

TIDLIG INDSATS FOR SÅRBARE FAMILIER AFSLUTTENDE EVALUERINGESRAPPORT

Sundhedsstyrelsen, oktober 2021



INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Indledning	1
1.1	To modeller og fire niveauer	2
2.	Metodisk tilgang til evalueringen	6
2.1	Indsamling af data via Novax	9
2.2	Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse om principper	10
2.3	Kommunale casebesøg midtvejs og afslutningsvist	11
2.4	Syntetisk kontrolanalyse	11
3.	Målgruppebeskrivelse	12
4.	Erfaringer med omstilling af praksis – forandringer i praksis	13
4.1	Erfaringer med at anvende og afprøve niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser	13
4.2	Implementering af systematiske metoder til tidlig opsporing	16
4.3	Styrket opsporing via udvidet standardtilbud	22
4.4	Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde om sårbare og udsatte børn og familier	32
4.5	Tværfaglige indsatser i projektperioden	44
4.6	Uddannelse og implementering af fælles behandlingsmetoder til at styrke forældrekompetencer	52
4.7	Etablering af brugerråd	58
4.8	Tværfagligt samarbejde om anbragte børn og familier med foranstaltninger	58
5.	Virknings	62
5.1	Forebyggende foranstaltninger	63
5.2	Underretninger vedr. børn	64
5.3	Børn, der er modtaget underretninger om	65
5.4	Tværgående opsamling af syntetisk kontrolanalyse	66
6.	Læringspunkter	67
6.1	Organisatoriske læring	67
6.2	Aktivitetsbaserede læring	68

1. INDLEDNING

Sundhedsplejerskernes lovbestemte arbejde med spæd- og småbørn er et unikt og universelt tilbud til alle familier, hvor stort set alle tager imod tilbuddet. Relationen mellem sundhedsplejersker og familier adskiller sig fra andre interaktioner mellem det offentlige sundhedsvæsen og borgere i øvrigt, idet ydelserne for spædbørn i meget stort omfang sker i hjemmet. Det er bestemt i bekendtgørelsen, hvor også formålet om at bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe forudsætninger for et sundt voksenliv fremgår¹. Kontakten til sundhedsplejersken og samarbejdet mellem familien og sundhedsplejersken er baseret på en tryk og tillidsfuld relation, netop fordi tilbuddet henvender sig til alle familier og på baggrund af sundhedsplejens næsten 90-årige historie i Danmark.

Nærværende projekt blev iværksat som en del af satspuljen 2017-2020. Formålet med projektet er:

- At udvikle og afprøve indsatser, der matcher udsatte og sårbare børns og familiers behov, og som virker i forhold til opsporing og fastholdelse af målgruppen.
- At styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen til målgruppen.
- At målrette de eksisterende ressourcer på området, så der er større fokus på udsatte og sårbare børn og familier.

Satspuljeprojektet har til dette formål arbejdet med at udvikle og afprøve to modeller for en tidligere og mere målrettet forebyggende indsats i sårbare familier med udgangspunkt i det universelle tilbud og med en styrkelse af det tidlige tværfaglige samarbejde. Dermed bidrager projektet til at undersøge, hvordan kommunerne med en mere målrettet indsats kan medvirke til at mindske ulighed i sundhed blandt børn i de tidlige leveår. Projekterne og evalueringen af disse skal således bidrage med viden om, hvordan ressourcerne i sundhedsplejen kan målrettes sårbare børn og familier med udgangspunkt i de universelle ydelser og gennem et styrket tværfagligt og tværprofessionelt samarbejde. Viden fra projektet skal inspirere og understøtte en bredere omstilling af sundhedsplejen nationalt og kommunalt, således at sårbare børn og familier får den nødvendige støtte og indsats tidligt i problemudviklingen, også fra andre aktører end sundhedsplejerskerne.

Ulighed i sundhed hos børn ses fortsat i Danmark, og den negative sociale arv brydes ikke i tilstrækkelig grad trods gældende lovgivning om at tilgodese børn og familier med særlige behov med særlige indsatser, også af tværfaglig karakter. Der ses således lav til moderat til høj gradient af ulighed i sundhed på en række indikatorer fra graviditet, for tidlig fødsel, vægt ved fødslen, amning og vaccinationstatus, tandsundhed, overvægt m.m. Uligheden er ikke ændret i perioden fra 2010-2017². En undersøgelse fra VIVE fra 2018 om børns og unges trivsel og velfærd i Danmark viser, at 15-20 pct. af alle børn i Danmark mistrives i varierende omfang, og 3-5 pct. af børn i mistrivsel er udsat for omsorgssvigt af fysisk og/eller psykisk karakter³. Ligeledes viser VIVE's undersøgelse, at børnefamilier, der har få ressourcer, er blevet mere belastet end ved tidligere trivselsundersøgelser⁴. Undersøgelsens fund tyder på, at udviklingen påvirker en lang række faktorer, herunder børnenes sundhed, sociale relationer, materielle opvækstvilkår samt muligheden for at indgå i sociale relationer ved blandt andet organiserede fritidsaktiviteter.

¹ Bekendtgørelse nr. 1344 af 3/12/2010 om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge.

² <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Ulighed-i-sundhed/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom-tilgaengel.ashx?la=da&hash=CB63CAD067D942FE54B99034085E78BE9F486A92>

³ VIVE, 2018, Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018, <https://www.vive.dk/da/udgivelser/boern-og-unge-i-danmark-velfaerd-og-trivsel-2018-10762/>

⁴ VIVE, 2018, Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2018, <https://www.vive.dk/da/udgivelser/boern-og-unge-i-danmark-velfaerd-og-trivsel-2018-10762/>

Andre undersøgelser viser, at social arv generelt har stor betydning for, hvordan børn og unge klarer sig i grundskolen, idet børn med ressourcestærke forældre klarer sig bedre ved folkeskolens afgangsprøve end børn, som kommer fra mere ressourcetsvage hjem⁵. Allerede på grundskoleniveau har børn og unge i socialt udsatte positioner altså et uddannelsesmæssigt efterslæb i forhold til andre børn og unge. Således indikerer de forskellige forskningsresultater, at man trods en række universelle og specialiserede tilbud ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes med at reducere ulighed i sundhed og bryde den negative sociale arv.

Forud for puljeudmøntningen er der gennemført en national afdækning af sundhedsplejens tilbud og samarbejdsrelationer i kommunerne⁶. Det fremgår bl.a. her, at en systematisk og målrettet visitering er nødvendig for at nå den rigtige målgruppe til indsatser for sårbare familier, og at der ikke er konsensus i kommunerne om, hvordan man opsporer og kategoriserer sårbare gravide, børn og familier. Omkring halvdelen af kommunerne meldte tilbage, at de alene anvender sundhedsplejerskens faglige skøn og kliniske blik som opsporings- og kategoriseringsredskab. Dertil fremgår det, at der i kommunerne anvendes mindst 14 forskellige metoder til opsporing og kategorisering af de sårbare familier i sundhedsplejen og mindst lige så mange metoder i socialforvaltningen, når denne involveres i arbejdet, samt at der ikke nødvendigvis er konsensus om metodebrug inden for kommunerne. Det viste sig desuden, at nogle kommuner anvender standardiserede metoder, mens andre anvender metoder, de selv har udviklet. Afdækningsrapporten viste yderligere, at størstedelen af de kommunale sundhedsplejeordninger ikke anvender fastlagte kriterier for, hvornår en familie har brug for en tværfaglig indsats, samtidig med at vigtigheden af dialog på tværs af forvaltningerne understreges som forudsætning for, at det tværfaglige samarbejde kan lykkes. Det påpeges, at et tværfagligt kategoriseringsredskab kan være med til at målrette, hvordan et barn og en familie i en udsat position samlet kan vurderes. Rapporten viste desuden, at en systematisk tilgang øger sensitiviteten i forhold til opsporing.

På baggrund af kortlægningen har Sundhedsstyrelsen i satspuljeprojektet "Tidlig indsats for sårbare familier" beskrevet to modeller, som de ansøgende kommuner skulle forpligte sig til at afprøve og udvikle i projektperioden⁷. I projektperioden skulle de oprindeligt 17, men afslutningsvis 16 kommuner bl.a. undersøge brug af systematiske redskaber tværfagligt samt udvikling af kriterier for såkaldte 'behovsbesøg' under hensyntagen til ikke at svække det universelle tilbud. Projektet bidrager således til at udvikle de bedst mulige rammer og forudsætninger for en tidlig, forebyggende og sundhedsfremmende indsats til sårbare familier i udsatte positioner under hensyntagen til de fund, kortlægningen fremviste.

1.1 To modeller og fire niveauer

Der er i projektet defineret to tilgange til at skabe øget systematik og mere tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejen og andre aktører i kommunerne. Den ene **model A** fokuserer på at styrke den opsøgende og mere målrettede indsats blandt sundhedsplejen samt styrkelse af det tidlige tværfaglige samarbejde, mens den anden **model B** orienterer sig mod samarbejdet mellem sundhedsplejen og kommunens dagtilbud. Derudover kendetegnes de to modeller ved, at de introducerer et nyt element i sundhedsplejens arbejde, der har været helt centralt at afprøve i projektperioden, nemlig introduktionen af **niveauinddeling af sundhedsplejeydelser** på fire forebyggelses- og sundhedsfremmeniveauer.

⁵ (Wittrup 2011; Houlberg et al. 2013).

