreaktioner blandt henholdsvis mænd og kvinder.

De tværprofessionelle fokusgrupper af kommunale medarbejdere og ledere på tværs af socialområdet og sundhedsplejen bekræfter, at de sårbare familier er en vanskeligt afgrænset målgruppe. Det er en meget bred vifte af sammensatte sociale og problemstillinger, der kan ligge bag, at en familie har brug for hjælp, og derfor er det også forskelligt, hvilken type hjælp der er brug for og hvor længe. Kommunerne oplever udfordringer i forhold til at identificere og tilbyde relevante indsatser for sårbare familier, hvad enten disse beskrives som ”tunge familier” eller ”gråzonefamilier”. Der er ikke store forskelle på, hvordan sagsbehandlere og sundhedsplejersker beskriver familierne, men begge faggrupper oplever, at andet sundhedspersonale (fx jordemødre, ansatte i psykiatrien, praktiserende læger og personalet på barselsgange) ikke er dygtige nok til at identificere og underrette kommunen om muligt sårbare familier på et tidligt tidspunkt i problemudviklingen. Sundhedsplejersken har potentiale for at være et koordinerende mellemlid, både mellem socialområdets sagsbehandlere og det sundhedsfaglige personale i sundhedssektoren; og mellem familierne og alle de forskellige instanser på tværs af social- og sundhedsområdet. I forhold til tidlig identifikation og undersøgelse kan sundhedsplejerskerne også spille en rolle som kommunens udsendte medarbejdere i jordemoderklinikker og på barselsgange. Formålet skulle være, at sundhedsplejersken er specialiseret i forhold til at få afdækket de aspekter ved forældrenes egen opvækst og tilværelse, der erfaringsmæssigt kan medvirke til at give dem udfordringer i forældreskabet.

Efteruddannelse i screeningsmetoder og tværprofessionelt samarbejde

Fokusgruppemedlemmerne i VIVE's undersøgelse foreslår at styrke sundhedsplejeindsatsen og tilbuddet til de sårbare familier ved at efteruddanne sundhedsplejersker i screeningsmetoder som ADBB og ved at give socialområdet mulighed for (fx via § 11.3) at købe pakker bestående af ekstrabesøg fra sundhedsplejerske, eller, alt efter behov, fra et tværprofessionelt team bestående af relevante fagpersoner. Det kan eksempelvis være et team bestående af en sundhedsplejerske i kombination med familiebehandler eller af en sundhedsplejerske, en psykolog og en sagsbehandler. En sådan pakkedesign har flere fordele: I forhold til identifikation kan den ekstra sundhedsplejeindsats give sundhedsplejersken mulighed for at observere gråzonefamilier i en længere periode og med sparring fra en kollega, en familiebehandler eller anden relevant fagperson. I den forbindelse er det værd at bemærke, at undersøgelsen viser, at der er forskel på hvilke metodiske redskaber, fagpersonerne bruger i arbejdet med familierne, både fra fagperson til fagperson og kommune til kommune og indbyrdes i kommunen. Man kunne derfor ønske, at kommunerne som en del af en styrket sundhedsplejeindsats også har fokus på at sørge for, at sundhedsplejerskerne og andre involverede mestrer og benytter de screeningsredskaber og stan-

dardiserede metoder, der virker bedst i forhold til identifikation af målgruppen. Dette understøttes af litteraturgennemgangen.

Det samme gælder, når sundhedsplejerskebesøg er den indsats, der skal afhjælpe en sårbar families problemer. Fokusgrupperne er generelt meget positivt stemt over for sundhedsplejerskens muligheder som den fagperson, der kommer i familierne, og som kan bygge bro til resten af det kommunale system. Det er dog værd at bemærke, at en ekstra sundhedsplejerskeindsats ikke i sig selv sikrer, at en families problemer bliver løst, eller at kommunernes tilbud til sårbare familier er (lige) velfungerende. Det er derfor vigtigt at sikre sig, at sundhedsplejerskerne i forskellige kommuner er lige godt klædt på til at undersøge og afhjælpe familiers problemer, og hvordan muligheden er for at bevilge de ønskede indsatser i den enkelte kommune.

Det er bl.a. sundhedsplejens evne til at opnå samarbejde med familien samarbejde og fastholde familien i indsatsen, som deltagerne i fokusgrupperne fremhæver som en styrke. De begrundet det med, at sundhedspleje er et generelt tilbud, der derfor ikke opleves som ligeså ”farligt” og stigmatiserende som andre indsatser. Derfor har familier generelt, og ikke mindst de ofte foranstaltningstrætte familier i målgruppen af ”tunge” familier, en tendens til at sige ja til tilbud i sundhedsplejens regi og nej til andre tilbud. Det betyder imidlertid ikke, at de samme brede tilbud når hele målgruppen lige godt. Eksempelvis oplever flere af kommunerne i undersøgelsen, at de mest sårbare familier takker nej eller dropper ud af de forældreuddannelseskurser, som man havde håbet på, at cirka 80 pct. af kommunens familier ville benytte.

Fokusgruppeinterviewene viser også, at tværprofessionelt samarbejde er en integreret del af kommunernes indsats over for sårbare familier. Det er dog forskelligt, hvor velfungerende dette samarbejde beskrives af medarbejderne fra de enkelte kommuner. Udfordringer kan fx bestå i, at sagsbehandlere og sundhedsplejersker ved for lidt om hinandens kompetencer og muligheder, eller at kommunikationen omkring familiernes overgang fra sundhedsplejens regi til sagsbehandlernes ikke finder sted.

Omfang af ydelser udover de universelle ydelser

Alle kommuner tilbyder supplerende hjemmebesøg til familier med behov for en særlig indsats. Det har i denne afdækning ikke været muligt at estimere omfanget af ydelser udover de universelle til udsatte og sårbare familier, de såkaldte behovsfamilier. Det skyldes, at gruppen af udsatte og sårbare børn og familier defineres og kategoriseres på forskellig måde i kommunerne. Der tegner sig et billede af to overordnede måder at identificere og kategorisere gruppen på: 1) En opsporende, hvor sundhedsplejersken anvender et screeningsredskab, en standardiseret metode fx en standardiserede beskrivelse af kategorier af sårbarhed eller af en række risikofaktorer, og 2) Sundhedsplejerskens faglige skøn, hvor barnets eller familiens behov for indsatser udover kommunens universelle ydelser defineres ud fra, om sundhedsplejersken mener, at der er et særligt behov for det.

Udover hjemmebesøg tilbydes særlige gruppeforløb for sårbare gravide og forældre, som oftest tilrettelægges som forældreuddannelsetilbud. Det påpeges, at gruppeforløb, der forudsætter reflekterende øvelser, kan være begrænsende for særlige grupper af sårbare, ligesom de udsatte familier, der hyppigt er målgruppen for kurserne, kan opleve sig stigmatiseret i gruppen. Modsat har en kommune i forbindelse med et satspuljeprosjekt, særligt målrettet sårbare gravide og ny-

bagte familier, haft succes både i forhold til at reducere sårbarhed og øvrige risici og samtidig haft gode erfaringer med at involvere fædrene i hele forløbet.

Stort set alle kommunerne ytrer ønsker om at udvide omfanget af sundhedsplejen, så de generelle ydelser omfatter både graviditetsbesøg i hjemmet og besøg i perioden mellem barnets 10. måned frem til tre årsalderen. Sammenlignet med vores nordiske nabolande er det kun i Danmark, at sundhedsplejen ”slipper” børnene og familierne så tidligt. I Sverige tilses familierne frem til barnet er fyldt to år, og i Norge til barnet er tre år.

Kommunernes øvrige tilbud til familier

Langt størstedelen af de kommunale sundhedsplejeordninger tilbyder gruppeforløb for alle mødre, og omkring 20 kommuner tilbyder kombinerede grupper for både fædre og mødre. Fire kommuner angiver at have tilbud specifikt til sårbare fædre. Mere end halvdelen af kommunerne tilbyder forældreuddannelseskurser til alle førstegangsfødende, hvorimod 31 kommuner udelukkende tilbyder kurser til sårbare familier. Derudover tilbyder en lang række kommuner specifikke gruppetilbud for fx mødre med fødselsreaktion, unge mødre og mødre udenfor arbejdsmarkedet. Kendetegnende for gruppetilbuddene er, at det ofte er en sundhedsplejerske, som er ansvarlig for indsatsen.

Det tværfaglige samarbejde

I SIF's spørgeskemaundersøgelse angiver mere end halvdelen af deltagerne, at de ikke anvender fastlagte kriterier for, hvornår gravide, børn og familier har brug for en tværfaglig indsats. Hertil oplyser mere end 20 pct. af kommunerne, at de ingen lokale retningslinjer har for samarbejdet i den tværfaglige gruppe. I forhold til det tværfaglige samarbejde efterlyser flere af de kommunale sundhedsplejeordninger retningslinjer og metoder, der kan være retningsgivende for, hvordan det tværfaglige samarbejde skal udføres. Supplerende viser afdækningen, at tværfaglige redskaber fremmer og forbedrer dialogen på tværs af faggrupper og sektorer, og at de fremmer et fælles sprog og en fælles forståelse for det tværfaglige samarbejde og kategoriseringen af de sårbare gravide, børn og deres familier.

VIVE's spørgeskemaundersøgelse viser, at stort set alle de danske kommuner benytter tværfaglige teams til at inddrage bl.a. sundhedsplejen i indsatsen for sårbare familier, og at sundhedsplejen stort set altid er repræsenteret i disse teams. Den viser også, at respondenterne fra socialområdet opfatter dette samarbejde som velfungerende. Ifølge respondenterne inddrages sundhedsplejen i de fleste kommuner på basis af en kombination af faste kriterier og ad hoc-vurderinger. Samtidig viser undersøgelsen, at der er stor forskel på, hvilken andel af sagerne sundhedsplejen inddrages i, og at hver fjerde kommune kun inddrager sundhedsplejen i op til 20 pct. af sagerne.

I forhold til at nedsætte ventetiden for kontakt og hjælp til dagtilbud og skoler fremhæver en sundhedsplejeordning deres gode erfaringer med et tværfagligt akutteam. At den tværfaglige gruppe kan rykke ud med kort varsel har udover at afkorte ventetiden også medført øget tilfredshed og brug af den tværfaglige gruppe.

Det tværsektorielle samarbejde

Om det tværsektorielle samarbejde italesættes samarbejdet med de praktiserende læger som mangelfuldt. I forhold til sårbare gravide peger interviewkommunerne særligt på barrierer som manglende eller sen henvisning, og sparsomt beskrevet sygdomsstatus, fx i forhold til aktuell psykisk sygdom som forhold, der begrænser muligheden for tidlig forebyggende indsats. Blandt de interviewede sundhedsplejeordninger fremhæves samarbejdet med jordemødre om den gravide overvejende positivt. Jordemødrene har mulighed for tidligt at henvise de sårbare gravide til sundhedsplejen, og især to satspuljeprojekt-kommuner fremhæver gode resultater i forhold til tidlig opsporing og samarbejde omkring sårbare gravide.

Det understreges, at hvis samarbejde på tværs skal have karakter af et egentligt tværfagligt samarbejde, kræver det viden i form af kendskab til hinandens arbejdsområder og handlemuligheder, det kræver tid, og det kræver gensidighed. Når en sagsbehandler eksempelvis sender en observationsbegæring til et barselsafsnit med nogle spørgsmål til personalet, får han eller hun kun et svar, de kan bruge til noget, hvis modtagerens arbejdsgang tillader det kendskab til familien, man skal have for at kunne svare på spørgsmålene, og hvis vedkommende har de faglige forudsætninger for at forstå, hvad det er, der bliver spurgt om. I en travl hverdag er det ifølge en fokusgruppedeltager altid lettest at blive i sit eget felt, og hvis man ikke kender hinanden, har et fælles sprog og samtidig holder fast på sin egen faglighed i samarbejdet, er det svært at nå i nærheden af idealet om et helhedsorienteret, tværfagligt samarbejde til glæde for familien.

Brug af servicelovens § 11

Af de adspurgte kommuner angiver 15 kommuner, at de ikke har et formaliseret samarbejde med myndighedsområdet, kommunens børne- og familiesagsbehandler i forhold til brug af supplerende forebyggende sundhedsydelser til sårbare familier. I alt 71 kommuner angiver, at der er mulighed for supplerende sundhedsplejeydelser, mens kun 23 kommuner har et formaliseret samarbejde, hvor sagsbehandlerne kan tilkøbe ydelser.

I SIF's undersøgelse tilkendegiver flere kommunale sundhedsplejeordninger, at de ikke har kendskab til mulighederne i Servicelovens § 11. En kommune fremhæver en række fordele ved netop deres tilgang til det formaliserede samarbejde med familiesagsbehandler om supplerende sundhedsplejeydelser jf. § 11 som, bl.a. at familien er visiteret til et på forhånd aftalt forløb, hvor formål, fokus og mål for indsatsen er klart beskrevet og aftalt med familien og familiens sagsbehandler. Dertil er form og indhold i afrapportering formaliseret og ikke mindst fremhæver sundhedsplejerskerne, at myndighedsansvaret er tydeligt.

En styrkelse af sundhedsplejen kan, som foreslået af flere kommuner i VIVE's undersøgelse, eksempelvis ske ved at konstruere pakker, eksempelvis i form af § 11.3-forløb bestående af en ekstra sundhedsplejerskeindsats. Myndighedssagsbehandlerne kan fx tilkøbe ekstra sundhedsplejeydelser gennem servicelovens § 11 i form af besøgs pakker af 5, 10 eller 15 ekstra besøg til en familie. Deltagere fra kommunerne ønsker sig derudover ressourcer til at tilbyde sårbare gravide eller familier Circle of security-forløb (COS-p) eller De Utrolige År-forløb. De vil også gerne have flere forældrekurser og cafetilbud for sårbare delmålgrupper, fx familier i skilsmisse, familier med psykisk syge forældre samt unge og usikre vordende mødre (også vuggestuepraktik). Endelig foreslår en kommune, at pædagoger i dagtilbud kan uddannes til at lave lettere, forebyggende familiebehandling.

Som barrierer for brug af § 11 nævnes den økonomiske situation fra socialforvaltningerne og knappe personaleressourcer fra sundhedsplejen.

Konsulentfunktion til dagtilbud

Over halvdelen af de kommunale sundhedsplejeordninger samarbejder med dagtilbud om alle børn og familier, heraf angiver syv kommuner, at samarbejdet fokuserer på overgangen fra hjem til dagtilbud, og at sundhedsplejen udarbejder overgangsskemaer til dagtilbuddet.

Selvom mere end halvdelen af de kommunale sundhedsplejeordninger samarbejder med dagtilbud på den ene eller den anden måde, anvender hovedparten af disse ingen fælles kriterier for, hvordan de beskriver barnets sundhed og trivsel.

Tre af interviewkommunerne ønsker et bedre samarbejde med dagtilbud med fokus på bedst mulig overgang fra hjem til dagtilbud. To af interviewkommunerne har en samarbejdsaftale med dagtilbud, som indebærer, at en sundhedsplejerske kan deltage i barnets opstartsmøde til dagtilbud. Samarbejdet har til formål at forebygge tab af vigtig information om barnets og familiens sundhed og sammen med forældrene at formidle aktuelle problemer og udfordringer til dagtilbudspersonalet. En kommune foreslår, at sundhedsplejens rolle kan styrkes ved, at de i højere grad bliver inviteret med til bekymringsmøder i institutionen, eksempelvis ved at dagtilbudsdirektorer får en fast sundhedsplejerske tilknyttet, der kan hjælpe pædagogerne med at observere ved bekymring; ved at sundhedsplejersker deltager i sprogindsats i dagtilbud i samarbejde med sprogvejlederne; ved at et team bestående af sundhedsplejerske, småbørnskonsulent, psykolog og socialfaglig rådgiver årligt besøger alle kommunens dagplejere (fx i legestueregi) med henblik på at observere og uddanne dem.

Betydningen af den fysiske placering

Den fysiske placering af sundhedsplejens samarbejdspartnere har betydning for den tværfaglige dialog og samarbejdet. Det kommer til udtryk i både SIF's og VIVE's undersøgelse, hvor interviewpersonerne 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. Derfor er det tværprofessionelle samarbejdet også et område, der er sårbart over for omstruktureringer af indsatsen. Det er i den forbindelse værd at være opmærksom på at inddrage medarbejderne i omstruktureringer og prioriteringer samt løbende at monitorere, om de har utilsigtede konsekvenser for tilbuddet til målgruppen. En sidste anbefaling i forbindelse med teambaseret tværprofessionelt samarbejde er, at det også er væsentligt at sørge for at klæde medarbejderne på til den nye arbejdsform og sammensætte nogle teams, der fungerer bedst muligt sammen.

Tabel 12 viser en samlet oversigt over fokusgruppedeltagernes forslag relateret til organisering, samarbejde og kvalitetssikring af indsatsen for de sårbare familier. Opdelingen er primært idealtypisk forstået på den måde, at en anderledes organisering af indsatsen ligesom et forbedret samarbejde også gerne skulle medføre et kvalitetsløft. I forhold til organisering af indsatsen for sårbare familier foreslår en kommune A en mere fleksibel adgang til råd og vejledning fra kommunens sagsbehandlere.

Tabel 12. Kommunernes ønsker til organisering, samarbejde og kvalitetssikring [1].

<i>Indsatsniveau</i>	<i>Organisering</i>	<i>Samarbejde</i>	<i>Kvalitetssikring</i>
<i>Kommune A</i>			
Sundhedspleje (SPL)	<ul style="list-style-type: none"> SPL m.fl. selv visitere til forebyggende moduler fx psykologhjælp 	<ul style="list-style-type: none"> Forvisitationen frafalde nyt krav om underretning, når SPL henvender sig for/med familie 	<ul style="list-style-type: none"> SPL/den, der starter en indsats med til møder (også ved forebyggende). Ej lukke sag uden.
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> Adgang til § 11.3 forløb uden først underretning 	<ul style="list-style-type: none"> Samarbejds møder ml. SPL, jordemor og Børn & Unge-sagsbehandler (ej enkeltsager) om samarbejdet 	<ul style="list-style-type: none"> Tidligere identifikation af sårbare Alle SPL uddannes til at screene for tilbagetrækning
<i>Kommune B</i>			
Sundhedspleje	<ul style="list-style-type: none"> Skemalagt tværfaglighed i form af Fælles Åben Rådgivning 	<ul style="list-style-type: none"> Samarbejds møder m. sagsbehandlere Øget samarbejde med regioner (opsporing af sårbare gravide) 	<ul style="list-style-type: none"> Ekstern supervision til SPL
Sagsbehandlere		<ul style="list-style-type: none"> Tværfagligt sparringsforum om gråzonefamilier 	<ul style="list-style-type: none"> SPL mulighed for ekstern råd og vejledning
<i>Kommune C</i>			
Sundhedspleje		<ul style="list-style-type: none"> Elektronisk journal + deling af flere faggruppers observationer 	<ul style="list-style-type: none"> Spot på barnets overgange fra hjem til dagtilbud og skole
Sagsbehandlere m.fl.	<ul style="list-style-type: none"> SPL tilknyttes alle daginstitutions-distrikter, observerer m. pæd. v. bekymring for barn 	<ul style="list-style-type: none"> SPL + sprogvejleder samarbejde om sprog i dagtilbud SPL deltage i møder i dagtilbud Inddrage SPL o.a. ift. 11.3-indsatser Tværfagligt sparringsorgan ift. mistrivsel/behov for tidlig indsats 	<ul style="list-style-type: none"> SPL SKAL inddrages i § 50-us af gravide tilknyttet familieambulatoriet Årsbesøg i alle dagplejer og -institutioner (SPL, småbørnskonsulent, psykolog og socialfaglig rådgiver)
<i>Kommune D</i>			
Sundhedspleje	<ul style="list-style-type: none"> Godt at sidde sammen fysisk 	<ul style="list-style-type: none"> Tværfaglige indsatser og udnyttelse af fælles faglighed/viden om familien 	
Sagsbehandlere	<ul style="list-style-type: none"> Godt at sidde sammen fysisk 		
<i>Vidensinterview</i>			
Ressourcepersoner	<ul style="list-style-type: none"> Kommunal tovholder, der kan hjælpe sårbare familier m. kontakt og overblik ift. tilbud og aktører 	<ul style="list-style-type: none"> Sundhedspersonale skal gøre det, de er bedst til, ikke give overfladiske "observationer" af tilknytning ml. mor og barn. Mere tværregionalt samarbejde ml. hospital og SPL 	

9 Referenceliste

- [1] Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Afdækning af indsatsen til udsatte og sårbare børn og familier i den kommunale sundhedspleje. København 2017
- [2] VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd. Tidlig indsats for sårbare familier – VIVE's afdækning af kommunernes indsats og samarbejdet på tværs af social- og sundhedsområde København 2017
- [3] Forskningsenheden for Almen Medicin, Region Syddanmark. Betydningen af universelle, forebyggende sundhedsydelse for gravide, 0-3 årige og deres forældre – Et litteraturstudie over eksisterende viden fra Danmark, Sverige, Norge, Finland, Island og UK. København 2017
- [4] Sundhedsstyrelsen 2011
Ulighed i sundhed – årsager og indsatser.
- [5] Sundhedsstyrelsen 2013
Anbefalinger for svangreomsorgen.
- [6] Sundhedsstyrelsen 2011
Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge.
- [7] Sundhedsstyrelsen 2017
Satspulje ”Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide

10 Bilagsfortegnelse

- Bilag 1.** Lovgivning og kommunernes ansvar
- Bilag 2.** Redskaber, kategoriseringsmetoder og indsatser
- Bilag 3.** Oversigt over universelle sundhedsydelse for gravide og 0-3 årige og deres forældre i Danmark, Norge, Sverige og Skotland
- Bilag 4.** Beskrivelse af inkluderede studier i litteraturgennemgangen
- Bilag 5.** Fuldstændige referencer fra litteraturgennemgang foretaget af Forskningsenheden for Almen Praksis

Bilag 1. Lovgivning og kommunernes ansvar

Sundhedsloven bestemmer i kapitel 36 omhandlende Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge (LBK nr. 1188 af 24/09/2016), at alle børn og unge skal tilbydes vederlagsfri sundhedsvejledning, bistand og funktionsundersøgelser ved en sundhedsplejerske indtil undervisningspligtens ophør (§ 121), og at familier med særlige behov skal tilbydes en øget indsats ligeledes indtil undervisningspligtens ophør (§ 122) (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016).

Bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge bestemmer, at kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge den kommunale sundhedstjenestes opgaver så den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for alle børn og unge i videst muligt omfang fremmes (§ 8). Det skal ske ved sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende foranstaltninger i bl.a. barnets hjem og dagtilbud, ved oplysning og vejledning af forældrene og ved at føre tilsyn med barnets fysiske og psykiske sundhed og trivsel. Af bekendtgørelsens fremgår også, at funktionsundersøgelserne normalt skal finde sted ved besøg i barnets hjem (§ 10, stk. 2). Dertil skal børn og unge med særlige behov indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en særlig indsats, herunder en øget rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en læge eller en sundhedsplejerske (§ 12), ligesom børn med særlige behov ud over 1 års alderen skal tilbydes hjemmebesøg af en sundhedsplejerske (§ 13) (Sundheds- og Ældreministeriet, 2010).

Derudover bestemmer bekendtgørelsen, at den kommunale sundhedstjeneste ofte i samarbejde med tværfaglige samarbejdspartnere vurderer, hvem der har behov for yderligere indsats (§ 14), og at kommunalbestyrelsen, for at tilgodese børn med særlige behov, opretter en eller flere tværfaglige grupper, der skal sikre, at der formidles kontakt til den rette sagkundskab, således at den enkeltes sundhed og trivsel fremmes (§ 15) (Sundheds- og Ældreministeriet, 2010).

Udover Sundhedslovens bestemmelser bestemmer Lov om Social service i Kapitel 3 omhandlende Børn, unge og forældre (LBK nr. 369 af 18/04/2017), at kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte (§ 11) (Børne- og Socialministeriet, 2017).

I serviceloven fremstår samarbejdet mellem bl.a. kommunernes socialfaglige medarbejdere og sundhedsplejen som væsentligt, for at kommunerne kan leve op til deres lovgivningsmæssige forpligtelser over for sårbare og udsatte børn. Serviceloven er som sundhedsloven en rammelov, der dog fastlægger en række forpligtelser, kommunerne har over for udsatte børn og familier. Overordnet set skal kommunen yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor med henblik på at sikre, at disse børn kan opnå samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende (§ 46). Denne bestemmelse skal medvirke til at fremme den unges sundhed og trivsel (punkt 4), og det specificeres, at støtten skal være tidlig, helhedsorienteret og tilrettelagt ud fra et helhedsprincip (stk. 2). Helhedsprincippet henviser til, at kommunen skal give støtte ud fra alle de muligheder, lovgivningen giver, men også at det er kommunen og ikke borgeren, der vurderer, hvilken støtte der er brug for. I § 47 fremhæves barnets bedste, kontinuitet, det nære miljø og forældreinddragelse. § 50, der vedrører den

børnefaglige undersøgelser er en del af de forebyggende foranstaltninger i servicelovens bestemmelser.