⁶ Sundhedsstyrelsen, 2017, Tidlig indsats for sårbare familier – afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser, <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Tidlig-indsats-for-s%C3%A5rbare-familier/Afdækningsrapport.ashx?la=da&hash=7A1E92D4DA44AA4F8F03B3B336F433E504BA7E07>

⁷ <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Tidlig-indsats-for-s%C3%A5rbare-familier/Op-slag.ashx?la=da&hash=9A9EFBCC63BD42A571157915D25EACD55FAC62E3>

Formålet er at afprøve, hvorvidt niveauinddeling kan styrke sundhedsplejens vurdering af, hvilke behov familier har for yderligere indsats, når de universelle tilbud ikke er tilstrækkelige til at understøtte familiens behov. Herunder hvornår familier har brug for en udvidet sundhedsplejeindsats i form af ekstra sundhedsplejebesøg og/eller en tværprofessionel indsats. I boksen nedenfor fremgår definitionen og skelnet mellem de fire niveauer, der er afprøvet i indsatsen⁸:

Beskrivelse af de fire niveauer i indsatsen

Niveau 1 er det kommunale, grundlæggende og universelle tilbud fra sundhedsplejen til alle kommunens familier med henblik på generelle forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for barnet og dets forældre.

Niveau 2 er monofaglige, sundhedsplejefaglige behovsydelser til familier med problemer af sundhedsfaglig karakter, som ligger inden for sundhedsplejens opgave- og kompetenceområde, også kendt som "behovsbesøg". Ydelserne har til formål at tilbyde ekstra besøg, fordi der i et besøg er afdækket forhold, der kræver yderligere støtte og vejledning fra sundhedsplejersken, og hvor de universelle tilbud på niveau 1 ikke rækker. Det kan fx være amme- eller søvnproblemer, behov for ekstra vejledning i forhold til barnets psykomotoriske udvikling, problemer med overgang til anden mad end mælk eller andre spiseproblemer, eller fx forældre, der udviser symptomer på fødselsdepression, og som derfor i en periode følges tættere af sundhedsplejen for nærmere afklaring.

Niveau 3 er tværprofessionelle målrettede og konkrete ydelser på enten individ- eller gruppeniveau, som involverer andre professioner end sundhedsplejen, fx socialrådgivere, PPR, tandplejen, den praktiserende læge eller andre fagpersoner. Ydelserne gives på et rådgivende niveau eller i konkrete afgrænsede indsatser. Det kan fx dreje sig om forældre med diagnosticeret fødselsdepression eller andre mentale sundhedsproblemer som angst og depression eller familier, hvor en eller begge forældre har en svær barndom med svigt og traumer bag sig med deraf følgende tilknytningsproblemer. Yderligere kan det dreje sig om familier med pludselig opståede alvorlige problemer som dødsfald eller alvorlig sygdom i familien eller familier, der er belastede af kronisk sygdom af såvel somatisk som psykiatrisk karakter eller handicap, forældre i en svær skilsmisse eller andre psykosociale belastninger eller sundhedsmæssige udfordringer, hvor der er behov for en særlig målrettet og individuel ydelse i en kortere periode.

Niveau 4 er indikerede og specifikke indsatser på individniveau, hvor højt specialiseret viden er nødvendig og bliver givet med hjemmel i serviceloven. Det drejer sig fx om familier med problemer forbundet med rusmidler, børn, som er udsat for anden omsorgssvigt og børn med tilknytnings- og udviklingsforstyrrelser.

⁸ Niveauerne er udviklet i forhold til beskrivelsen i udmøntningsopslaget på sst.dk på baggrund af præciseringer, opnået i projektperioden.

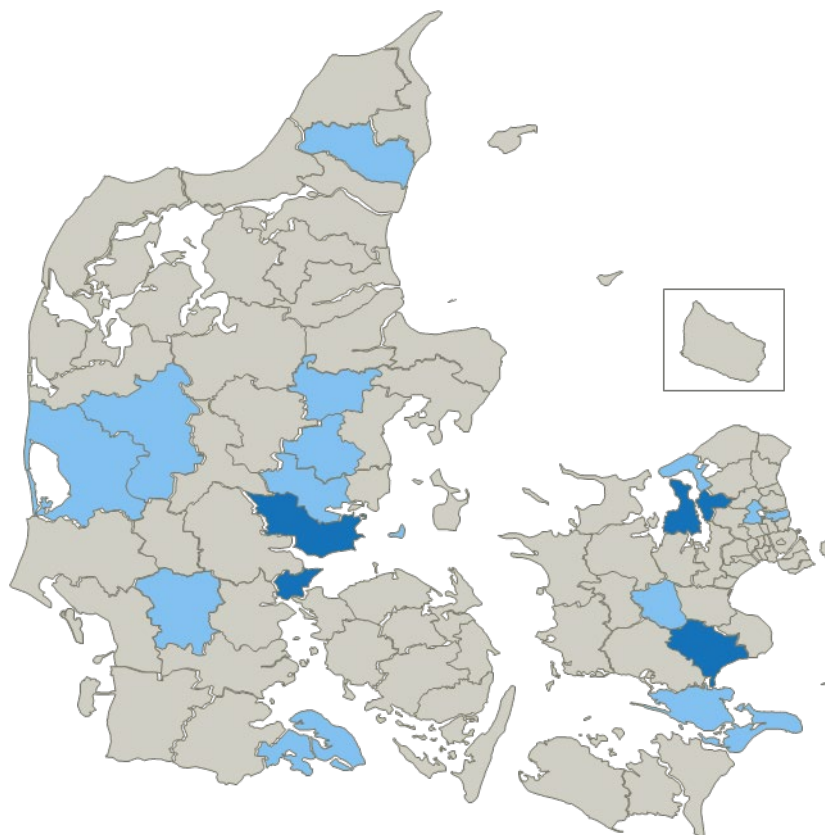
Med afsæt i beskrivelsen af de fire niveauer følger nedenstående beskrivelse af, hvordan de to modeller udmønter implementeringen af de fire niveauer på hver sin vis:

	Model A	Model B
Formål	Fokus på at styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen og det tværprofessionelle samarbejde og målretning af eksisterende sundhedsplejeydelser.	Fokus på at udvikle samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud.
Niveau 1	Styrkelse af den opsporende indsats i alle familier gennem opkvalificering af sundhedsplejen i brug af definerede fælles metoder til at opspore sårbare børn og familier tidligt og målrette ressourcerne. Metoderne anerkendes også i tværprofessionelle samarbejdsrelationer.	Udvikling af samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud om overgangen fra hjem til institution og ved skift til anden institutionstype.
Niveau 2	Etablering af kommunale kriterier for henvisning til monofaglige behovsbesøg.	Udvikling af en praksis, hvor der er fastsat kriterier og en konkret model for sundhedsplejerådgivning i samarbejde med dagtilbud, når familier har særligt behov for sundhedsfaglig støtte.
Niveau 3	Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde med henblik på at udvikle en fælles sproglig referenceramme for og kategorisering af sårbare og udsatte familier for at sikre en tidlige og mere målrettet støtte.	Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde gennem etablering eller videreførelse af et tværprofessionelt team, etablering af en fælles sproglig referenceramme for kategorisering af sårbare og udsatte familier samt udvikling af tværprofessionelle tilbud.
Niveau 4	Inddragelse af sundhedsplejerskens kompetencer og viden i forhold til familier, hvor foranstaltninger har vist sig nødvendige.	Understøttelse af en praksis, hvor sundhedsplejerskens kompetencer sættes i spil i forhold til familier, hvor der er iværksat foranstaltninger.
Antal kommuner	13	Oprindelig fire, men reduceret til tre i projektperioden

De to modeller udgør en faglig ramme for det udviklingsarbejde, som foregår i de 17, siden 16 kommuner, der på baggrund af deres ansøgning blev udvalgt til at deltage i projektet. Kommunernes udgangspunkt er ved projektets start meget forskelligt, og kommunerne har derfor haft forskellige afsæt for udviklingsarbejdet. Tilsvarende er der forskelle på, hvordan kommunerne omsætter modellernes elementer til deres lokale kontekst, idet der tages hensyn til den kommunale organisering og muligheder.

Kommunerne, der har fået midler under puljen, er: Brønderslev, Favrskov, Faxe, Fredericia, Frederikssund (udgik undervejs), Furesø, Halsnæs, Hedensted, Herning, Horsens, Lyngby-Taarbæk, Ringkøbing-Skjern, Ringsted, Skanderborg, Sønderborg, Vejen og Vordingborg. Kommunerne er markeret på kortet nedenfor. **De lyseblå** har fået midler til at omsætte model A og **de mørkeblå** til model B.