Af Vejledning nr. 3 om særlig støtte til børn og unge og deres familier fremgår også, at en tidlig indsats bl.a. forudsætter, at der arbejdes tværfagligt for, at den nødvendige viden er til stede, og at der samarbejdes mellem forskellige sektorer og faggrupper (punkt 15). Vejledningen fremhæver, at det skal overvejes om, hvem der kan bidrage til løsning af problemerne, herunder sundhedsplejersker. Vejledningens punkt 19 understreger, at der skal sikres sammenhæng mellem indsatserne, og at det kan være relevant at inddrage kommunens tværfaglige gruppe og SSD-samarbejdet. Vejledningen henviser endelig i punkt 37 til § 123 i sundhedsloven, hvor det bestemmes, at kommunalbestyrelsen skal oprette en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

Af servicelovens § 19, stk. 2 fremgår, at kommunalbestyrelsen skal udarbejde en sammenhængende børnepolitik, som skal bygge bro mellem de generelle forhold i kommunen og de målrettede indsatser for børn og unge med behov for særlig støtte. Af § 146 fremgår kommunalbestyrelsens generelle tilsynsforpligtelse. Vejledningens punkt 70 henleder opmærksomheden på vordende forældre i sundhedsplejen og understreger dermed, at en tidlig indsats starter allerede i graviditeten.

Servicelovens § 146, stk. 2 fastslår, at kommunalbestyrelsen bør være specielt opmærksom på omstændigheder, der giver formodning om, at børn og unge har behov for individuel støtte jf. bestemmelsen om tilsynspligt. Denne tilsynspligt vil ofte ske i dagtilbud og skole, hvor også sundhedsplejen jf. sundhedslovens § 124 og bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 § 17, stk. 2, punkt 3 skal tilbyde sin bistand i forhold til konkret rådgivning vedr. de børn, som personalet finder, har særlige behov. I de seneste år er reglerne om fagpersoners underretningspligt udvidet (§ 153, m.v.). I 2001 i forhold til ”gravide misbrugere”, og senere i forhold til ”vordende forældre”, og hjemmel til at gennemføre undersøgelser og tilbyde foranstaltninger. Af § 155 stk. 2 fremgår, at senest 24 timer efter modtagelsen af en underretning skal det vurderes om barnets eller den unges sundhed eller udvikling er i fare, og om der derfor er behov for at vurdere om der skal iværksættes akutte foranstaltninger overfor barnet eller den unge. Af § 155 b, stk. 2 fremgår endelig, at den, der har underrettet kommunen i henhold til § 153, skal orienteres om, hvorvidt kommunen har iværksat foranstaltninger eller undersøgelser af det barn eller ung, underretningen vedrører. Der kan være undtagelser herfor.

Det tværfaglige samarbejde

Af servicelovens §§ 19, 46, og 49a fremgår, at kommunalbestyrelsen overordnet set har en forpligtelse til at sikre, at der arbejdes tværfagligt og helhedsorienteret, hvilket svarer til § 14 i bekendtgørelse nr. 1344 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, der også har til formål at styrke sammenhæng og helhed i tilbuddene til de svage stillede børn og unge. Servicelovens § 49a handler om udveksling af oplysninger uden samtykke, såfremt man ikke kan få forældrenes samtykke. Udvekslingsmulighederne begrænses i lovgivningen til én eller to gange ved et møde.

Af vejledning nr. 3's punkt 260 fremgår, at det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at vurdere, hvordan det tværfaglige samarbejde bedst organiseres. Det tværfaglige arbejde kan styrke

såvel den tidlige indsats som det forebyggende arbejde blandt vanskeligt stillede børn og deres familier. Som deltagere kan sagsbehandlere, pædagoger, lærere, læger og sundhedsplejersker, psykologer m.fl. indgå.

Børnefaglig undersøgelse (§ 50-undersøgelse)

Af servicelovens § 50 fremgår, at hvis det antages, at et barn eller ung trænger til særlig støtte, skal kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold ved en såkaldt børnefaglig undersøgelse, som også skal omfatte barnets sundhedsforhold. Af bestemmelsen fremgår, at kommunalbestyrelsen som led i undersøgelsen skal inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold, herunder sundhedsplejersker og andre, og at det ved starten af en undersøgelse må afklares, hvad der allerede ligger af værdifuld viden om barnets forhold. Formålet er at undgå, at foreliggende viden går tabt og sikre, at undersøgelsen ikke bliver mere vidtgående end højst nødvendigt. Af § 50 stk. 9 fremgår også, at hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Denne undersøgelse skal ”så vidt muligt” foretages i samarbejde med forældrene. Kommunen kan dog efter lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (§ 11c) indhente private oplysninger uden samtykke i forbindelse med børnesager og børnefaglige undersøgelser. Disse regler kan være en del af baggrunden for de forskellige forventninger til samarbejdet som undersøgelsen finder på tværs af sektorgrænser.

Foranstaltninger (§ 52)

Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse efter § 50. Foranstaltningerne kan kun iværksættes efter en børnefaglig undersøgelse, med mindre særlige forhold taler for en foreløbig eller akut støtte sideløbende med undersøgelsen. Foranstaltninger kan bestå af ophold i dagtilbud o.l. fx:

- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet.
- Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer.
- Døgnophold for både forældremyndighedsindehaveren, barnet og andre medlemmer af familien i en plejefamilie, i en kommunal plejefamilie, på et godkendt opholdssted eller på en døgninstitution eller i et botilbud.
- Aflastningsordning i en plejefamilie, kommunal plejefamilie eller netværksplejefamilie eller på et opholdssted eller en døgninstitution.
- Udpegning af en fast kontaktperson for barnet eller for hele familien.
- Anbringelse af barnet uden for hjemmet på et anbringelsessted.
- Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte.

Kommunalbestyrelsen har pligt til at træffe afgørelse om foranstaltninger, når det under en graviditet må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til barnets særlige behov for støtte efter fødslen. Under graviditet er der ikke hjemmel til tvang, hvilket betyder, at afgørelsen skal

træffes med samtykke fra de vordende forældre. Når barnet er født, kan tvang anvendes, men i den forbindelse er der et dokumentationskrav, som kan gøre sagsbehandlingen afhængig af, at der indhentes brugbare observationer af fx mor-barn relation og tilknytning fra bl.a. sundheds-personale.

Den tidlige forebyggende indsats

Som en del af Forebyggelsespakken Tidlig indsats – livslang effekt fra 2014 blev servicelovens § 11 (forebyggelsesparagraffen) omformuleret og udvidet. Blandt de nye og mere specificerede elementer af forebyggelsesparagraffen var, at § 11, stk. 1 blev ændret til at danne rammen for det forebyggende arbejde ved at præcisere, at kommunen har ansvar for at tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte. Herudover blev der indført mulighed for, at kommunerne kan beslutte at tilbyde økonomisk støtte til fritidsaktiviteter til børn og unge, der har behov for særlig støtte. Det overordnede formål med paragraf 11 er at understøtte det tidlige forebyggende arbejde på børne- og ungeområdet.

Kommunalbestyrelsen har bl.a. pligt til at sørge for, at forældre o.a., der sørger for børn og unge, kan få en gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien. Kommunalbestyrelsen er også forpligtet til ved opsøgende arbejde at tilbyde denne rådgivning til enhver, som på grund af særlige forhold må antages at have behov for det. Tilbuddet om rådgivning skal også omfatte vordende forældre. Såvel forældre som børn og unge, der alene søger rådgivning, skal kunne modtage denne anonymt og som et åbent tilbud.

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en forebyggende indsats til barnet, den unge eller familien, når det vurderes, at støtte efter nr. 1-4 kan imødekomme barnets eller den unges behov. Det kan være forebyggende indsatser i form af fx konsulentbistand, netværks- og samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning eller andre indsatser med forebyggende formål. Disse indsatser skal kunne iværksættes umiddelbart og hurtigt og kræver derfor ikke udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse og handleplan. Kommunalbestyrelsen kan yde økonomisk støtte til forældre-myndighedsindehaver, fx til konsulentbistand eller prævention.

Bilag 2. Screeningsredskaber, kategoriseringsmetoder og indsatser

Nedenfor følger alfabetisk en liste over og beskrivelse af de screeningsredskaber, kategoriseringsredskaber og indsatser, der refereres til af kommunerne.

ABDD: Alarm Baby Distress scale (ABDD) er en screeningsmetode, der anvendes til at spore social mistrivsel i form af social tilbagetiltrækning hos spædbørn i alderen 2-24 mdr. Otte forskellige adfærdsudtryk hos barnet vurderes i en social situation. De otte adfærdsudtryk er: ansigtsudtryk, øjenkontakt, generelt aktivitetsniveau, selvstimulerende bevægelser, vokaliseringer (hvilke lyde siger barnet?), respons ved stimulering (fx reaktion på berøring), evnen til at indgå i samspil samt evnen til at tiltrække sig opmærksomhed. De otte adfærdsudtryk vurderes og scores på en skala fra 0-4, hvor 0 er ”typisk”, og 4 er betydelig og massiv atypisk adfærd. Scorene summeres til en samlet totalscore fra 0-32.

ASI: Addiction Severity Index er en metode, der anvendes til at kortlægge forhold vedr. fysisk helbred, arbejde/økonomi, alkohol og stoffer, kriminalitet, familiære og sociale forhold samt psykisk helbred. Den bruges ofte i stofmisbrugsbehandlingssammenhænge til måling af voksnes misbrug.

BOEL-undersøgelsen: (Blik Orientering Efter Lyd) er en standardiseret metode, som sundhedsplejersken, efter et kort uddannelsesforløb, kan benytte til at identificere hørevanskeligheder og problemer med kommunikation og opmærksomhed, når barnet er mellem 8 og 10 måneder gammelt (Barr og Juncher, 1975).

Børnelinealen: Børnelinealen har til formål at fungere som et fælles opsporingsværktøj og forståelsesramme i indsatserne omkring børn, unge og deres familier. Børns tegn og reaktioner på mistrivsel eller overgreb er komplekse og flertydige. Der kan indgå både somatiske, psykologiske og sociale aspekter i barnets bekymrende adfærd eller trivsel. Derfor er det hverken muligt eller hensigtsmæssigt at udarbejde en facitliste, der kan rumme alle tegn og reaktioner. Børnelinealen skal derfor forstås og anvendes som en guide i den tidlige indsats med målet om at skabe et fælles ”her og nu”-billede, som skal danne udgangspunkt, når barnet skal vurderes. Dette danner igen grundlag for, hvilke initiativer der skal igangsættes for at hjælpe barnet i en positiv udvikling. Børnelinealen tager således udgangspunkt i et øjebliksbillede af barnet og er en fælles referenceramme på tværs af familieafdeling, sundhedspleje og dagtilbud fx når der skal findes et behandlingstilbud.

CARE-Index: er en standardiseret metode baseret på korte videooptagelser af barn og forældre i samspil, som sundhedsplejersken efter at have gennemført et uddannelsesforløb, kan benytte til at kategorisere kvaliteten af forældre-barn tilknytning (Grey & Farnfield, 2017)

CHAT-undersøgelsen: (Checklist for Autism in Toddlers) er en standardiseret undersøgelsesmetode, som sundhedsplejersken uden forudgående uddannelse, kan benytte til at identificere tidlige indikatorer for autisme, når barnet er 18 måneder gammelt (Baron-Cohen et al., 2000).

COS: Circle of Security er en behandlingsmetode, hvis formål er at fremme en god og tryk tilknytning mellem barn og omsorgsperson. Metoden er oprindeligt udviklet i USA i slutningen af

1990'erne. Den er siden blevet videreudviklet i flere forskellige versioner, herunder COS Parenting (COS-P), som er et dvd-baseret forældreprogram fra 2010. Målgruppen for COS-P er primært forældre med børn i alderen 0-5 år, der er i risiko for at udvikle eller som har udviklet tilknytningsvanskeligheder.

DUÅ: De Utrolige År har til formål at styrke tilknytningen og det positive samspil både mellem børn og deres forældre og mellem børn og pædagoger/lærere. Herigennem kan man fremme børns sociale kompetencer og deres evne til læring og selvregulering. Programserien De Utrolige År består af programmer henvendt til forældre og børn samt et program, der retter sig mod fagprofessionelle i børnehave og indskoling. DUÅ har både et forebyggende og et behandlende sigte. Formålet er at styrke forældres kompetencer samt at sikre en faglig opkvalificering af personalet i børnehave og indskoling. Dette sker med udgangspunkt i opbygning af positive samspil og relationer med børn. Herigennem kan man forebygge og reducere udad-reagerende adfærd og fremme sociale og følelsesmæssige kompetencer. Målgruppen for DUÅ er børn i alderen 0-12 år, deres forældre og personalet i børnenes daginstitutioner og skoler.

EPDS: Edinburgh Postnatale Depression Score er et screeningværktøj, som består af et spørgeskema, der er udviklet for at opdage patienter med depression efter fødsel. Patienten kan selv udfylde skemaet. Sundhedsplejersken tilbyder yderligere besøg, gruppebehandling eller andet i samarbejde med praktiserende læge afhængig af den samlede score. Spørgeskemaet består af 10 spørgsmål, der indikerer symptomer på en fødselsdepression.

ERA: Early Prenatal Risk Assessment-program. Scanninger for barnets udvikling under graviditeten.

ICS: Integrated Children's System er en helhedsorienteret metode for udredning og sagsbehandling i sager om udsatte børn og unge udviklet af Socialstyrelsen. ICS-metoden bygger på inddragelse af barnet og familien, fokuserer på ressourcer og problemer i den givne sag og er en holistisk tilgang til udredning og sagsbehandling. Grundlæggende for ICS-metoden er en forståelse af, at børn og unges velfærd formes i samspillet mellem følgende tre hovedområder: 1) Barnets/den unges udviklingsmæssige behov, 2) Forældrekompetencer, og 3) Familieforhold – familie og omgivelser. Det betyder, at der ved anvendelse af denne metode fokuseres på samspillet mellem familie og omgivelser, som har betydning for barnets velfærd og for forældrenes mulighed for at varetage forældrerollen ift. at imødekomme barnets behov og sikre dets udvikling. ICS anvendes i hele sagsgangen fra risikovurdering, forebyggende arbejde og den børnefaglige undersøgelse til udarbejdelsen af og opfølgning på mål for indsatsen i handleplanen (Socialstyrelsen, Viden til Gavn 2015).

Marte Meo: Marte Meo-metoden er en videobaseret metode, der bygger på principperne for udviklingsstøttende kommunikation. I Marte Meo tages der udgangspunkt i, hvad forældrene gør godt – der er fokus på muligheder frem for begrænsninger. Det indebærer, at metoden er en meget konkret og løsningsorienteret metode, hvor vejledning og rådgivning tager udgangspunkt i de ressourcer, der i forvejen er til stede hos de undersøgte parter. Via udvalgte videoklip får forældrene konkrete handleanvisninger, som kan forbedre samspillet og støtte udviklingen. Videooptagelse og analyse af samspil i almindelige dagligdags situationer gør det muligt at få øje på barnets ressourcer og herfra arbejde mod hensigtsmæssig udvikling og samspil. Metoden er et redskab til at få øje på: Hvad barnet mestrer, og hvad han/hun har brug for hjælp til; hvad der

allerede gøres, som er udviklingsstøttende for barnet; samt hvad der skal gøres mere af eller gøres på en bestemt måde for at hjælpe barnet videre i sin udvikling. Via Marte Meo-metoden er det bl.a. muligt at støtte op om selvværd – herunder selvfølelse og selvtillid, sociale kompetencer, empati, koncentration, vitalitet, sprog og impulsstyring.

NBO: (The Newborn Behavioral Observations) er en standardiseret metode, som sundhedsplejersken, efter at have gennemført et uddannelsesforløb, kan benytte til at undersøge det nyfødte barns udvikling og neurologiske status indenfor områder som regulation, motorisk aktivitet, opmærksomhed og interaktion (Brazelton TB & Nugent JK, 2011).

Signs of Safety (SOS): er et redskab, der kan vurdere tegn på fare og sikkerhed for barnet i børnesager, hvor det overordnede mål er at skabe samarbejde og partnerskab med familien omkring en løsning, der kan skabe sikkerhed og trivsel for barnet. Med sikkerhed menes en tilstand, hvor bekymringen for barnets sikkerhed og trivsel er minimeret eller ikke er til stede længere. SOS er et konkret redskab, der kan anvendes til at foretage risikovurderinger i børnesager og vurdere tegn på fare og tegn på sikkerhed. I metoden rettes fokus mod de forhold omkring et barn eller en familie, hvor der er undtagelser fra de bekymringer, der ellers måtte være. Det vil sige, at metoden har fokus på beskyttelsesfaktorer og på at skabe grundlag for en balanceret risikovurdering af barnet og familien.

Bilag 3. Skema over universelle sundhedsydelse for gravide og 0-3 årige og deres forældre i Danmark, Norge, Sverige og Skotland

Før fødslen

Land	Organisering af de universelle forebyggende sundhedsydelse i graviditeten	Første tre måneder i graviditeten	Tredje til sjette måned i graviditeten	Sidste tre måneder i graviditeten
Danmark	<p>Samarbejde mellem jordemoder og almenpraktiserende læge. Kontakt finder sted enten i praksis hos den almene praktiserende læge eller i jordemoderkonsultation tilknyttet sygehus. Læge gennemgående fra graviditet til familieliv</p> <p>I alt 10 kontakter som standard i graviditeten (inklusive scanninger).</p>	<p>2 kontakter med sundhedspersonale:</p> <p>6-10 GA: Læge 11-13 GA: Nakkefolds-scanning</p>	<p>4 kontakter med sundhedspersonale:</p> <p>13-15 GA: jordemoder 18 GA: misdannelsescanning 21 GA: jordemoder 25 GA: læge</p>	<p>6 kontakter med sundhedspersonale:</p> <p>29 GA: Jordemoder 32 GA: læge 35-36 GA: Jordemoder 37 GA: Jordemoder 39 GA: jordemoder 40-41 GA: Jordemoder</p>
Norge	<p>Gravide kan vælge mellem at gå til graviditetskontroller hos læge, jordemoder eller begge dele.</p> <p>'Helsestasjon' som udgangspunkt med adgang til læge og jordemoder.</p> <p>I alt 10 kontakter som standard i graviditeten (inklusive scanninger)</p>	<p>1 kontakt med sundhedspersonale</p> <p>8 GA: jordemoder eller læge</p>	<p>3 kontakter med sundhedspersonale</p> <p>18 GA: jordemoder eller læge 18 GA: misdannelsescanning 24 GA: jordemoder eller læge</p>	<p>6 kontakter med sundhedspersonale</p> <p>28 GA: jordemoder eller læge 32 GA: jordemoder eller læge 36 GA: jordemoder eller læge 38 GA: jordemoder eller læge 40 GA: jordemoder eller læge 41 GA: jordemoder eller læge</p>
Sverige ³ (Skåne)	<p>Alle gravide går hos en jordemoder. Mödravårdcentralen som udgangspunkt med kontakt til jordemoder.</p> <p>I alt 10-12 scanning kontakter som standard i graviditeten (inklusive scanninger).</p>	<p>1 kontakt med sundhedspersonale</p> <p>10-12 GA: Jordemoder</p>	<p>4 kontakter med sundhedspersonale</p> <p>16 -20 GA: jordemoder 18 GA: misdannelsescanning 24 GA: jordemoder</p>	<p>6-7 kontakter med sundhedspersonale</p> <p>28 GA: jordemoder 31 GA: jordemoder 33 GA: jordemoder 35 GA: jordemoder 37 GA: jordemoder 39 GA: jordemoder (41 GA: jordemoder)</p>

³ Basprogram för graviditetsövervakning/hälsövård – fördjupning

England ⁴ (Skotland)	Jordemoderen står for svangre-omsorgen, kontakt til egen eller special læge ved behov. I alt 12 kontakter for førstegangsfødende og 10 kontakter for flergangsfødende, som standard i graviditeten (inklusive scanninger).	2 kontakter med sundhedspersonale 8-12 GA: Jordemoder 12 GA: Nakkefoldscanning	3 kontakter til sundhedspersonale 16 GA: Jordemoder 18-20 GA: Misdannelsesscanning 24 GA: Jordemoder	5-7 kontakter med sundhedspersonale 28 GA jordemoder 31 GA (første gang) jordemoder 34 GA jordemoder 36 GA Jordemoder 38 GA Jordemoder 40 GA (første gang) Jordemoder 41 GA Jordemoder
------------------------------------	---	---	--	--

Efter fødslen

Land	Organisering af de universale forebyggende sundhedsydelse efter fødslen	0-6 måneder	7-12 måneder	+1 år
Danmark ⁵	Samarbejde mellem læge og sundhedsplejersken. Besøg hos almen praktiserende læge finder sted i denne praksis, hvorimod kontakt med sundhedsplejersken finder sted i eget hjem. Almen praktiserende læge er gennemgående person fra graviditeten. I alt 14 kontakter som standard fra fødsel til fem årsalderen	7 kontakter med sundhedspersonale: 0-1 uge: Sundhedsplejerske 2-4 uger: Sundhedsplejerske 5 uger: læge 4-8 uger: Sundhedsplejerske 3 måneder: vaccination v. læge 4-6 måneder: Sundhedsplejerske 5 måneder: læge (inkl. vaccination) For ambulante fødsler: + 2 x Sundhedsplejerske den første uge	2 kontakt med sundhedspersonale: 8-10 måneder: Sundhedsplejerske 1 år: læge (inkl. vaccination)	5 kontakter med sundhedspersonale: 15 måneder: vaccination v. læge 2 år: læge 3 år: Læge 4 år: Læge (inkl. vaccination) 5 år: Læge (inkl. vaccination)
Norge	'Helsestasjon' (HS) som udgangspunkt med adgang til læge og sundhedsplejerske. Sundhedsplejerske altid til stede ved kontakten, men lægen kun er med få gange. Der tilstræbes gruppekonsultationer af lidt længere tid med flere informationer/undervisning inkluderet. I alt 14 kontakter som standard fra fødsel til fem årsalderen	6 x kontakt med sundhedspersonale 0-2 uger: hjemmebesøg 2-4 uger: gruppe 6 uger: Individuel/gruppe + læge 3 måneder: gruppe + vaccination 4 måneder: gruppe 5 måneder: Individuel/gruppe + vaccination 6 måneder: Individuel/ gruppe + læge	4 kontakter med sundhedspersonale 7-8 måneder: Individuel/gruppe 10 måneder: Individuel/gruppe 11-12 måneder: Individuel/gruppe + læge + vaccination	4 kontakter med sundhedspersonale 15 måneder: Individuel/gruppe 18 måneder: Individuel/gruppe + vaccination 2 år: ikke angivet 4 år: Individuel/gruppe

⁴ <http://www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/antenatal-appointment-schedule.aspx#contact>

⁵ <http://www.ssi.dk/Vaccination/Boernevaccination.aspx> og <http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Vaccination/Boernevaccination/Den%20gule%20folder%20-%20februar%202016.ashx>

Sverige ⁶ (Skåne)	Barnavårdscentral (BVC) som udgangspunkt med adgang til læge og sundhedsplejerske. Alle kontakter til læge finder sted på BVC, mens 2 kontakter med sundhedsplejersken er i hjemmet og resterende. Regioner står selvstændigt for skemaerne. I alt 18 kontakter som standard fra fødsel til fem års alderen.	10 kontakter til sundhedspersonale 0-3 uger: 2-3 sundhedsplejerske; første hjemmebesøg 4 uger: sundhedsplejerske + læge 6-8 uger: 2 sundhedsplejerske 3-5 måneder: 3 sundhedsplejerske (inkl. 2 vaccination) 6 måneder: sundhedsplejerske	3 kontakter med sundhedspersonale 8 måneder: Hjemmebesøg ved sundhedsplejerske 10 måneder: Sundhedsplejerske 12 måneder: Sundhedsplejerske + læge (inkl. vaccination)	5 kontakt med sundhedspersonale 18 måneder: sundhedsplejerske (inkl. vaccine) 2,5 år: sundhedsplejerske 3 år: Sundhedsplejerske + læge 4 år: Sundhedsplejerske 5 år: Sundhedsplejerske
England ⁷ (Skotland)	Mødre modtager hjemmebesøg gennem hele forløbet af health visitor, som nogle gange er en jordemoder og andre gange en decideret sundhedsplejerske.	6 kontakter til sundhedspersonale 2 uger: sundhedsplejerske 3-5 uger: sundhedsplejerske 6-8 uger: sundhedsplejerske (inkl. vaccination) 8 uger: læge 3 måneder: sundhedsplejerske (inkl. vaccination) 4 måneder: Sundhedsplejerske (inkl. vaccination)	2 kontakter til sundhedspersonale 8 måneder: sundhedsplejerske 1 år: vaccination	3 kontakter til sundhedspersonale 15 måneder: Sundhedsplejerske 27-30 måneder: Sundhedsplejerske 4-5 år: Sundhedsplejerske

⁶ Informationer fundet på <https://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Undersokningar/Halsobesok-pa-barnavardscentral-BVC-i-Skane/> og http://www.rikshandboken-bhv.se/Dokument/%c3%96versikt/BHV_programmet_en_oversikt_liggande_2050826.pdf

⁷ <http://www.gov.scot/Resource/0048/00487884.pdf>

Bilag 4. Beskrivelse af de inkluderede studier i litteraturgennemgangen

Forfatter og år	Type af ydelse	Formål	Studiepopulation	Effekt mål	Resultater
før og efter fødsel					
Andersson et al 2013 Sverige RCT studie [27]	Gruppe- versus individuel konsultation i graviditeten	sammenligne mødres tilfredshed med gruppe- eller individuelle konsultationer i graviditeten	700 mødre (399 i interventions- og 301 i kontrolgruppe), som forstår og taler svensk	Tilfredshed	Generel utilfredshed blandt deltagende kvinder i begge grupper, da otte og ni af 16 udvalgte indikatorer blev vurderet mangelfuld af hhv. interventions- og kontrolgruppen. Variabler som varierede mellem grupper var fordelagtigt i forhold til gruppekonsultationer; sundhedspersonalets engagement, blive taget alvorligt og information om hhv. fødsel, amning, tiden efter fødslen
Reyment-Jones 2015 UK/England Kohortestudie, retrospektiv [30]	Fast sundhedspersonale (jordemoder) gennem hele forløbet: antenatal, intrapartum and postnatal	Beskrive og sammenligne fødselseffekt mål for kvinder med komplekse sociale faktorer, som havde en fast jordemoder sammenlignet med standard ydelse i UK (skiftende jordemoder)	194 mødre med komplekse sociale faktorer (98 i den eksponerede gruppe og 96 i den ikke eksponerede gruppe)	Neonatale effekt mål	Børn af mødre i interventionsgruppen havde færre indlæggelser på neonatal afdeling (RR=0,36). Ingen forskelle i præmaturitet, lav fødselsvægt, apgar score, hudkontakt og amning.
				Fødselseffekt mål	Signifikant flere spontane fødsler (RR=1,88), færre akutte kejsersnit (RR=0,42), elektive kejsersnit (RR=0,51) og færre postpartum blødninger (RR=0,29).