Figur 1-1. Landkort over projektkommuner



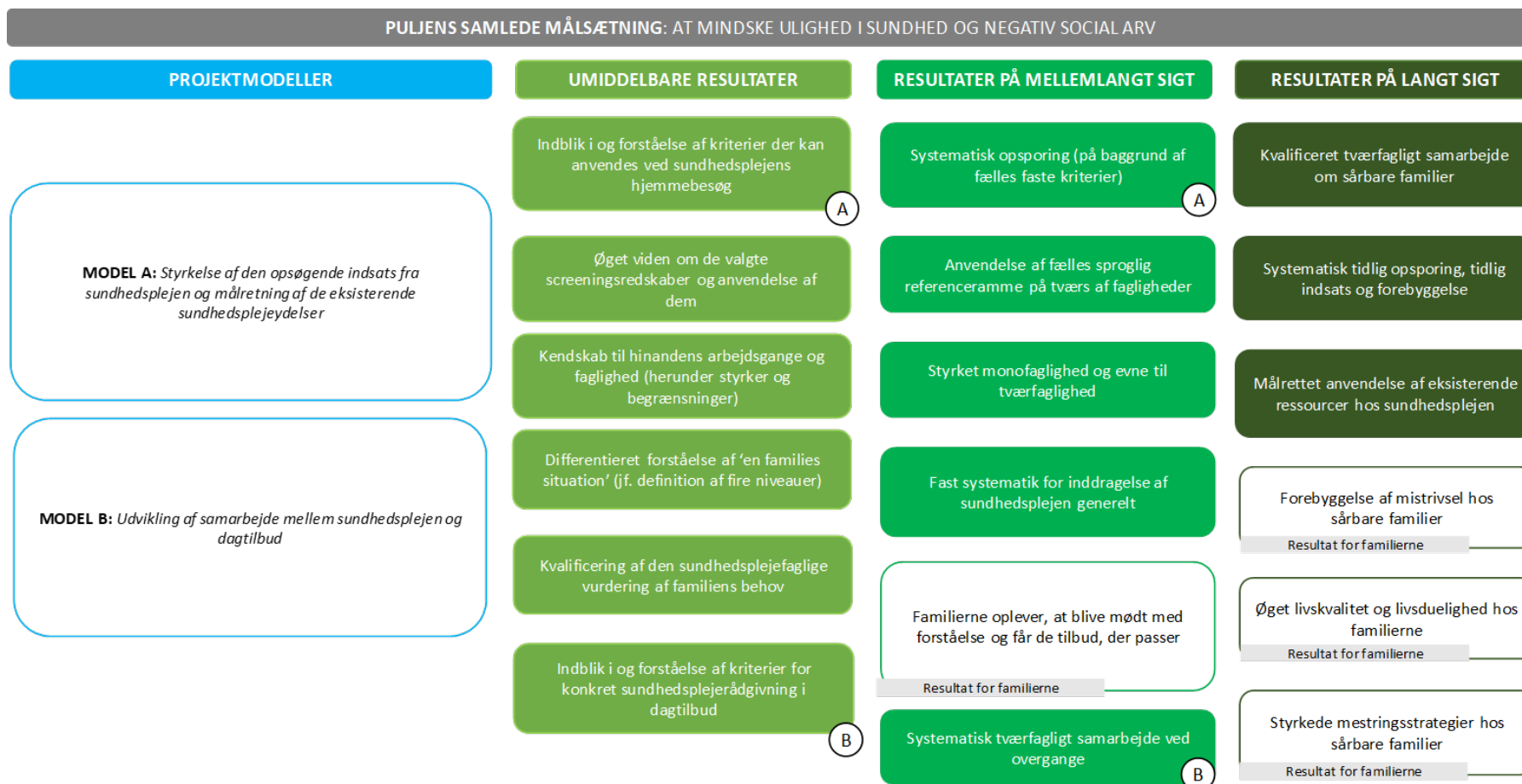
Lyseblå: Brønderslev, Favrskov, Furesø, Halsnæs, Herning, Horsens, Lyngby-Taarbæk, Ringkøbing-Skjern, Ringsted, Skanderborg, Sønderborg, Vejen og Vordingborg.
Mørkeblå: Faxe, Fredericia, Frederikssund (udgik undervejs) og Hedensted.

2. METODISK TILGANG TIL EVALUERINGEN

Som led i projektet gennemfører Rambøll en evaluering, hvor denne rapport udgør den afsluttende evaluering, som samler op på projektets erfaringer, resultater og virkninger. Evalueringens fokus afspejler, at projektets indhold har karakter af et udviklingsprojekt, hvor indsatsmodellerne løbende er blevet udviklet, tilpasset og afprøvet under projektperioden. Det betyder, at evalueringen i høj grad undersøger, hvordan man meningsfuldt kan arbejde med at omsætte de projektmodeller og rammer, som Sundhedsstyrelsen har sat op for projektet, samt de mest centrale drivkræfter og barrierer for at nå i mål. Det er således et centralt formål med evalueringen at give et vidensindspil til den fortsatte udviklingsproces for sundhedsplejen og det tværfaglige samarbejde i landets kommuner i forhold til sårbare familier og familier i udsatte positioner. Evalueringen skal derfor således også give viden og retning til de kommuner, der endnu ikke har haft lejlighed til at afprøve indsatsen, og dermed sikre bedst muligt forudsætninger for at udbrede læring fra projektet til resten af landet.

Evalueringen er tilrettelagt dels med et summativt fokus på resultater af omstillingen af praksis, dels et mere formativt fokus med henblik på at understøtte implementering af modellerne. I starten af projektet blev der afholdt forandringsteoriworkshops i alle projektkommuner. Formålet var at sætte fokus på de faglige og organisatoriske resultater, som kommunerne forventede ville blive centrale skridt på vejen mod en omstilling af praksis. Det vil sige skridt på vejen mod at målrette sundhedsplejens ydelser og styrke det tværfaglige samarbejde og derigennem bidrage til at reducere ulighed i sundhed og negativ social arv. På baggrund af lokale forandringsteorier blev der etableret en tværgående forandringsteori over forventede resultater og effekter af den omstillingsproces, kommunerne har igangsat gennem deltagelse i projektet. Forandringsteorien har været retningsgivende for tilrettelæggelsen af evalueringen.

Figur 2-1. Tværgående forandringsteori



På baggrund af drøftelser på forandringsteoriworkshoppene blev der på tværs af kommunerne ydermere peget på en række centrale principper i omstillingen, som forventes at være afgørende for en virkningsfuld omstilling af praksis, der på længere sigt skaber positive forandringer for børn og familier. Der blev peget på, at følgende principper er centrale for en succesfuld omstilling:

Rolle – og ansvarsafklaring på tværs af alle involverede aktører

Der skal være en tydelig rolle- og ansvarsfordeling mellem involverede aktører, herunder retningslinjer for, hvad omstillingen indebærer og betyder for deres daglige arbejds gange og generelle faglige praksis. Princippet er tæt knyttet til de tværfaglige aktiviteter i omstillingen, og forventningen er, at hvis rolle- og ansvarsafklaring er foretaget på grundig vis, opnås et styrket samarbejde, hvor man får udnyttet egne og andres kompetencer bedst muligt og i rette tid.

Fælles referenceramme

Der skal være et fælles vidensafsæt for de fagligheder, der er involveret i omstillingen. Aktører i det tværfaglige samarbejde har ikke kun forskellige definitioner af og kriterier for sårbarhed, de ser også på familierne fra forskellige fagligheder, har forskellige arbejds gange, har forskellige muligheder og begrænsninger og kan iværksætte forskellige typer af indsatser. Det er derfor afgørende, at de opnår et fælles referenceramme- og vidensafsæt.

Respekt og tillid som grundsten for samarbejdet

Det skal være en samarbejds kultur i kommunerne, som er præget af respekt for andres faglighed, tryghed og tillid samt nysgerrighed på andres perspektiver. Princippet er tæt knyttet til de tværfaglige aktiviteter i omstillingen, og forventningen er, at hvis man har et mindset, der bygger på tillid til hinanden, respekt for hinandens fagligheder samt tryghed i relationen til kollegaer, er der bedre forudsætninger for at styrke det tværfaglige samarbejde om sårbare familier.

Fælles differentieret forståelse af familier

Der er store forskelle på, hvordan forskellige aktører rundt om børn og familier vurderer børn og familiers situation og sårbarhed, ligesom det er forskelligt, hvilke kriterier og redskaber man anvender til vurdering af bekymring. Det har derfor afgørende betydning for projektets succes, at alle involverede faggrupper får en klar, systematisk og fælles forståelse af, hvordan børn og familier kategoriseres i forhold til deres behov med henblik på kvalificeret opsporing og målrettet anvendelse af ressourcerne.

Løbende og professionel sparring

Det er afgørende, at der sker en udvikling mod en højere grad af mono- og tværfaglig sparring, hvor fagpersoner gør brug af hinandens viden og ressourcer til at kvalificere egne professionelle vurderinger af familierne. Princippet er knyttet til de aktiviteter, som går på tværs af fagligheder, men er også knyttet til det monofaglige. Forventningen er, at hvis der skal ske en styrkelse af praksis, skal fagpersonerne finde veje til at sparre med hinanden med henblik på at styrke de professionelle vurderinger og derigennem den tidlige opsporing og indsats.

Helhedsorienteret tilgang til indsatsen til familier

Det er vigtigt, at omstillingen mod et stærkere tværfaglige samarbejde har fokus på at skabe helhedsorienterede og sammenhængende indsatser til familierne. Princippet er særligt knyttet til situationer, hvor familier modtager flere tilbud og dermed må forholde sig til flere aktører. Det er centralt, at et øget fokus på at inddrage de rigtige samarbejdspartnere i indsatsen bliver fulgt af en ambition om at koordinere indsatsen mellem tværfaglige aktører, så familierne oplever en helhedsorienteret indsats, der ikke er fragmenteret på tværs af forvaltninger.

Familien som medspiller

Det er afgørende for projektets succes, at familien gøres til medspiller. Et styrket fokus på sårbare familier kan kun lykkes, hvis familierne er motiverede for at deltage i de initiativer, der igangsættes som led i omstillingen. Til princippet er derfor knyttet en forventning om, at hvis den tværfaglige og tidligt målrettede opsporing og indsats skal lykkes, skal familierne se positivt på de tilbud, som tilbydes. Det kræver både deres forståelse af formålet med de indsatser, som tilbydes, samt at der er fokus på at sikre en tryk og anerkendende relation til familierne.

CENTRALE PRINCIPPER FOR OMSTILLING AF PRAKSIS

Med den tværgående forandringsteori som afsæt belyser evalueringen, hvilke resultater kommunerne har været i stand til at opnå i projektperioden. Derudover fremhæves det med konkrete eksempler undervejs i rapporten, hvordan kommunerne har omsat de centrale principper for omstillingen i praksis. Denne omstilling har evalueringen fulgt både gennem kvalitative datametoder og via gennemførelse af en survey, der har foretaget tværnsnitmålinger blandt deltagere på forskellige tidspunkter i projektperioden og dermed siger noget om, med hvilken hastighed de forskellige principper har udspillet sig i kommunerne. Ydermere har projektet haft fokus på at sikre fidelitet i omstillingen ved at implementere et dataarbejde, der har haft fokus på at registrere og rapportere om de opgaver og indsatser, som kommunerne har forpligtet sig til at afprøve i projektperioden. Disse datakilder er ligeledes medtaget i evalueringen med henblik på at give kvantitative resultater af gennemførte indsatser. De kvantitative resultater afprøves i hele tal, hvorfor der kan forekomme forskelle i summen ved sammenlægning af flere estimater. De præcise datakilder og indsamlingsmetoder er beskrevet nedenfor.