Tuonminen et al 2012 Finland Sammenlignende tværsnitstudie [31]	Fast sundhedspersonale: sundhedsplejerske gennem forløbet; fra begyndelsen af graviditet indtil skolealder	Undersøge hvordan organiseringen af 'maternal health clinics': maternal health clinic og child health clinic separat(kontrolgruppe) eller i kombinerede centre(interventionsgruppe) påvirker kvinder og deres partners oplevelse af ydelsen	6281 mødre (995 i studiegruppen og 5.285 i sammenligningsgruppen), som taler svensk eller finsk	Tilfredshed	Kvinder interventionsgruppe var mere tilfredse med ydelserne sammenlignet med kontrolgruppe (P=0,033) Ingen forskel mellem partnere (P=0,26) 12 forskellige indikatorer på tilfredshed i spørgeskema blev oftere vurderet som god eller meget god i interventionsgruppen, bortset fra fødselsforberedelse som blev vurderet mere positivt i kontrolgruppe. (dog ikke lavet nogle sammenlignende analyse)
Snaith et al 2015 England kvalitativt studie [29]	Telefonsamtaler under graviditeten	Opnå viden om førstegangsgravides oplevelse af telefonsamtaler foruden normale graviditetskonsultationer	45 kvinder, som deltog i det overordnede studie, blev interviewet	tilfredshed	Kvinder interventionsgruppe var positive overfor telefonsamtalerne. Kvinder som anså deres graviditet som kompliceret (medicinsk, socialt eller følelsesmæssigt) ville have foretrukket flere konsultationer i stedet.
Wedin et al. 2010 Sverige Mixed-method evaluering [28]	Gruppe- versus individuel konsultation i graviditeten	Undersøge hvordan kvinder, som har deltaget i gruppekonsultationer, opfatter givet information sammenlignet med kvinder i individuel konsultation.	75 kvinder (35 i interventions- og 40 i kontrolgruppen)	Tilfredshed	Kvinder i begge typer konsultation var tilfredse med ydelsen, dog var der flere kvinder i interventionsgruppen end kontrolgruppen som følte de havde indflydelse på indholdet i konsultationerne med hhv. 32/35 og 27/40.
				Netværk	Fleere kvinder i interventionsgruppen mødtes med deltagere fra gruppekonsultationerne dvs. 28 ud af 35, sammenlignet med kun 10 ud af 40 kvinder fra kontrolgruppen, som stadig mødtes med kvinde de havde mødt i fødselsforberedelse.
Efter fødslen					
Christie and Bunting 2011 Irland Cluster RCT [34]	Besøg af sundhedsplejerske på ugentlig basis fra 2-8 uger pp.	Undersøge effekten af frekvensen af sundhedsplejerskers hjemmebesøg ved lavrisiko førstegangsmødre efter 8 uger og 7 måneder pp.	259 førstegangsmødre (136 i interventions- og 159 i kontrolgruppen)	Tilfredshed	Mødre i interventionsgruppen havde højere tilfredshed med ydelserne OR=14,51 ved 8 uger og OR=16,12 ved 7 måneder
				Depression	Mødre i interventionsgruppen havde højere depressionsscore (EPDS skala) efter 8 uger, OR=1,26, men ikke efter 7 måneder

Kronborg et al 2012 Danmark, Sammenligning af to kohorter [35]	Ikke standardiserede besøg af sundhedsplejerske	Undersøge betydningen af fravær af sundhedsplejerskeydelser (I forbindelse med en strejkeperiode) sammenlignet med normal i forhold til ammevarighed og brug af anden sundhedsydelse	3.834 nyfødte og deres forældre (1429 i den eksponerede gruppe og 2405 i den ikke eksponerede gruppe)	Fuld amning	Ingen signifikante forskelle mellem de overordnede grupper ift. varighed af fuld amning. Men både primipara og multipara kvinder, som IKKE modtog besøg i den eksponerede gruppe, ammede fuldt ca. 2 uger kortere end kontrolgruppe (P<0,005)
				Forbrug af sundhedsydelse	Signifikant større forbrug af andre sundhedsydelse (Læge, lægevagt og sygehus) p=0,01
Johansen et al. 2016 Danmark Tværsnitstudie [32]	Eksisterende besøg af sundhedsplejen	Beskrive sundhedsplejens aktiviteter, fund og virke via registreringer fra besøg.	18,687 nyfødte børn, som har haft besøg af sundhedsplejen	Besøg	Ca. 10 % modtager graviditetsbesøg, 49% modtager besøg indenfor den første uge efter fødslen.
				Amning	78,8 % ammes fuld ud i en måned, 60,6 % fuldt i fire måneder og 16,9 % fuldt i seks måneder.
				Motorik	17,5 % af alle børn har bemærkninger ift. motorik
				Tilknytning	13,2 % har bemærkninger om kontakten mellem forældre og barn
				Søvn	14,4 % har bemærkninger ift. søvn
				Uro og gråd	6,9 % har bemærkninger om uro og gråd hos barnet
				Vægt	2,4 % af børn er undervægtige, mens 4,5 % er overvægtige v. 6-10 måneders alderen.
				Depression	27,5 % har bemærkninger om mor psykiske tilstand.
Michelsen et al. 2007 Danmark Tværsnitstudie [33]	Børneundersøgelserne i almen praksis 0-5 år	Beskriver indhold i børneundersøgelserne	1,198 børneundersøgelser	Abnorme fund	Ved hver 7. Børneundersøgelse gøres fund som fører til yderligere undersøgelser
				Forventninger til – og oplevelser med børneundersøgelsen	læger og forældre efterspurgt mere fokus på mentale og sociale forhold, herunder fra lægernes side mere viden om hvordan/måder at gøre det på.

Tabel 2: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler unge mødre

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse/ intervention	Formål med studie	Studiepopulation	Effekt mål	Resultater
Cohen et al. 2011 Wales Interventionsstudie [36]	Normal graviditetskonsultationer med ekstra psykologisk støtte fra projekt jordemødre	Evaluere betydningen af psykologisk støtte til unge gravide kvinder	129 unge gravide kvinder <20 år (65 i interventions- og 64 i kontrolgruppen)	Selvtilid Social støtte Fysisk aktivitet Rygning	Ingen forskel mellem grupper ift. selvtillid, social støtte, fysisk aktivitet eller rygestatus.
				Brug af andre ydelser i systemet	Der var ingen forskel mellem grupperne ift. brug af ydelser i sundhedsvæsenet, men kvinder i interventionsgruppen havde større brug af andre ydelser såsom familieplanlægning, hjælp til at finde et sted at bo eller sociale ydelser.

Tabel 3: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler fysisk aktivitet og kost

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse	Formål	Studiepopulation	Effekt mål	Resultater
Fokus på mor					
Kinnunen et al 2007 Finland Interventions studie [40]	Individuel rådgivning om kost og fysisk aktivitet i løbet af graviditeten: 1 primær gang ca. 8-10 graviditetsuge og 4 opfølgende gange senere i graviditet'	Undersøge om individuel rådgivning om kost og fysisk aktivitet i graviditeten kan have positive effekt på kost og fysisk aktivitet i fritiden og dermed forebygge gestationel diabetes.	105 førstegangsgravide med ukompliceret graviditet (49 i interventions- og 56 i kontrolgruppen)	Vægtøgning i graviditeten	Interventionen havde ingen signifikant effekt på vægtøgning i graviditeten efter justeringer for confoundere
				Kostvaner (morgenmad og ≥ 1 varmt måltid om dagen)	Ingen forskel blev set mellem grupperne i forhold til at spise morgenmad og mindst et varmt måltid om dagen.
				Indtag af 1) grøntsager/frugt, 2) fiberrigt brød og 3) sukkerholdige snacks	1) indtaget af grøntsager/frugt steg med 0,8 portioner/dag mere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen. 2) Indtag af fiber i brød steg signifikant mere i interventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen (3,6 g/dag) ingen signifikant forskel blev set mellem grupperne i forhold til indtag af sukkerholdige snacks.
				Høj fødselsvægt (≥ 4000 g)	Signifikant færre børn blev født med høj fødselsvægt (0 versus 8 børn)
Haby et al. 2015 Sverige Interventions studie	60 minutter ekstra jordemoderkonsultation, tilbud om diskussionsgrupper om kost og udlevering af gæstav og pedometer	Evaluere effekten af en intervention med fokus på kost og fysisk aktivitet for gravide med en BMI >30 i forhold til vægtøgning i graviditeten og vægt efter fødslen.	100 Gravide med BMI <30 (50 i interventions- og 50 i kontrolgruppen)	Vægtøgning i graviditet	Gravide i interventionsgruppen havde en signifikant mindre øgning i vægt under graviditeten end gravide i kontrolgruppen; $8,6 \pm 4,9$ kg versus $12,5 \pm 5,1$ kg $P=0,001$. Flere kvinder i interventi-

					<p>onsgruppen formåede at have en vægtøgning på <7kg end kvinder i kontrolgruppen; 36 % versus 16 % P=0,039</p>
				Vægt efter fødslen	<p>Kvinder i interventionsgruppen havde signifikant lavere vægt efter fødslen sammenlignet med før fødslen i forhold til kvinder i kontrolgruppen; $-0,2 \pm 5,7$ kg versus $2,0 \pm 4,5$ kg P=0,032</p>
<p>Daley et al. 2015 England RCT studie (+ kvalitativ opfølgning) [37]</p>	<p>Regelmæssig vejning, fastsættelse af grænse for vægtøgning og tilbagemelding af jordemoder angående vægt</p>	<p>Undersøge fesibility og acceptability af interventionen i praksis</p>	<p>76 Lavrisiko gravide med en BMI <30 (40 i interventions- og 36 i kontrolgruppe (matched))</p>	Vægtøgning i graviditeten	<p>Der sås en lille forskel mellem andelen af kvinder som overskred den anbefalede maksimale vægtøgning i graviditet med 23,5 % og 29,4 % i henholdsvis i interventions- og kontrolgruppen. Tendensen er tydeligere for overvægtige kvinder med 37,5 % versus 53,5 %. Ingen sammenlignende analyse gennemført</p>
				Fysisk aktivitet	<p>Gravide i interventionsgruppen var mere aktive i graviditetens 38. uge og 6-8 uger efter graviditeten end gravide i kontrolgruppen var, men indre aktive i graviditetens 28. uge. Gravide i interventionsgruppen rapporterede også dobbelt så meget høj-intensitetstræning i 28. og 38 graviditets-uge end gravide i kontrolgruppen. Ingen sammenlignede analyse gennemført</p>
				Depression og angst	<p>Interventionsgruppen rapporterede konsekvent øgning i score i depression og angst gennem hele graviditeten og efter fødslen (Hospital anxiety and depression scale). Ingen sammenlignede analyse gennemført</p>
				Oplevelse af ydelsen	<p>Gravide i interventionsgruppen fandt interventionen brugbar og succesfuld ift. at få dem til at tænke over deres vægt og mente det burde være en del af den rutinemæssige graviditetsundersøgelse. Jordemødre mente at interventionen kunne tilføjes den eksisterende konsultationen uden at lægge meget til i varighed.</p>

Soltani et al. 2015 England Mixed method evaluation af et interventionsstudie [38]	Modtage to daglige sms'er, fire konsultationer med 'sundhedsstil' jordmoderen, fastsættelse af mål for kost og fysisk aktivitet og brug af dagbog	Evaluere effekten af interventionen	28 gravide kvinder (14 i interventions- og 14 i kontrolgruppe, ikke-sammenlignelig)	Vægtøgning i graviditeten	Kvinder i interventionsgruppen havde lavere vægtøgning end kontrolgruppe (6,65 kg versus 9,74 kg) og færre oversteg den anbefalede vægtøgning i graviditeten (28 % versus 50 %). Ingen sammenlignende tests blev udført.
Fokus på barn					
Döring et al. 2016 Sverige Cluster RCT studie [41]	Deltage i en gruppesession og 8 individuelle konsultationer med en sundhedsplejerske over en periode på 39 måneder. Fokus på kostvaner og fysisk aktivitet.	Evaluere hvorvidt et forebyggende interventionsprogram, leveret af sundhedsplejersker trænet i motiverende samtale, har en effekt på børn ved 4 års alderen	1369 børn og deres forældre (601 i interventions- og 768 i kontrolgruppe)	BMI, overvægt og taljemål	Ingen forskel mellem grupperne, hverken i forhold til BMI, overvægt eller taljemål hos børn.
				Madvaner	Børn i interventionsgruppe udviste bedre madvaner end børn i kontrolgruppen ift. indtag af pomfritter, sukkerrige drikkevarer og indtag af kalorier (skønnet af mor), men ikke ved indtag af frugt, grøntsager og fisk.
				Fysisk aktivitet	Ingen forskel blev fundet i fysisk aktivitet mellem grupperne.