2.1 Indsamling af data via Novax

Ved evalueringens start blev det besluttet, at der i projektperioden skulle indsamles fidelitetsdata med henblik på at være i stand til at foretage en løbende monitorering af aktiviteterne i projektet. Den løbende monitorering består af indsamling af nøgletal om aktiviteterne i projektmodellerne. For det første har denne indsamling gjort os i stand til løbende at monitorere de dokumenterede aktiviteter i den tidlige indsats med henblik på at kunne vurdere, i hvilket omfang sundhedsplejen har arbejdet med kerneelementerne i hver af de to modeller. For det andet har dataindsamlingen bidraget til at belyse de faglige og organisatoriske resultater for dermed at kunne vurdere om kerneelementerne i de to modeller virker i forhold til at realisere de ønskede faglige og organisatoriske kvalitetsparametre.

Indsamlingen af aktivitetsdata har fundet sted i registreringssystemet Novax, der er et elektronisk journaliseringssystem, som kommunerne i forvejen anvender i sundhedsplejen og dermed som udgangspunkt ikke var fremmed for de deltagende kommuner. Selvom systemet har været kendt for kommunerne, har dataindsamlingen dog forsat været en ny måde at arbejde på, dels idet registreringspraksis er blevet udvidet markant i projektperioden, dels fordi registreringerne ligeledes indebar en registrering af niveauinddeling for forskellige indsatser, der har markeret en ny og anderledes måde at arbejde på for sundhedsplejerskerne.

Dataindsamling under covid-19

Under den første nedlukning med start fra 11. marts 2020 indstillede kommunerne i en længere periode alle ikke-akutte aktiviteter i sundhedsplejen. Derfor blev der kun registreret meget få aktiviteter i denne periode. For ikke at skabe et misvisende billede af omfanget og balancen mellem de forskellige aktiviteter, er det i samarbejde med Sundhedsstyrelsen valgt at ekskludere alle data fra Novax, der blev indsamlet i perioden fra 1. marts til 1. maj 2020.

Implementeringen af dokumentationspraksis har styrket evalueringen, idet det udgør en markant og omfattende datakilde til at undersøge sundhedsplejerskernes omstilling af praksis, men har dog også været forbundet med visse udfordringer, der skaber nogle forbehold i forbindelse med tolkning af de kvantitative data. Centrale udfordringer og potentielle konsekvenser heraf er beskrevet nedenfor:

- **Udvikling af fælles registreringspraksis:** Ved evalueringens begyndelse udviklede evaluator, Sundhedsstyrelsen og repræsentanter fra Novax i fællesskab en beskrivelse af, hvilke indikatorer der skulle indgå i evalueringen. Det udgangspunkt, der indledningsvist blev præsenteret for kommunerne, har dog efterfølgende været igennem en række revisioner, da det viste sig, at forskellige komplikationer med registreringen gjorde sig gældende, da den udviklede registreringsvejledning blev mødt af virkelighedens problemstillinger og arbejdsmetoder. Eksempler herpå kunne være behovet for at registrere nogle forhold i barnets journal, mens andre forhold skulle registreres i forældrejournalen for at sikre datasikkerhed. Eller behov for at minimere i registreringen ved kun at skulle angive undersøgelsesresultater, der er registreret som over cut-off score og ikke samtlige gennemførte undersøgelser. De adskillige revisioner har gjort det udfordrende for projektlederne at kommunikere den nye dokumentationspraksis og har ifølge disse været medvirkende til, at nogle sundhedsplejersker har haft svært ved at overskue retningslinjerne for registreringer, som dermed kan have påvirket deres praksis og dermed indberetningerne.

- **Dokumentationspraksis:** På trods af at sundhedsplejerskerne allerede inden projektperioden alle anvendte Novax-registreringssystem, var der stor variation i både omfang af registreringer i kommunerne samt systematik i registreringer. Således var der mange eksempler på kommuner, der registrerede meget få parametre på en systematisk og kvantitativ måde, hvorved den største del af registreringen i Novax her foregik i fritekstfelter. Særligt omstillingen fra at registrere og dokumentere i fritekst til mere systematisk at registrere ud fra målrettede og definerede indikatorer har været et udviklingspunkt, der med sandsynlighed har påvirket datakvaliteten i de rapporterede indikatorer.
- **Fælles afsæt – individuelle registreringsvejledninger:** For at understøtte omsætningen af de generiske og tværgående indikatorer i de enkelte kommuner har det været op til kommunerne selv at udarbejde lokale vejledninger, der omformulerer og beskriver de generiske indikatorer i den lokale kommunale kontekst. Denne proces er blevet gennemført af de enkelte kommuners projektledere og har derfor taget afsæt i den enkelte projektleders fortolkning af den fælles Novax-vejledning. Dette kan have ført til forskellige tolkninger, af hvor meget og hvad der skal registreres for de enkelte kommuner, der kan skabe variationer i registreringer.
- **Forskellige tilbud og organisering:** En af de centrale styrker og kilder til viden i projektet er de forskellige kommunale kontekster og organiseringer, og hvordan disse påvirker indsatserne i projektperioden. Disse variationer skaber samtidigt også nogle udfordringer i relation til at ensrette registreringspraksis på tværs. Det er blandt andet kommet til udtryk ved, at nogle kommuner har oprettet ekstra indikatorer, da man i én kommune fx ikke kan henvise til tværfaglige indsatser uden først at afholde et tværfagligt teammøde. Sådanne eksempler er det forsøgt at inkludere i evalueringen ved at inddrage enkelte indikatorer, der ligger uden for det standardiserede datasæt, for dermed at sikre, at alle kommunale erfaringer så vidt muligt medtages i evalueringen.
- **Brug af supplerende årsager:** En række af projektkommunerne har tidligere eller sideløbende også haft projekter i regi af andre satspuljer eller aftaler. Det har bevirket, at der i nogle kommuner har været en række supplerende årsager i de enkelte registreringer, der har været koblet på andre projekter. Det er besluttet, at disse data ikke er indbefattet i nærværende rapport, hvorfor der i nogle tilfælde vil være analyser, der ikke summer op til 100 pct., idet nogle registreringer er sorteret fra i databehandlingen.
- **Brug af niveauinddeling:** Implementering af niveauinddeling i sundhedsplejen har været et omdrejningspunkt i projektet, hvilket har været forbundet med udfordringer vedrørende brug og forståelse af de fire niveauer. Det skyldes blandt andet, at der løbende i implementeringen har været udviklinger i nogle centrale udmeldinger om fortolkningen af niveauerne, hvilket har været en væsentlig omlægning af sundhedsplejerskens typisk individuelle vurdering af, hvilke familier der har brug for behovsbesøg. Det har betydet, at der er mindre lokale forskelle i fortolkningerne af de fire niveauer. Det knytter sig især til selve registreringen af niveauerne i Novax, hvorfor disse må tolkes med dette forbehold. Det ses imidlertid, at der ved afslutningen af projektperioden på tværs af kommunerne er nogenlunde samme forståelse af niveauerne i praksis.

2.2 Gennemførelse af spørgeskemaundersøgelse om principper

For at kunne afdække udviklingen i projektet og ibrugtagningen af de faglige og organisatoriske resultater og principper, der indledningsvist blev formuleret i evalueringsdesignet, er der i projektperioden blevet gennemført tre spørgeskemaundersøgelser på tværs af kommunerne blandt samtlige deltagende sundhedsplejersker, projektledere og centrale samarbejdspartnere (pædagogisk personale, psykologer, socialrådgivere og lign.). Ud over at afdække faglige og organisatoriske resultater afdækker spørgeskemaet en række variable, der tænkes at påvirke respondenternes besvarelser, såsom omfang af deres involvering i projektet og deres organisatoriske tilknytning.

Spørgeskemaundersøgelserne er gennemført henholdsvis sommeren 2018, sommeren 2019 og sommeren 2020 for på den måde at følge fremdriften i projektet, og i hvilket omfang de forskellige principper kommer til udtryk i det daglige arbejde.

2.3 Kommunale casebesøg midtvejs og afslutningsvist

Evalueringsrapporten beror desuden på et dybdegående kvalitativt datagrundlag, indsamlet på casebesøg i alle projektkommuner. Som led i midtvejsevalueringen blev der foretaget casebesøg i 10 projektkommuner, både med modelprojekt A og B. Kommunerne blev til midtvejsevalueringen udvalgt, så de varierede i størrelse, geografisk placering og socioøkonomisk sammensætning. Ved gennemførelse af den afsluttende evaluering blev der foretaget casebesøg i de resterende seks kommuner i projektet. I alle kommuner blev der foretaget interviews med den kommunale projektleder, den ledende sundhedsplejerske, udvalgte sundhedsplejersker og centrale samarbejdspartnere som fx socialrådgivere, medarbejdere i PPR eller dagtilbud samt med udvalgte familier, der har modtaget ydelser fra sundhedsplejen.

2.4 Syntetisk kontrolanalyse

Endelig er der i evalueringsrapporten blevet anvendt en syntetisk kontrolmetode (SKM) til kvantitativt at estimere effekten af de 16 projektkommuners systematiske arbejde med de to modeller på en række definerede indikatorer. Konkret anvendes metoden til at estimere effekten af arbejdet med tidlig indsats på følgende tre udfald i forhold til udsatte børn: **forebyggende foranstaltninger, underretninger vedr. børn og individuelle børn der er modtaget underretninger om.** Dette gøres ved at genskabe et kontrafaktisk udfald for hvert af de tre udfald i forhold til udsatte børn; Hvad der ville være sket, hvis projektmodellen ikke var udviklet, og man havde fortsat med den kendte praksis i projektkommunerne.

I analysen anvendes en sammenligningsgruppe, der er baseret på en vægtet kombination⁹ af de kommuner, der ikke er omfattet af projektet om tidlig indsats. Forventningen er, at hvis der er en lille afstand i udviklingen i et givent udfald, fx forebyggende foranstaltninger, mellem projektkommunerne og sammenligningsgruppen i årene før projektperioden, ville de også have fulgt samme udvikling i det givne udfald under projektperioden i tilfælde af, at projektkommuner ikke havde arbejdet med projektmodellen. Vi kan dermed troværdigt estimere effekten af projektkommunernes arbejde med tidlig indsats ved at se på forskellen i udviklingen i de tre udfald mellem projektkommunerne og sammenligningsgruppen under projektperioden. Al data til den syntetiske kontrolanalyse er hentet fra statistikbanken, Danmarks Statistik (DST), for perioden 2014-2020.

⁹ Kommunevægtene er en funktion af 11 inkluderede kontrolvariable, herunder; forebyggende foranstaltninger, underretninger vedr. børn, børn der er modtaget underretninger om, iværksatte anbringelser, uddannelsesniveau, befolkningstæthed, antal af beskæftigede, andel ejerboliger, andel almennyttige boliger, andel 0-2-årige, andel 0-5-årige, befolkningstæthed i bymæssige bebyggelse.

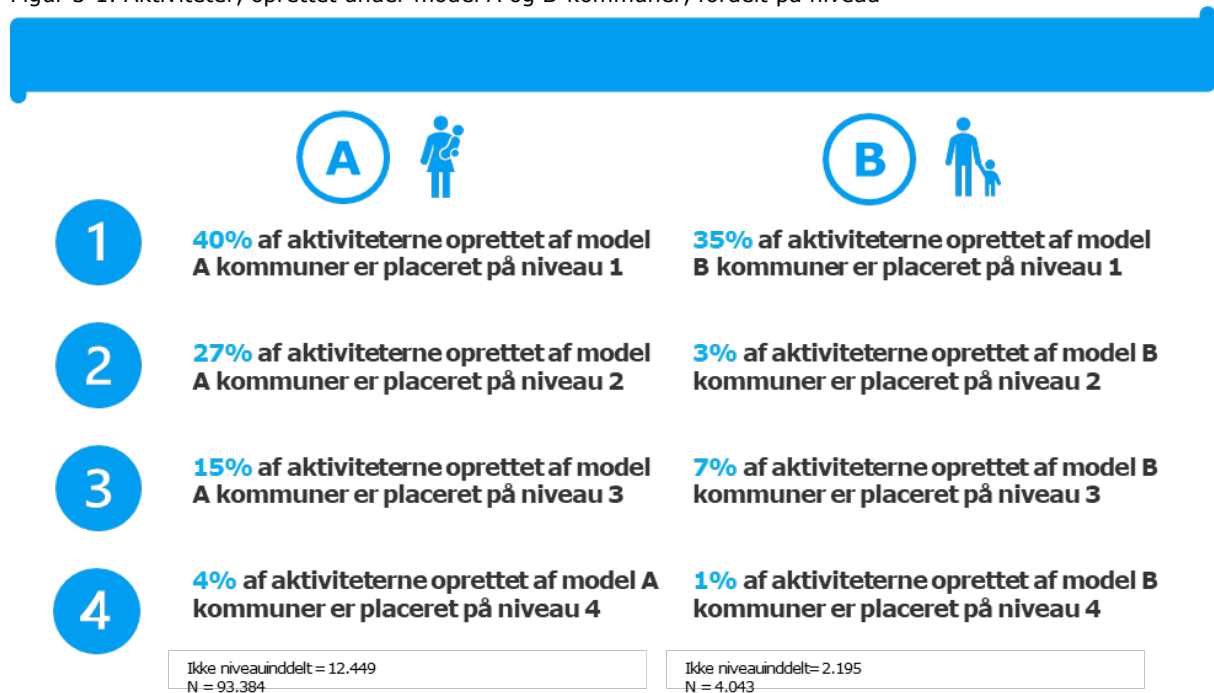
3. MÅLGRUPPEBESKRIVELSE

Målgruppen for indsatserne i kommunerne, og dermed også evalueringen, består af de 16 deltagende kommuners spæd- og småbørn samt deres familier. Således er der inkluderet datagrundlag fra alle de familier og børn, der i perioden fra maj 2018 frem til april 2021, hvor dataindsamlingen blev afsluttet, har været i kontakt med sundhedsplejen i en af de 13 kommuner i model A, samt alle de børn og forældre, der har taget imod overgangsbesøg mellem hjem og dagtilbud og mellem dagtilbud i de tre kommuner i model B.

Data fra Novax viser, at der i perioden samlet er registreret 97.427 aktiviteter i journalsystemet fordelt på 41.001 individuelle børn/familier, hvoraf 37.331 har været tilknyttet model A-kommunerne, imens 3.670 har været tilknyttet model B-kommunerne.

I figuren nedenfor vises fordelingen af det totale antal registrerede aktiviteter i henholdsvis model A-kommunerne og model B-kommunerne, fordelt på de fire niveauer.

Figur 3-1. Aktiviteter, oprettet under model A og B-kommuner, fordelt på niveau



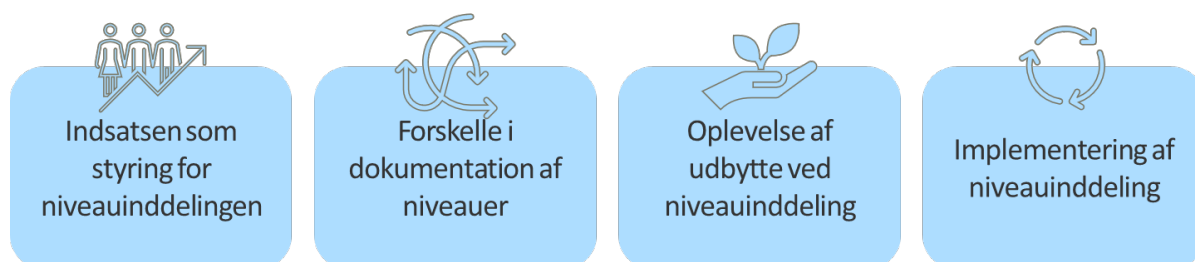
Kilde: Novax-data.

4. ERFARINGER MED OMSTILLING AF PRAKSIS – FORANDRINGER I PRAKSIS

I dette kapitel beskrives kommunernes erfaringer med at omsætte projektet til lokal praksis. Kapitlet er bygget op om kommunernes erfaringer med niveauinddeling. Først udfoldes, hvordan kommunernes arbejde med at styrke den tidlige opsporing og målretning af indsatser monofagligt i sundhedsplejen (model A) har fundet sted. Herefter følger beskrivelser af, hvordan kommunerne har omsat de tværfaglige elementer i både projektmodel A og B. Kapitlet er baseret på kvalitative data, der er indsamlet ved kommunale casebesøg under midtvejsevalueringen og slutevalueringen. Derudover understøttes de kvalitative beskrivelser og erfaringer med kvantitative data, indhentet i registreringssystemet Novax og spørgeskemaundersøgen.

4.1 Erfaringer med at anvende og afprøve niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser

Kommunerne i projektet har som et centralt led i indsatsen skullet arbejde med at anvende og afprøve niveauinddeling af sundhedsplejens ydelser med henblik på at målrette disse. Det er således ikke familierne, der inddeles i fire niveauer, men de ydelser familierne har behov for, der niveauinddeles. Dette arbejde har været centralt for at skabe et øget fokus på, at det ikke som udgangspunkt er familiens sociale status eller generelle forudsætninger, der er afgørende for sundhedsplejens indsats. Derimod er det den givne situation, som den enkelte familie står i, uagtet social baggrund og forudsætninger, der afgør, hvilket niveau familien indplaceres på i situationen og dermed, hvilken støtte de skal have. Dette arbejde er der kommet en række centrale fund og konklusioner ud af, der er opdelt i fire overordnede kategorier, der præsenteres og beskrives nedenfor.

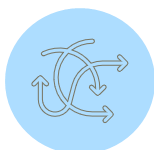


Indsatsen som styring for niveauinddeling

En af de udfordringer, der har været ved niveauinddeling, er, at denne i begyndelsen af projektet blev betragtet som en måde at inddele familier på ud fra deres socioøkonomiske baggrund. Denne udfordring har haft forskellige konsekvenser. For det første har det især i begyndelsen af projektet ført til uens brug af niveauinddelingen og dermed modstand mod at anvende niveauerne blandt sundhedsplejerskerne, fordi de ikke bryder sig om at niveauinddele familierne af frygt for, at disse føler sig stigmatiseret. For det andet har det givet anledning til uens dokumentation af niveauerne, fx når familier i en tværfaglig indsats bliver inddelt på niveau 1, fordi forældrene ud fra et socioøkonomisk perspektiv fremstår ressourcestærke.

Det er imidlertid ikke familiernes baggrund, men den indsats og de ydelser familier har modtaget, så barnets sundhed understøttes og familien trives, som er det styrende princip for niveauinddelingen. Derved skal niveauinddelingen bidrage til et fælles fokus på, at alle familier kan være sårbare i perioder af deres liv og have behov for hjælp via en ekstra indsats, enten mono- eller tværfagligt. Denne udfordring, har naturligvis betydning for kommunernes erfaringer med og oplevelser af at arbejde med niveauinddelingen som tiltænkt. Årsagen til denne tolkning bunder formentlig i, at det tidligere typisk var den måde, hvorpå man vurderede familiens ressourcer og behov, uagtet støtte til fx amning ikke var socioøkonomisk betinget. Det er særligt her niveauinddelingen har fungeret

som en revision af den tilgang, som sundhedsplejerskerne har været vant til at arbejde ud fra, hvorfor omstillingen har krævet tid og mange faglige drøftelser at komme igennem.