Tabel 4: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler rygning og alkohol

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse/ intervention	Formål med studie	Studiepopulation	Effektmål	Resultater
McGowan et al. 2010 Skotland Interventionstudie [42]	Henvisning til speciel jordmoder med tilbud om rygestoprådgivning i konsultation eller per telefon, når den gravide enten selv angav at være ryger eller havde en positiv mono-oxid test.	Vurderer den mest effektive rutine i at identificere gravide rygere, henvise dem til rygestop og effekten af rådgivningen.	12.000 gravide kvinder i Glasgow	Opsporing af rygning + rygestop	I alt blev 1936 gravide rygere identificeret, 386 henvist til rygestop rådgivning med en 'rygestop' jordmoder, 370 satte en rygestopdato og 117 gravide var stadig røgfri 4 uger efter rygestop. Blandt de 62 % af alle gravide, som stadig var røgfri efter fire uger, havde 62 % lav SES. Rygestop-succesraten i alle SES grupper efter fire uger var ca. 0,5 %.

Skagerström et al. 2012 Sverige tværnsnitstudie [43]	Efteruddannelse i genkendelse af alkoholproblemer, motiverende samtale, viden om alkohol i graviditeten og brugen af 'AUDIT'	Undersøge mængde af svenske jordemødres træning, alkoholrådgivning i praksis samt viden om identifikation af alkohol i graviditeten.	974 jordemødre i 2006 (før træning) og 1108 jordemødre i 2009 (efter træning)	Opsporing Af alkohol	Jordemødre angav at de i løbet af de tre år var blevet bedre til at igangsætte samtaler om alkohol. Ligesom mere end 90 % af jordemødrene angav at de var blevet bedre til at informere, give vejledning, og diskutere alkohol med de gravide.
Bull, L 2007 UK Kvalitativt studie [65]	Støtte til rygestop i allerede eksisterende tilbud om konsultation hos jordemoder og sundhedsplejersker	At undersøge jordemoderens og sundhedsplejerskens rolle i forebyggelsen af rygning i graviditeten og tidlige forældreskab.	16 sundhedsplejersker og 7 jordemødre	Rygestop	Deltagere i fokusgrupperne udtrykte forskellige holdninger til effektiviteten rygestopsamtaler, mange var skeptiske og størstedelen understregede vigtigheden af evidensbaseret træning af personale.

Tabel 5: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler forældreevne og tilknytning

Forfatter, år, land og studie-design	Type af ydelse/ intervention	Formål med studie	Studiepopulation	Effekt mål	Resultater
Wright et al 2009 Skotland, Tværnsnitstudie [44]	Screening af behov for målrettet støtte	Undersøgesundhedsplejerskers evne til at vurdere familiers behov for ekstra støtte senest 4 måneder efter fødslen	1202 familier	opsporing	32 % af familier med højbesøgsrate var efter 4 måneder vurderet til at have behov for ekstra støtte. 35 % af familier, som senere blev henvist til andre sociale tilbud, var blevet identificeret efter 4 måneder.
Wilson et al 2012 Skotland, Tværnsnitstudie [45]	behovsscreening ved 13 måneder efter fødslen	Undersøge relevansen af behovsscreening ved 13 måneders alderen	549 familier	Opsporing	Ni forældre blev identificeret ved hjælp af Adult WellBeing Scale (AWBS) med problemer i tilknytningen, heraf var seks allerede kendt i systemet. 36 forældre havde problemer med depression,

					heraf var ti allerede kendt. Ti forældre havde indadrettet irritabilitet, heraf var to allerede kendt. Ti forældre havde udadrettet irritabilitet, hvoraf fem allerede var kendt af systemet.
Holland and Watkins 2015 Wales Deskriptiv tværsnitstudie [46]	Efteruddannelse og certificering af sundhedsplejersker i genkendelse af tilknytningsproblemer med efterfølgende vejledning af mødre	Evaluerer af projektet fra sundhedsplejerskernes perspektiv	12 sundhedsplejersker, som har deltaget i NBO projektet	Tilknytning Opsporing og vejledning	Sundhedsplejerskerne mente at træningen havde hjulpet dem til både at opspore problemer i forholdet mellem forældre og barn og være behjælpelige med at fremme forholdet mellem dem.
Sundhedsstyrelsen 2017 Danmark Registeropfølgning	Forældreprogram 'Det gode liv – sammen' med fokus på at øge forældrevaner, give sunde vaner og øge tilknytningen mellem forældre og barn.	Vurderer effekten af forældreprogrammet i forhold til samlivsophør, forbrug af sundhedsydelse for barn og mor, samt forældres fravær fra arbejde pga. barnets sygdom	Afprøvet i 10 danske kommuner	Samlivsbrud	Der sås ingen overordnede forskel mellem indsatsgruppen og kontrol. Underanalyser viste en signifikant forskel for gifte par, hvor par som deltager i 'God start – sammen' har signifikant færre samlivsbrug de første 3 år af barnets liv. Der sås ingen effekt på ugifte par, paritet og alder.
				Barnets forbrug af sundhedsydelse	Analysen viste et signifikant højere antal lægekontakter og lægeydelser blandt børn i indsatsgruppen, signifikant flere akutte kontakter med sygehuset. Der sås ingen effekt på deltagelse i forebyggende lægeundersøgelser.
				Mors forbrug af sundhedsydelse	Deltagende mødre har flere kontakter med sygehuset umiddelbart efter fødslen.
				Forældres fravær på arbejde pga. barnets sygdom	Forældreprogrammet har ingen entydig effekt på arbejdsfravær pga. barnets sygdom. Kun for flergangsforældre findes signifikant forskel, der dog ikke er konsistent over tid. Her ses at deltagere har højere fravær for faren og lavere for moren

Tabel 6: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler amning

Forfatter, år Land og studiedesign	Type af ydelse/ intervention	Formål med studie	Studie-population	Effekt-mål	Resultater
Kronborg et al 2012 Danmark RCT studie [47]	tre undervisnings- gange om amning a 3 timer i 36. gravi- ditetsuge	Undersøge effek- ten af ammeun- dervisning i gra- viditeten	1193 førstegangsgravide kvinde (603 i intervention og 590 i kontrolgruppen)	Delvis am- ning	1 år efter fødslen sås ingen forskel i va- righed af delvis am- ning (HR=0,96 CI:0,84-1,09)
				Fuld amning	1 år efter fødslen sås ingen forskel i va- righed af fuld am- ning (HR=0,99 CI:0,87-1,12)
				Selvtillid	Umiddelbart efter intervention sås en øget selvtillid i in- terventionsgruppen (p=0,05).
				Viden	Signifikant flere mødre i interventi- onsgruppen rappor- terede at have til- strækkelig viden om amning (P=0,02) sammenlignet med mødre i kontrol- gruppen
				Selfefficacy	Ingen forskel sås i self-efficacy 6 uger pps. (P=0,48)
Hoddinott et al. 2009 Skotland Cluster RCT studie [48]	Tilbud om amme- grupper med til- knyttet sundheds- personale.	Undersøge effekt og cost-effekt af ammegrupper for gravide og am- mende kvinder	18.858 mødre i 14 regioner i Skotland (9635 i interventionsgruppe og 8968 i kontrolgruppen)	Delvis am- ning	Ingen forskelle i amning mellem grupperne blev fun- det hverken umid- delbart efter fødslen, 5-7 dage, 6-8 uger eller 8-9 måneder efter fødslen.
				Fuld amning	Ingen forskelle i udelukkende am- ning mellem grup- perne blev fundet hverken umiddelbart efter fødslen, 5-7 dage, 6-8 uger eller 8-9 måneder efter fødslen.
Kronborg et al. 2007 Danmark Cluster RCT stu- die [49]	Efteruddannelse af personale i en støt- tende tilgang med efterfølgende vej- ledning af mødre	Undersøge betydn- ingen af en støt- tende tilgang på varighed af am- ning	1597 mødre (781 i interventi- onsgruppen og 816 i kontrol- gruppe)	Fuld amning	Mødre i interventi- onsgruppen havde signifikant lavere ophørsrater 6 måne- der efter fødslen (HR=0,86 CI: 0,75- 0,99)
				Tryghed	Mødre i interventi- onsgruppen udviste større tryghed (sindsro) i IKKE at vide, hvor meget mælk deres børn fik.
Blixt et al 2014 Sverige Ikke-randomiseret interventionsstu- die [52]	Efteruddannelse af personale med ef- terfølgende vejled- ning af mødre	Evaluerer trænin- gens betydning for den støtte, som gives ammende mødre ift. tilfreds- hed og Problemer med amning ud fra ammelængde (>3 mdr.)	540 Førstegangs mødre (206 i interventionsgruppe og 162 og 172 i kontrolgrupper)	Tilfredshed	Mødre i interventi- onsgruppe som ude- lukkende ammede mindre end 3 måne- der, var signifikant mere tilfredse med ammevejledningen sammenlignet med kontrolgruppe.

Ingram et al 2011 England Sammenligning af to kohorter [50]	Efteruddannelse af personale med efterfølgende vejledning af mødre	Evaluere træningens betydning for amme-rater, samt procesevaluere træningen	Ammerater: 20.397 børn Procesevaluering: 141 jordemoder/sundhedsplejerske og 101 mødre	Delvis amning	Signifikant forskel på frekvens mellem 2006 og 2009 (før og efter træningen) med hhv. 14,5 og 16,9 % som delvis ammede 8 uger efter fødslen OR=1.57
				Fuld amning	Signifikant forskel på frekvens mellem 2006 og 2009 (før og efter træningen) med hhv. 31,7 og 40,4 % som fuldt ammede 8 uger efter fødslen OR=1.46
				Self-efficacy	I spørgeskema til 101 mødre sås en tendens til øget self-efficacy
Douglas, N 2012 England Pilot til kohorte studie [51]	Efteruddannelse af personale med efterfølgende vejledning af mødre	Undersøge hvorvidt specifikt tilbudt vejledning til asiatiske mødre påvirker amme-frekvenser	Sydasiatiske mødre	Amning	Ingen effekt på ammevarighed og mødre fortsatte med både at amme og give flaske
				Viden	Spørgeskemaer indikerede at mødre havde øget viden om og forståelse af amning
Lagan et al 2014 Skotland Kvalitativt studie [79]	Vejledning i forbindelse med madning af barn	Undersøge nybagte mødres forventninger til og oplevelser med amning og identificere hvordan ydelser kan forbedres.	78 mødre med varierende erfaring og succes med amning (udelukkende bryst -først bryst, men gået over til flaske -udelukkende flaske)	Tilfredshed	Mødre som oplevede sammenhæng og enighed i vejledningen oplevede stor tilfredshed og støtte
				Oplevelse af vejledning	Mødrene oplevede ofte modsatrettede råd og vejledning. Mødrene oplevede at information givet inden påbegyndelse af amning var urealistisk og ikke 'komplekst' nok. Nogle mødre følte sig presset til at amme

Tabel 7: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler kost til småbørn

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse	Formål	Studie- population	Effekt mål	Resultater
Andrew et al. 2015 Skotland Kvalitativt studie [53]	Deltagelse i workshop om passende småbørns kost ift. alder to gange á en time.	Evaluerer betydningen af workshoppen ift. småbørns kost, mødre viden om passende kost og mødre holdning	15 mødre til småbørn, som havde deltaget i workshop om kost	Kost	kvindernes beskrev i evalueringen at de efter interventionen ændrede deres handlinger, således at børn gik over til fast mad senere, gav mere hjemmelavet mad, og i højere grad end tidligere undgik usunde madvarer for barnet.
				Viden og holdning	Evalueringen fandt at interventionen var i stand til at øge viden, forståelse og bevidsthed om passende småbørns kost.