Forskelle i dokumentation af niveauer

De misforståelser, der har været i forhold til, hvordan niveauinddelingen skal fortolkes og bruges, har ligeledes skabt forskellig dokumentationspraksis i kommunerne. Det er fx forskelligt, hvorvidt der er praksis for, om familier dokumentationsmæssigt flyttes mellem niveauerne over tid. Hvis familiens problemstillinger forværres, og der er behov for en mere omfattende indsats, flytter familien niveau. Tilsvarende kan forældre ændres i niveauindplacering, når evt. problemstillinger er løst, og familien kan komme videre i kommunens generelle tilbud. Det er imidlertid forskelligt i kommunerne, hvorvidt man tilsvarende ændrer familiens niveau, når der fx ikke længere har brug for ekstra behovsbesøg, eller en tværfaglig indsats er afsluttet med succes. Den forskellige praksis skyldes, at man i nogle kommuner oplever, at det er mest meningsfuldt ikke at flytte familiens niveau efter endt indsats, fordi man gerne vil synliggøre, hvad der har været brug for af indsats og ressourcer i et ressourceforbrugsperspektiv. For andre kommuner opleves det omvendt meningsfuldt at flytte familien mellem niveauer, fordi det giver et her og nu billede af de ressourcer, der på et givent tidspunkt er brug for at sætte i spil, for at den enkelte familie kan trives. Sidstnævnte praksis er den, der er tiltænkt fra Sundhedsstyrelsen i projektet.

Et andet eksempel på, at kommunerne, særligt i starten af projektperioden, fortolkede og dokumenterede forskelligt, er spørgsmålet om, hvornår indsatsen til familier skal placeres på niveau 3. Her eksisterede der en misforståelse i flere kommuner om, at indsatsen skal placeres som niveau 3 i sundhedsplejen, så snart sundhedsplejen henviste til eller inddragede andre fagpersoner. Det kunne fx være ved en henvisning til læge eller fysioterapeut. I den forbindelse pegede flere kommuner på, at det førte til, at de dokumenterede en meget stor andel af deres familier på indsatsniveau 3. Imidlertid er det alene tanken, at familier skal tænkes som niveau 3 i sundhedsplejen i de tilfælde, hvor en henvisning eller inddragelse af andre fagpersoner også fører til, at sundhedsplejen selv leverer en indsats ud over standardbesøg til familien. Disse eksempler på, at niveauinddelingen kunne misforstås, vidner om, at det er en omfattende proces at implementere og opnå en fælles forståelse og brug af niveauinddelingen i projektkommunerne.



Oplevelse af udbytte ved niveauinddeling

Det oplevede udbytte af at niveauinddele sundhedsplejens ydelser er i flere kommuner påvirket af den proces, det har været og er at nå frem til en fælles fortolkning og forståelse af niveauerne.

I nogle kommuner har man imidlertid arbejdet meget målrettet på at opnå denne fælles forståelse. Erfaringerne fra disse kommuner er, at det ikke er niveauinddelingen i sig selv, men det fælles, lokale arbejde med at definere kriterier og arbejdsgange i de enkelte niveauer, som bidrager til, at man hele tiden bevæger sig et skridt tættere på en fælles differentieret forståelse af familiernes behov, herunder hvilke indsatser forskellige behov skal udløse. Konkret handler det fx om at definere springene mellem niveauerne, som når nogle kommuner fx har defineret konkrete tegn eller kriterier, som udløser ekstra behovsbesøg og dermed er definerende for, hvornår sundhedsplejerskerne tilbyder behovsbesøg (niveau 2). Eller når kommuner har foretaget begrænsninger i forhold til antallet af behovsbesøg og dermed defineret, hvornår man som sundhedsplejerske skal begynde at overveje en tværfaglig indsats til en familie (niveau 3). Det bidrager til, at det faglige skøn kvalificeres, og ydelserne målrettes, samt at man som sundhedsplejerske får nogle fælles, konkrete holdepunkter og kriterier for, hvornår man kan varetage indsatsen på grundniveau, hvornår man bør foretage ekstra besøg (behovsbesøg), og hvornår man skal inddrage andre faggrupper for at give den rette støtte til familien.

Særligt i kommuner, hvor man er kommet langt i dette arbejde, oplever de, at niveauinndelingen kan bidrage til en øget faglig refleksion over, hvad der udgør det rigtige tilbud for en familie, herunder hvilke fagligheder der matcher familiens behov. Det betyder også, at sundhedsplejerskerne i hovedparten af de deltagende kommuner kan fortælle om, hvordan de er blevet mere bevidste om grænserne for deres egen opgave, og hvornår de skal inddrage andre. Den komplette implementering af niveauinndelingen viser derfor gode eksempler på, hvordan det kan bidrage til en mere målrettet anvendelse af ressourcerne, når der lokalt foregår et fælles arbejde med at definere sammenhængen mellem familiers behov og de indsatser, der kan sættes i spil på forskellige niveauer. Desuden peger nogle sundhedsplejersker på, at den fælles afklaring af niveauinndelingen også bidrager til den monofaglige såvel som tværfaglige sparring og vidensoverlevering om familier. Dette fordi man fagligt bliver skarpere på at begrunde og argumentere for den indsats, man tilbyder en familie. Det betyder, at det bliver nemmere at italesætte, hvad det er for en kompleksitet, familierne står i, og analysere sig frem til den rette støtte.

“Det med niveauer kvalificerer generelt mit arbejde. For hvis jeg fx kommer hos familien flere gange, så er det måske mere end niveau 2. Det gør, at man bliver bevidst om, at der måske skal ske noget andet, at man måske skal have andre på banen. Hvis man er kommet flere gange hos en familie på niveau 2, skal man overveje, om det er niveau 2. Man kan også bedre overtage fra hinanden, og fagligt bliver vi skarpere.”

– Sundhedsplejerske

Endelig peger flere både ledere og sundhedsplejersker på, at niveauinndelingen bidrager til at synliggøre de ressourcer, som er nødvendige i arbejdet med den enkelte familie og derfor bidrager til en bedre allokering af personaleressourcer.

Boks 4-1: Niveauinndeling understøtter en fælles differentieret forståelse af familier

Når implementeringen af niveauinndelingen er vellykket, opleves niveauinndelingen som et skridt på vejen mod en **fælles differentieret forståelse af familier**. I flere kommuner fortæller sundhedsplejersker om, at der tidligere var en større variation i, hvordan man vurderede familiers behov og den indsats, de fik tilbudt. Når niveauerne er tydeligt defineret, oplever de omvendt, at vurderinger af familiers sårbarhed og behov bliver mere ensartede.

“Det er fantastisk! Det er blevet tydeligere. Jeg har været med i mange år, men før kunne jeg vurdere nogen som en a, hvor min kollega ville sige b. Det er lettere nu. Det er virkelig enkelt... Det er blevet mere ensartet.” – Sundhedsplejerske



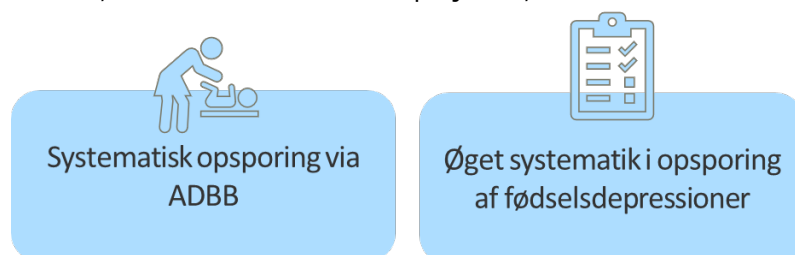
Implementering af niveauinndeling

Som det allerede er fremgået, tager det tid og faglige drøftelser at introducere niveauinndelingen og sikre ens fortolkning heraf i kommunerne. Erfaringer fra flere kommuner peger på, at det er en central drivkraft for at understøtte implementeringen af niveauinndelingen, at man fx etablerer arbejdsgrupper i sundhedsplejen, som hjælper til med at definere indhold og arbejdsgange i forhold til de enkelte niveauer. Det er ikke nok at tage niveauerne for pålydende. De bliver kun levende lokalt, hvis man sammen arbejder med at definere indholdet af niveauerne, herunder fx hvilke tegn familier på forskellige niveauer udviser, hvilke indsatser der er tilgængelige for familier på de enkelte niveauer i den pågældende kommune osv. Det fælles arbejde med niveauerne opleves at bidrage til at gøre dem meningsfulde og skaber ejerskab.

Desuden har flere kommuner med succes introduceret niveauinddelingen på fælles temadage. Der bliver imidlertid i mange kommuner lagt vægt på, at det ikke er nok at informere om, hvordan niveauinddelingen skal bruges. Det skal løbende øves i fællesskab. Derfor er det også en central drivkraft i flere kommuner, at der er skabt rammer for løbende drøftelser af niveauinddelingen for at fastholde fokus på at arbejde med niveauerne, herunder løbende at kvalificere og nå frem til en fælles forståelse af niveauerne. I nogle kommuner drøftes erfaringerne med niveauinddelingen løbende på personalemøder, og nogle tager fx afsæt i konkrete cases som afsæt for at drøfte, hvordan familier skal indplaceres på de enkelte niveauer i forhold til den indsats, de har behov for.

4.2 Implementering af systematiske metoder til tidlig opsporing

Et andet helt centralt element i projektet har været at øge sundhedsplejerskernes brug af systematiske redskaber og værktøjer, der kan give nogle helt konkrete indikatorer på deres observationer og vurderinger af familier og børn med udfordringer eller i mistrivsel. Som led i omstillingen arbejder kommunerne under model A med at styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen gennem systematisk brug af fælles metoder til at opspore sårbare børn og familier. Kommunerne har haft forskellige udgangspunkter for at arbejde med systematiske opsporingsværktøjer, hvorfor det for nogle har inkluderet en større omstilling af praksis end for andre kommuner. Fælles er dog, at redskaberne har styrket sundhedsplejerskernes evne til at vurdere både børn og familier og givet et fælles sprogligt afsæt for at drøfte konkrete udfordringer og observationer. Dette har både fungeret som en vigtig faglig udvikling i den monofaglige såvel som den tværfaglige indsats, idet også tværfaglige samarbejdspartnere er introduceret til metoderne. Nedenfor beskrives centrale fund for de opsporingsredskaber, der har været anvendt i projektet, inddelt i to overordnede temaer:



Systematisk opsporing med ADBB kvalificerer sundhedsplejerskernes faglighed

Allerede tidligt i projektperioden havde stort set alle kommuner, der arbejder med model A, uddannet personale og afprøvet brugen af opsporingsredskabet Alarm Distress BaBy Scale (ADBB)¹⁰ som fælles opsporingsredskab på deres standardbesøg. Erfaringerne med ADBB er dermed afdækket dybdegående i midtvejsevalueringen¹¹. I det følgende gives en kort opsummering på erfaringerne med brugen af ADBB, der i forbindelse med de afsluttende casebesøg er bekræftet i de resterende fem projektkommuner, der har arbejdet med model A. Opsporing med ADBB er indarbejdet som en fast del af standardbesøgene i kommunerne, og der er etableret en klar systematik for, hvor ofte opsporingen skal gennemføres, omend der kan være mindre variationer på tværs af kommunerne.

Erfaringerne med ADBB er entydigt positive på tværs af kommuner og alle organisatoriske niveauer. På tværs af kommunerne viser analysen, at ADBB har bidraget med et mere ensartet og systematisk fokus på tegn på social tilbagetrækning, styrket refleksionsniveauet og højnet det faglige niveau.

¹⁰ Er en evidensbaseret metode, der er udarbejdet til at opfange tegn på social tilbagetrækning hos børn mellem 2 og 24 måneder ved at måle barnets evne til at indgå i socialt samspil med en fremmed. Metoden er oprindeligt udviklet i Frankrig af professor Antoine Guedeney, men bliver i dag brugt i mange lande. Metoden går ud på, at en fagperson observerer spædbarnet med fokus på følgende adfærdspunkter hos barnet: 1) ansigtsudtryk, 2) øjenkontakt, 3) aktivitetsniveau, 4) selvstimulering, 5) vokaliseringer, 6) reaktionstid i forhold til stimulation, 7) samspil og relation til observatøren og andre voksne, 8) opmærksomhedsinitiering.

¹¹ Sundhedsstyrelsen (2019), Midtvejsevaluering af tidlig indsats til sårbare familier.

Sundhedsplejerskerne oplever, at brugen af opsporingsredskabet højner deres faglige niveau på trods af, at de otte fokusområder i ADBB ikke er nye for sundhedsplejerskerne i deres vurdering af barnets trivsel og sociale kontakt. Det skyldes, at fokusområderne gennemgås mere systematisk og ensartet for alle børn uanset umiddelbare tegn på mistriksel eller social tilbagetrækning. Den systematiske brug af redskabet bidrager dermed til, at små tegn på mistriksel identificeres tidligt, hvormed mange problematikker kan foregribes og forebygges. Ydermere skaber brugen et helhedsorienteret afsæt og tilgang til at vurdere barnets trivsel og udvikling med mulighed for en mere nuanceret og sensitiv opsporing.

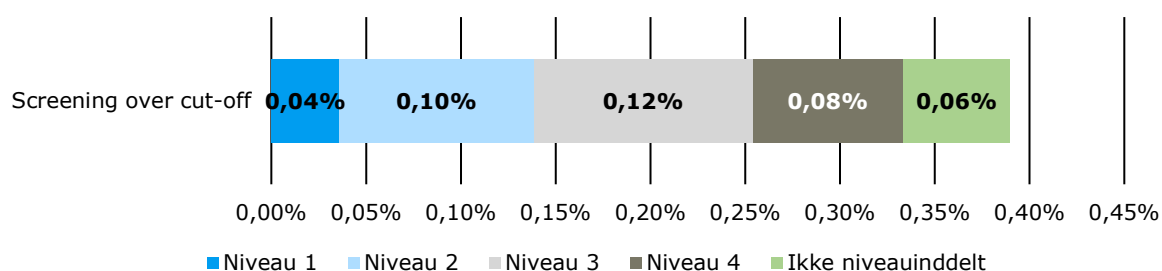
”Jeg har oplevet et virkelig godt motorisk dygtigt barn, men hun sagde ingenting. Hvis ADBB ikke havde været der, vil barnet måske være smuttet igennem maskerne. Men med det her værktøj er man opmærksom på flere ting på samme tid.” – Sundhedsplejerske

Ud over øget systematik har brugen af ADBB bidraget med en fælles sproglig referenceramme både på tværs af sundhedsplejersker og andre tværfaglige samarbejdspartnere, idet de har fået en fælles ramme at tale ud fra, hvormed deres observationer bliver mere konkrete og kvantificerbare. Det styrker forudsætningerne for at få faglig sparring fra kolleger og muligheden for at bringe observationer og bekymringer videre til relevante samarbejdspartnere.

Kvantitative analyser om ADBB-opsporing

Som et supplement til de kvalitative resultater, der viser positive erfaringer og oplevelser med brugen og implementeringen af ADBB-opsporing, er der ligeledes indsamlet data på omfanget af opsporinger kvantitativt. Alle model A-kommuner har indrapporteret antallet af ADBB-opsporinger, som de i alt har foretaget under projektperioden. Samlet har kommunerne foretaget 38.994 ADBB-opsporinger. En opgørelse over Novax-registreringer viser, hvor mange af disse opsporinger, der har været over cut-off. En opsporing over cut-off betyder, at den er positiv, hvilket indikerer vedvarende social tilbagetrækning som indikator på psykisk mistriksel hos spæd- og småbørn. Nedenfor i Figur 4-1 præsenteres andelen af ADBB-opsporing, der er registreret over cut-off, fordelt på det niveau familien er placeret på.

Figur 4-1. ADBB-opsporinger over cut-off



Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n=38.994 (Niveau 1 n=14, Niveau 2 n=40, Niveau 3 n=45, Niveau 4 n=31, Ikke niveauinddelt n=22).

Således viser opgørelser over Novax-registreringerne, at det er under 0,4 pct. af ADBB-opsporinger, der er registreret over cut-off. Der er lidt flere af de positive opsporinger, der er blevet foretaget på familier, der er placeret på niveau 2, 3 og 4, i forhold til familier, der placeret på niveau 1. Det er således ganske få børn, der bliver opsporet ved hjælp af ADBB. Ikke desto mindre fører opsporingen ofte til en tidlig identifikation og indsats blandt børn, der kan forventes senere at have andre udfordringer i relationer til deres socioemotionel udvikling.

Som beskrevet i metodeafsnittet, har sundhedsplejersker som supplement til de kvantitative registreringer i Novax haft mulighed for at angive fritekstforklaringer blandt nogle indikatorer. Dette har været tilfældet, når der er blevet scoret over cut-off på ADBB. En gennemgang af udvalgte kommuners¹² registreringer på positive opsporinger har således vist, at indsatser, der ofte igangsættes, er opfølgende behovsbesøg, hvor der kan foretages en ny opsporing med ADBB. Derudover henvises der også til kommunens familie- eller børneafdelinger eller andre familieorienterede tilbud, herunder forløb med tryghedscirklen (COS-P).



Øget systematik i brugen af opsporingsredskaber for fødselsdepression

Som led i projektet har kommunerne arbejdet med at afprøve og systematisere brugen af opsporingsredskaber til opsporing af fødselsdepression. Det gælder henholdsvis Edinburgh Postnatale Depression Scale (EPDS)¹³ og Gotland Male Depression Scale (Gotland)¹⁴. Størstedelen af kommunerne anvendte i forvejen EPDS ved mistanke om fødselsdepression hos forældrene. Gennem projektperioden har disse kommuner haft fokus på at bruge redskaberne endnu mere systematisk, blandt andet ved at indlægge brugen af redskaberne systematisk på bestemte besøg, ligesom der har været et øget fokus på i højere grad at undersøge fædre/partnerne. Til sidstnævnte formål har nogle af kommunerne afprøvet og certificeret sundhedsplejersker i brugen af Gotland, mens andre kommuner anvender EPDS til både mænd og kvinder.

En stor andel af kommunerne har arbejdet med at systematisere og udbrede brugen af opsporingsredskaber ved at tilbyde alle forældre opsporingen i forbindelse med fastlagte standardbesøg. Det gælder henholdsvis ved graviditetsbesøget før fødsel og i forbindelse med standardbesøg, når barnet er to måneder. Sundhedsplejerskerne oplever, at den systematiske brug på tværs af alle forældre, uanset umiddelbare tegn på fødselsreaktioner, bidrager til, at der opspores flere forældre med tegn på fødselsdepression. Dette fordi sundhedsplejerskerne nu i højere grad får blik for de forældre, som ikke udviser umiddelbare og markante symptomer.

I andre kommuner er opsporingen for fødselsdepression blevet forbeholdt forældre, hvor der er mistanke om fødselsreaktioner, uanset det oprindeligt var meningen, at alle skulle tilbydes undersøgelsen. Disse kommuner har typisk arbejdet med at udbrede opsporingen til graviditetsbesøget, hvor det tilbydes forældre, hvis sundhedsplejerskerne på baggrund af samtalen med forældrene vurderer et behov for at undersøge psykiske sårbarheder nærmere eller ved mistanke om begyndende depressive tegn, dvs. på baggrund af det kliniske skøn. Den tidlige opsporing under graviditeten betyder ifølge sundhedsplejersker og ledende sundhedsplejersker, at de opsporer tegn på fødselsdepression tidligt, og at sundhedsplejerskerne kan igangsætte indsatser allerede før, barnet er kommet til verden. Hermed kan fødselsdepression forebygges eller de følelsesmæssige forhold kan stabiliseres, før barnet kommer til verden.