Tabel 8: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler efterfødselsdepression

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse	Formål	Studiepopulation	Effektmål	Resultater
Morrell et al. 2009 England Cluster RCT [54]	Efteruddannelse af sundhedsplejersker i efterfødselsdepressioner og efterfølgende samtaler med et kognitiv eller personcentreret tilgang.	Undersøge betydningen for kvinder af træning af sundhedsplejersker i systematisk at identificere depressioner og give psykologiske informerede vejledning.	4084 kvinder (2749 i interventions- og 1335 kvinder i kontrolgruppen)	Depression	6 måneder efter fødslen, havde signifikant færre kvinder i interventionsgruppen end i kontrolgruppen en score >12 på EPDS med henholdsvis 12,4 % og 16,4 % (OR=0,67 P=0,003). Mean EPDS score var signifikant højere i kontrolgruppen end hos kvinder i interventionsgruppen; 11,3 versus 9,2 (0,002)
Glavin et al. 2010a Norge Quasi-eksperimentalt post-test studie	Efteruddannelse af sundhedsplejersker i efterfødselsdepressioner. En konsultation til alle mødre og støttende samtaler til mødre med depressionssymptomer.	Undersøge effekten af ydelsen på forebyggelse og behandling af efterfødselsdepression	2247 kvinder (1804 i interventions- og 441 i kontrolgruppen)	Depression	kvinder i interventionsgruppen havde signifikant lavere sandsynlighed for at have en EPDS<12 efter seks uger (OR=0,6) tre måneder (OR=0,4) og 12 måneder (OR=0,6) efter fødslen.
Thome et al. 2012 Island Quasi-eksperimentalt [56]	Online efteruddannelse af sundhedsplejersker til at genkende efterfødselsdepressioner	Evaluere effekten af et online kursus for sundhedsplejersker for kvinders depressionssymptomer efter fødslen	93 mødre med en EPDS score >12 9 uger efter fødslen (54 i interventions- og 39 i kontrolgruppen)	Depression	EPDS score faldt i begge grupper over tid, men signifikant mere i interventions- end i kontrolgruppen. ($\beta=-2,74$ P=0,004)
				træthed og stress	Ingen forskel blev fundet mellem grupperne.
Turner et al. 2010 UK Kvalitativt studie [57]	Fire lyttebesøg af sundhedsplejerske (med mulighed for op til otte besøg)	Undersøge kvinders oplevelse af lyttebesøg fra sundhedsplejersker.	22 kvinder med EPDS score >12 og ICD-10 primære diagnose af depression	Depression	Kvinderne fandt besøgene hjælpsomme, dog utilstrækkelig til at kunne håndtere deres depression. Hvorvidt kvinder rapporterede besøgene som hjælpsomme afhang af grunden til depressionen og på hvilken måde besøgene fandt sted og af hvem.

Tabel 9: beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler tværfagligt samarbejde

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse/ intervention	Formål med studie	Studiepopulation	Effektmål	Resultater
Pontoppidan et al 2016 Danmark Pilot RCT [58] Middelboe et al. 2016 Procesevaluering [61]	De Utrolige år: 8 gruppemøder med 6-8 mødre og partnere med 2 gruppeledere tilknyttet - undervisning og samtaler om forældreskab, tilknytning og børns udvikling	Evaluering af gruppemøderne	112 mødre (76 i interventionsgruppen og 36 i kontrolgruppen), som taler dansk og har født indenfor de sidste 4 måneder.	Forældreevne	Ingen overordnet forskel mellem grupperne. Lavt fungerende mødre i interventionsgruppen havde signifikant lavere tiltro til egen forældre evne efter interventionen sammenlignet med kontrolgruppen, $\beta=-2,37$ (Karitane Parenting Confidence Scale)
				Tilknytning	Ingen forskel i tilknytning mellem grupperne.
				Stress, mental velvære	Lavt fungerende mødre i interventionsgruppen havde signifikant højere stressniveau efter interventionen sammenlignet med kontrolgruppen, $\beta=-5,33$ (Parental stress scale) og signifikant lavere mentalt velvære, $\beta=-18,62$ (WHOS Welbeing Index). Højt fungerende mødre i interventionsgruppen havde signifikant lavere stress niveau efter interventionen sammenlignet med kontrol-

					gruppen, $\beta=-6,11$ (Parental stress scale)
				Netværk	Mødre i interventionsgruppen havde mindre netværk efter intervention sammenlignet med kontrolgruppen, $\beta=-0,15$
Sundhedsstyrelsen 2017 Danmark Slutevaluering [59]	satspulje 'styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide'	Tværsektorielt samarbejde med forbedret sundhed for børn, den gravide og motivation og fastholdelse af udsatte gravide. Samarbejde mellem jordemoder, sundhedspleje, socialrådgivere, familierådgivere og læger	Forskellige projekter i 3 regioner og 9 kommuner.	Opsporing	Imødekommenhed og vedholdenhed, samt en systematisk og målrettet visitering er nødvendig for at nå den rigtige målgruppe. Erfaring med målgruppen er ligeledes en fordel. Fædre skal inviteres aktivt for at deltage.
				fastholdelse	Tid til den personlige kontakt, som skal være fordomsfri og konstruktiv. Udnyttelse af de teknologiske redskaber: sms og facebook-grupper skaber nærhed med sundhedspersonale og andre udsatte gravide i en gruppe og fastholder dermed bedre deltagere. Gruppekonsultation havde fordele, men sværere ved fastholdelsen.
				Effekt	Evalueringen forsøger at opsummerer en tværgående effekt i sundhed, som ikke kan vurderes tilstrækkeligt valide. Flere projekter har inkluderet ikke-udsatte gravide, hvorfor sammenligningsgrundlaget er forsvundet.
Middelboe et al 2016 Danmark Procesevaluering [60, 61]	Opsporingsmodellen: Systematisk opsporing af børn, et samarbejde mellem dagtilbud, skole, sundhedspleje og PPR. Brug af trivselsskemaer og fællesmøder.	Styrke det tværfaglige samarbejde og dermed øge opsporing og fastholdelse af børn i sårbare og udsatte omstændigheder	Afprøvet i danske 5 kommuner af personale.	Ingen relevante effektmål	Procesevalueringen er hovedsagelig en evaluering af implementeringen af modellen. Især trivselsskemaer er blevet implementeret. Personale vurderer at modellen skaber systematik, forældreinddragelse og samarbejde på tværs af faggrupper.

Tabel 10: Beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler tværfaglig samarbejde, men er af utilfredsstillende kvalitet.

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse/intervention	Formål med studie	Studiepopulation	Effektmål	Resultater
Bossi-Andresen and Jacobsen 2008 Danmark Procesevaluering [80]	Marte meo: Video optagelse af dagligdagssituation med feedback fra sundhedsplejerske.	Styrke forældreevnen og tilknytningen mellem forældre og barn	Afprøvet i Billund Kommune blandt familier med problemer	Udfordringer	Projektledere angiver, at projektet har givet gode erfaringer og at forældrene mente at forløbet gav dem færre problemerne og flere handlemuligheder. Projektleder vurderede, at belastningsgraden fra problemerne var mindsket hos inkluderede familier.
	Tidlig varslingsystem for udsatte familier: Besøg af sundhedsplejerske ved 18 måneder; systematisk tilgang med 'giraf-kuffert'	Opsporing af problemer i familien ved opkvalificering af sundhedsplejen	Afprøvet i Lolland kommune for alle 1 ½ årige	Henvisninger/opsporing	Ingen henvisninger til tværsektorielle teams, men til dagpleje, læge, socialrådgiver og PPR, samt yderligere besøg af sundhedspleje
Nielsen og Nielsen 2013 Danmark Procesevaluering [81]	Projekt samspil: Tilbud om 'mødregruppe' for unge mødre med undervisning af bl.a. sundhedsplejersker.	Bedre mor-barn relation, øge netværk og sikre uddannelse eller arbejde efter barsel.	Afprøvet i Lolland kommune blandt unge mødre <21 år	Tilknytning	Meget lille datagrundlag for evaluering. Overordnet tilfredshed blandt mødre, som færdiggjorde. Flere mødre i uddannelse eller arbejde efter endt barsel, viste ikke noget om samspil og relation mellem mor og barn.
Wiuff, MB 2011 Danmark Procesevaluering [82]	Nyt liv – nye vaner: Grupperforløb (ca.25 gange på 1 år) i kost, fysisk aktivitet og vægttab både i graviditeten og barselsperiode for overvægtige kvinder. Undervisning af jordemoder, sundhedsplejerske og fysioterapeut.	Mindske vægtøgning i graviditeten og barselsperioden gennem bedre kost – og motionsvaner.	Afprøvet i Kolding kommune blandt overvægtige gravide	Bevidsthed	Deltagere havde større bevidsthed om god kost og motionsvalg, en øget motivation til at leve sund. Evalueringen viste det var en fordel det strakte sig over både graviditet og barselsperiode.
Wesseltoft-Rao et al. 2017 Norge Fællesevaluering [83]	Styrkende indsatser for forholdet mellem børn og forældre	Tværgående evaluering af tværfaglige/sektorielle samarbejdsprojekter for at styrke forholdet mellem forældre og børn	Forskellige projekter i Norge	Ingen relevante effektmål	De separate evalueringer af projekterne er metodiske svage og har svært ved at vise reelle resultater. Konkluderer bl.a. at forskellige børn og familier har forskellige behov og at forskellige løsninger derfor er nødvendige.
Folkhälsomyndigheten 2016 Evaluering[84]	Styrkende indsatser for børn i familier med rusmiddelproblemer	Tværgående evaluering af tværfaglige/sektorielle samarbejdsprojekter	Forskellige projekter i Sverige	opsporing	Børn og forældre ønsker at blive opsporet og hjulpet. Indsatsen for små børn er vigtig og kræver samarbejde med socialforvaltningen for effektiv støtte.
Sundhedsstyrelsen 2015 Danmark Evaluering [85]	To projekter blev undersøgt: Forældreprogrammet 'en god start' og 'ICDP' En god start: fødsels- og familieforberedende tilbud 8 uger før fødsel til 3 år ICDP: lærings- og vejledningsforløb gennem samtaler med forældre til 2-5 årige. Fokuserer på	Tværgående opsamling/ evaluering af projekter i Børns trivsel i udsatte familier med overvægt eller andre sundhedsrisici.	En god start afprøvet i 10 kommuner ICDP afprøvet i 5 kommuner	Ingen relevante effektmål	Evalueringer er lavet i hver kommune: opgørelser, procesevalueringer og interview med deltagere + fagprofessionelle Læringspointer: Kræver læring og efteruddannelse, Fædre har ved 'En god start' fået en anden rolle, Gode værktøjer Værktøjerne har været gode til at klæde på til forældrekompetencer, fordi fokus er på handlekompetencer som

	samspelet mellem forældre og børn				familie. Så større forbrug af sundhedsydelser for børn i indsatsen og lavere samlivsbrudfrekvens for forældre.
--	-----------------------------------	--	--	--	---

Tabel 11: Beskrivelse af inkluderede studier, som omhandler informationskampagner

Forfatter, år, land og studiedesign	Type af ydelse/ intervention	Formål med studie	Studiepopulation	Effekt mål	Resultater
Mader et al. 2009 Norge Cluster RCT [63]	Mødre af pakistansk, tyrkisk og somalisk herkomst modtager skrevet informationsmateriale om D-vitamin på eget sprog	Undersøge, hvorvidt skriftligt materiale kan påvirke mødres D-vitamin niveau i blodet efter 7 uger	60 mødre af pakistansk, tyrkisk eller somalisk herkomst 18-43 år (23 i intervention og 37 i kontrolgruppe)	Serum 25-hydroxyvitamin D (D-vitamin i blod)	Der blev ikke fundet nogen forskel i D-vitamin i blodet mellem interventions- og kontrolgruppe.

Bilag 5. Fuldstændige referencer fra litteraturgennemgang foretaget af Forskningsenheden for Almen Praksis

1. Irwin, L., A. Siddiqi, and C. Hertzman, *Early Childhood development; a powerful equalizer. Final Report for the World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health*. 2007, WHO.
2. Holstein, B., *Social arv og børns sundhed*, in *Vidensopsamling om social arv 2003*, Socialforskningsinstituttet: København.
3. Marmot, M., et al., *Fair Society, Health lives: Strategic review of health Inequalities in England post-2010*. 2010, Institute of Health Equity: London.
4. Cowley, S., et al., *Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within universal service: A narrative review of the literature*. *International Journal of Nursing Studies*, 2015. **52**((2015)): p. 465-480.
5. Shonkoff, J.P., *Changing the narrative for early childhood investment*. *JAMA Pediatr.*, 2014. **168**(2): p. 105-106.
6. Freedman, D.S., et al., *The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study*. *Pediatrics*, 2005. **115**(1): p. 22-7.
7. Lissau, I. and T.I. Sorensen, *Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood*. *Lancet*, 1994. **343**(8893): p. 324-7.
8. Dube, S.R., et al., *The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900*. *Prev Med*, 2003. **37**(3): p. 268-77.
9. Blackwell, D.L., M.D. Hayward, and E.M. Crimmins, *Does childhood health affect chronic morbidity in later life?* *Soc Sci Med*, 2001. **52**(8): p. 1269-84.
10. Wilson, J.M.G.a.J., G., *PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE*. 1968: Public Health Papers.
11. Diderichsen, F., I. Andersen, and C. Manuel, *Ulighed i Sundhed -årsager og indsatser*. 2001, Sundhedsstyrelsen: København.
12. Rose, G., K. Khaw, and M. Marmot, *Rose's Strategy Of Preventive Medicine*. 2008, Great Britain: Oxford University Press.
13. Lykke, K., R. Ertmann, and A. Grauengaard, *Den forebyggende børneundersøgelse historisk og videnskabeligt perspektiv*. *Månedsskrift for almen praksis*, 2011. **November**: p. 943-953.
14. Thomson, S., et al., *International profiles of health Care Systems, 2012 Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland and the United States*. 2012, The Commonwealth Fund: London.
15. Sundhedsstyrelsen, *Anbefalinger for svangreomsorgen*. 2013, København: Sundhedsstyrelsen.
16. Sundhedsstyrelsen, *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*. 2011, København: Sundhedsstyrelsen.
17. Sondergaard, G., et al., *Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study*. *Scand J Prim Health Care*, 2008. **26**(1): p. 5-11.
18. Socialstyrelsen, *Sammenstilling av vägledande dokument för barn- och skolhälsovård -Danmark, England, Finland, Norge och Sverige*, in *2012-11-10*. 2012: Stockholm.
19. Socialstyrelsen, *Vägledning för barnhälsovården*. 2014, Socialstyrelsen: Stockholm.

20. Misvær, N. and G. Oftedal, *Håndbok for Helsestasjoner 0-5 år*. 2nd ed. 2002, Oslo: Kommuneforlaget.
21. Sosial- og helsedirektoratet, *Retningslinjer for svangerskapomsorgen*. 2005, Sosial- og helsedirektoratet: Oslo.
22. Region Skåne, *Basprogram för graviditetsövervakning/hälsovård -fordjupning. Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne. Regionala riktlinjer har tagits fram i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjerna är fastställda av hälso- och sjukvårdsdirektören*. 2013, Region Skåne: Skåne, Sverige.
23. NHS UK. *Your antenatal appointments*. 2017 [cited 2017 6th of June]; Available from: <http://www.nhs.uk/Conditions/pregnancy-and-baby/Pages/antenatal-appointment-schedule.aspx#contact>.
24. Vårdguiden. *Hälsobesök på barnavårdscentral (BVC) i Skåne*. 2017 [cited 2017 10th of June]; Available from: <https://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Undersokningar/Halsobesok-pa-barnavardscentral-BVC-i-Skane/>.
25. Government, T.S. *Universal health Visiting Pathway in Scotland Pre-Birth to Pre-School*. 2015 [cited 2017 6th of June]; Available from: <http://www.gov.scot/Resource/0048/00487884.pdf>.
26. Socialstyrelsen, *Kunskapsstöd för mödrhälsovården*. 2014, Socialstyrelsen: Stockholm.
27. Andersson, E., K. Christensson, and I. Hildingsson, *Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care--a clinical trial*. *Sex Reprod Healthc*, 2013. **4**(3): p. 113-20.
28. Wedin, K., J. Molin, and E.L.C. Svalenius, *Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care---a pilot study*. *Midwifery*, 2010. **26**(4): p. 389-393.
29. Snaith, V.J., S.C. Robson, and J. Hewison, *Antenatal telephone support intervention and uterine artery Doppler screening: A qualitative exploration of women's views*. *Midwifery*, 2015. **31**(5): p. 512-518.
30. Rayment-Jones, H., T. Murrells, and J. Sandall, *An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data--a retrospective, observational study*. *Midwifery*, 2015. **31**(4): p. 409-17.
31. Tuominen, M., et al., *Does the organizational model of the maternity health clinic have an influence on women's and their partners' experiences? A service evaluation survey in Southwest Finland*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2012. **12**: p. 96.
32. Johansen, A., et al., *Børns sundhed: Amning Temarapport og årsrapport Børn født i 2014*. 2016, Statens Institut for Folkesundhed: København.
33. Michelsen, S., et al., *Evaluering ad de forebyggende børneundersogelser i almen praksis*, Sundhedsstyrelsen, Editor. 2007, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed.
34. Christie, J. and B. Bunting, *The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: cluster randomised trial*. *Int J Nurs Stud*, 2011. **48**(6): p. 689-702.
35. Kronborg, H., M. Væth, and I. Kristensen, *The Effect of Early Postpartum Home Visits By Health Visitor: A Natural Experiment*. *Public Health Nursing*, 2012. **29**(4): p. 289-301.
36. Cohen, D., et al., *Exploratory study to evaluate the provision of additional midwifery support to teenage mothers*. *Public Health*, 2011. **125**(9): p. 632-8.
37. Daley, A.J., et al., *Feasibility and acceptability of regular weighing, setting weight gain limits and providing feedback by community midwives to prevent excess weight gain during pregnancy: randomised controlled trial and qualitative study*. *BMC Obes*, 2015. **2**: p. 35.
38. Soltani, H., et al., *Maternal Obesity Management Using Mobile Technology: A Feasibility Study to Evaluate a Text Messaging Based Complex Intervention during Pregnancy*. *J Obes*, 2015. **2015**: p. 814830.

39. Haby, K., et al., *Mighty Mums - An antenatal health care intervention can reduce gestational weight gain in women with obesity*. Midwifery, 2015. **31**(7): p. 685-692.
40. Kinnunen, T.I., et al., *Preventing excessive weight gain during pregnancy - a controlled trial in primary health care*. Eur J Clin Nutr, 2007. **61**(7): p. 884-91.
41. Döring, N., et al., *motivational Intervirewing to Prevent Childhood Obesity: A Cluster RCT*. Pediatrics, 2016. **137**(5): p. e20153104.
42. McGowan, A., et al., *'Breathe': the stop smoking service for pregnant women in Glasgow*. Midwifery, 2010. **26**(3): p. e1-e13.
43. Skagerström, J., et al., *Towards improved alcohol prevention in Swedish antenatal care? Midwifery*, 2012. **28**(3): p. 314-320.
44. Wright, C.M., et al., *Targeting health visitor care: lessons from Starting Well*. Archives of Disease in Childhood, 2009. **94**(1): p. 23-27.
45. Wilson, C., et al., *Matching parenting support needs to service provision in a universal 13-month child health surveillance visit*. Child: Care, Health & Development, 2012. **38**(5): p. 665-674.
46. Holland, A. and D. Watkins, *Flying Start health visitors' views of implementing the Newborn Behavioural Observation: barriers and facilitating factors*. Community Pract, 2015. **88**(6): p. 33-6.
47. Kronborg, H., R.D. Maimburg, and M. Væth, *Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial*. Midwifery, 2012. **28**(6): p. 784-790.
48. Hoddinott, P., et al., *Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial*. Bmj, 2009. **338**: p. a3026.
49. Kronborg, H., et al., *Effect of early postnatal breastfeeding support: a cluster-randomized community based trial*. Acta Paediatr, 2007. **96**(7): p. 1064-70.
50. Ingram, J., D. Johnson, and L. Condon, *The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff*. Prim Health Care Res Dev, 2011. **12**(3): p. 266-75.
51. Douglas, N., *Befriending breastfeeding: a home-based antenatal pilot for South Asian families*. Community Practitioner, 2012. **85**(6): p. 28-31.
52. Blixt, I., L.B. Martensson, and A.C. Ekstrom, *Process-oriented training in breastfeeding for health professionals decreases women's experiences of breastfeeding challenges*. Int Breastfeed J, 2014. **9**: p. 15.
53. Andrews, E.J., A. Symon, and A.S. Anderson, *'I didn't know why you had to wait': an evaluation of NHS infant-feeding workshops amongst women living in areas of high deprivation*. J Hum Nutr Diet, 2015. **28**(6): p. 558-67.
54. Morrell, C.J., et al., *Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial*. Health Technol Assess, 2009. **13**(30): p. iii-iv, xi-xiii, 1-153.
55. Glavin, K., et al., *Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression*. Journal of Advanced Nursing, 2010. **66**(6): p. 1317-1327.
56. Thome, M., B. Orlygsdottir, and B.T. Elvarsson, *Evaluation of the clinical effect of an on-line course for community nurses on post-partum emotional distress: a community-based longitudinal time-series quasi-experiment*. Scand J Caring Sci, 2012. **26**(3): p. 494-504.
57. Turner, K.M., et al., *Women's experiences of health visitor delivered listening visits as a treatment for postnatal depression: a qualitative study*. Patient Education & Counseling, 2010. **78**(2): p. 234-239.
58. Pontoppidan, M., S. Klest, and T. Sandoy, *The Incredible Years Parents and Babies Program: A Pilot Randomized Controlled Trial*. PLoS ONE, 2016. **11**(12).
59. Sundhedsstyrelsen, *Evaluering af 'Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte gravide'*. 2017, Sundhedsstyrelsen: København.

60. Mehlbye, J., *Opkvalificering ad den tidlige indsats -ved tidlig opsporing af børn i en socialt udsat position*. 2013, Det nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. : København.
61. Middelboe, N., et al., *Midtvejsevaluering af familierettede og forebyggende indsatser i "Tidlig Indsats – Livslang Effekt"*. 2016, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning: København.
62. Centre for evidence-based medicine. *Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence (march 2009)*. 2009 [cited 2007 27. Juni]; Available from: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp#levels.
63. Madar, A., K. Klepp, and H. Meyer, *The effect of tailor-made information on vitamin D status of immigrant mothers in Norway: a cluster randomized controlled trial*. Maternal and Child Nutrition, 2011. **2011**(7): p. pp 92-99.
64. Glavin, K., et al., *Supportive counselling by public health nurses for women with postpartum depression*. J Adv Nurs, 2010. **66**(6): p. 1317-27.
65. Bull, L., *Smoking cessation intervention with pregnant women and new parents (part 2): a focus group study of health visitors and midwives working in the UK*. Journal of Neonatal Nursing, 2007. **13**(5): p. 179-185.
66. Wilson, P., et al., *Health visitors' assesments of parent-child relationship: A focus group study*. International Journal of Nursing Studies, 2008. **45**(2008): p. 1137-1147.
67. Appleton, J.V., et al., *Evaluating health visitor assessments of mother-infant interactions: a mixed methods study*. Int J Nurs Stud, 2013. **50**(1): p. 5-15.
68. Pettit, A., *Health visitors' experiences of using a tool in assessing infant attachment*. Community Pract, 2008. **81**(11): p. 23-6.
69. Nolan, M.L., et al., *Making friends at antenatal classes: a qualitative exploration of friendship across the transition to motherhood*. J Perinat Educ, 2012. **21**(3): p. 178-85.
70. Lefevre, A., et al., *Parents' experiences of parental groups in Swedish child health-care: Do they get what they want?* J Child Health Care, 2016. **20**(1): p. 46-54.
71. Salonen, A.H., et al., *Impact of an internet-based intervention on Finnish mothers' perceptions of parenting satisfaction, infant centrality and depressive symptoms during the postpartum year*. Midwifery, 2014. **30**(1): p. 112-22.
72. Salonen, A.H., et al., *Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period*. Midwifery, 2011. **27**(6): p. 832-41.
73. Henderson, J., H. Gao, and M. Redshaw, *Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups*. BMC Pregnancy Childbirth, 2013. **13**: p. 196.
74. Maindal, H.T. and K. Vinther-Jensen, *Sundhedskompetence (Health Literacy) – teori, forskning og praksis*. Klinisk Sygepleje, 2016. **Vol.30** (Nr.1): p. 3-16.
75. Hildingsson, I. and J.E. Thomas, *Women's perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems, and solutions*. Journal of Midwifery & Women's Health, 2007. **52**(2): p. 126-133.
76. Ellberg, L., U. Hogberg, and V. Lindh, *'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care*. Midwifery, 2010. **26**(4): p. 463-468.
77. Sherriff, N. and V. Hall, *Engaging and supporting fathers to promote breastfeeding: a new role for Health Visitors?* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2011. **25**(3): p. 467-475.
78. Harker, J. and J. Kleijnen, *What is a rapid review? A methodological exploration of rapid reviews in Health Technology Assessments*. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 2012. **2012**(10): p. 397-410.
79. Lagan, B.M., et al., *'The midwives aren't allowed to tell you': Perceived infant feeding policy restrictions in a formula feeding culture -- The Feeding Your Baby Study*. Midwifery, 2014. **30**(3): p. e49-55.

80. Bossi-Andresen, G. and H. Jacobsen, *Tværgående vidensopsamling på saTspuljen: sundhedsplejen og anden tidlig tværfaglig indsats*. 2008, Sundhedsstyrelsen: København.
81. Nielsen, A. and V. Nielsen, *EVALUERING AF PROJEKT SAMSPIL EN UDVIDET MØDREGRUPPE TIL UNGE UDSATTE MØDRE*. 2013, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd: København.
82. Wiuff, M., *'Nyt liv – Nye vaner' En tværsektoriel indsats for overvægtige gravide og nybagte mødre*. 2011, Dansk Sundhedsinstitut: København.
83. Wesseltoft-Rao, N., T. Holt, and M. Helland, *Gruppetiltak og kurs for foreldre. Norsk praksis, erfaringer og effektevalueringer*. 2017, Folkehelseinstituttet: Oslo.
84. Folkhälsomyndigheten, *Barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller våld. Resultat och erfarenheter från ett utvecklingsarbete*. 2016, Folkhälsomyndigheten: Stockholm.
85. Sundhedsstyrelsen, *ERFARINGER FRA SATSPULJEN OM BØRNS TRIVSEL 2010-2013 HVAD LÆRTE VI? .* 2015, Sundhedsstyrelsen: København.