Endelig har størstedelen af kommunerne haft fokus på at udbrede fokus på fødselsdepression i forhold til fædre/partnerne. Mange kommuner har indledt dette arbejde med temadage, hvor psykolog Svend Aage Madsen har holdt oplæg om temaet for sundhedsplejerskerne. Det har ifølge sundhedsplejerskerne åbnet deres blik for, hvor udbredt problematikken er blandt fædre og styrket fokus på fædre.

¹² Brønderslev Kommune, Herning Kommune, Skanderborg Kommune, Sønderborg Kommune og Vejen Kommune.

¹³ Edinburgh Postnatale Depression Score (EPDS) er et spørgeskema, som er lavet for at opdage patienter med depression efter fødsel (fødselsdepression).

¹⁴ Gotland Male Depression Scale er et spørgeskema, der er udviklet for at opspore efterfødselsreaktioner blandt mænd.

En mere systematisk opsporing opleves at understøtte et øget fokus på fædre, som også kan være sårbare i forbindelse med, at de bliver forældre. I den sammenhæng oplever sundhedsplejerskerne, at opsporingsredskaberne er særligt gode til den tidlige opsporing af mindre eksplicite signaler eller tegn.

“Det kan virkelig også virke forebyggende, og det er ikke for at lyde høj i hatten [...]. Forrige uge havde jeg en far - det var tredje barn - og han havde set, at hun (moderen, red.) havde fået det ved deres to øvrige børn, så det ville han også gerne, da jeg tilbød anvendelsen af opsporingsredskabet. Han bon’ede helt vildt ud. De [forældrene] har fået sådan en god snak ud af det og er anderledes parate. Det er ikke, fordi at de ikke kunne klare det alligevel, eller at han nødvendigvis ville ende med en fødselsdepression, men det er da forebyggende.” – Sundhedsplejerske

Nogle sundhedsplejersker giver udtryk for, at det kan være vanskeligt at formidle og begrunde brugen af opsporingsredskaber over for mænd, hvilket kan være en barriere for at anvende opsporingen i forhold til målgruppen. Erfaringen fra kommunerne, hvor opsporingen tilbydes systematisk til alle forældre, uanset om de har tegn på fødselsdepression eller ej, er, at universaliteten gør det nemmere at tilbyde forældrene, herunder fædre, opsporingstilbuddet. Flere sundhedsplejersker fortæller i den sammenhæng, at de støtter sig op ad de tal og statistikker, som de er blevet præsenteret for på temadage og lignende vedrørende forekomsten af fødselsdepression både blandt mænd og kvinder. Det er ifølge sundhedsplejerskerne med til at legitimere tilbuddet, hvilket gør det lettere for dem at præsentere forældrene for tilbuddet. Systematikken styrker samtidig sundhedsplejerskerne i at præsentere budskabet, idet de løbende opbygger mere og mere erfaring dermed.

En anden barriere i forhold til at sikre det systematiske fokus på fædre er, at fædre ikke nødvendigvis er hjemme ved besøg fra sundhedsplejersken. Sundhedsplejerskerne fortæller, at de derfor opfordrer fædre til at være hjemme ved graviditetsbesøget og ved besøget efter to måneder, hvor opsporingen typisk gennemføres, og at de prøver at planlægge besøgene, så det kan passes ind efter fædrenes arbejde. Sundhedsplejerskerne oplever en tendens til, at fædre i stigende grad deltager i sundhedsplejerskebesøgene.

Mange kommuner efterspørger konkrete henvisningsmuligheder for fædre, hvis der identificeres behov for en indsats med henblik på at forebygge eller behandle en fødselsdepression. I mange kommuner er sundhedsplejerskernes henvisningsmuligheder alene egen læge, mens flere af kommunerne har særskilte forløb til kvinder med tegn på fødselsdepression, som de kan henvise til. Det opleves som et problem, fordi sundhedsplejerskerne ikke i samme grad oplever, at de kan bygge bro til mulige tilbud, og det kræver, at fædre selv får fulgt op med egen læge og den behandlingsform, der evt. er brug for. I nogle kommuner tilbyder sundhedsplejerskerne derfor ekstra behovsbesøg for at følge op på, hvordan det går i familien, men kan reelt ikke tilbyde en indsats, der afhjælper problemerne, hvorfor det ekstra behovsbesøg i den sammenhæng tilbydes i mangel af bedre. Dette er et problem, da familierne potentielt i denne situation ikke tilbydes den rette opfølgning eller behandling. I nogle af kommunerne har de en psykolog knyttet til deres tværfaglige småbørnsteam, der beskrives nærmere i afsnit 4.5. Integrationen af psykologen i det tværfaglige småbørnsteam giver sundhedsplejerskerne en direkte henvisningsmulighed, hvormed en målrettet anvendelse af ressourcer understøttes. Psykologerne kan i den sammenhæng tilbyde fædre eller begge forældre, afhængigt af behovet, et målrettet forløb, hvor fødselsreaktionen behandles. Denne indsats kan fx gives under serviceloven § 11, stk. 3.

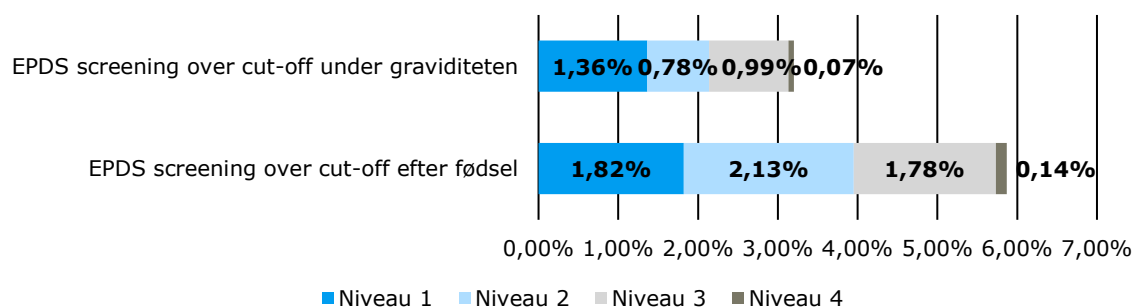
Blandt familierne er der flere positive erfaringer med opsporingsredskaberne. Der er bred enighed om, at det er rart at få tilbudt en opsporing, fordi det giver tryghed at vide, at der er opmærksomhed på ens følelsesmæssige tilstand. Det gælder både familier, der er hårdt belastede med behov for ekstra støtte, og familier, der er mindre belastede uden yderligere behov for støtte. De fleste familier fortæller, at opsporingen har bidraget til en drøftelse og bearbejdning af nylige eller tidligere traumatiske oplevelser samt aktuelle hverdagsudfordringer, hvilket potentielt kan forebygge en negativ udvikling deraf.

”Synes det var fedt at få det tilbudt. Det var en god mulighed. Jeg havde selv regnet med at tale med en psykolog. Jeg kunne ikke mærke, at der var noget, men jeg tænkte, at der burde være noget efter sådan en traumatisk oplevelse - noget der kunne komme op til overfladen. Derfor var det rart, men der var ikke noget slemt at snakke om. Vi kom lidt rundt om det hele rundt.” – Far

Kvantitative analyser om opsporingsredskaber

Som et supplement til de kvalitative resultater, der viser positive erfaringer og oplevelser med brugen og implementeringen af de systematiske opsporingsredskaber, er der ligeledes indsamlet data på omfanget af EPDS- og Gotland-opsporinger kvantitativt. Således viser opgørelser fra kommunernes Novax-registreringer, at der er foretaget 7.338 EPDS-opsporinger under graviditeten og 15.265 EPDS-opsporinger efter fødslen samlet på begge forældretyper. Af Figur 4-2 fremgår, hvor stor en andel af disse opsporinger, der er registreret over cut-off¹⁵.

Figur 4-2. EPDS-opsporing over cut-off



Kilde: Novax-data.

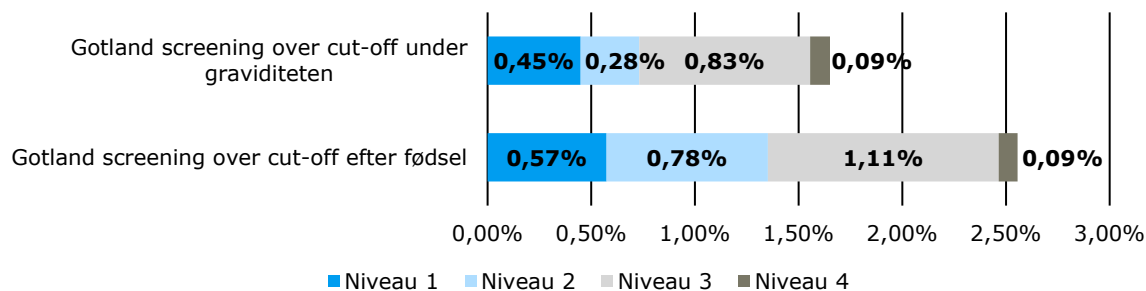
Base: Model A-kommuner, total antal EPDS-opsporinger under graviditet n=7.338 (Niveau 1 n=100, Niveau 2 n=57, Niveau 3 n=73, Niveau 4 n=5); total antal EPDS-opsporinger efter fødsel n=15.265 (Niveau 1 n=278, Niveau 2 n=325, Niveau 3 n=272, Niveau 4 n=21).

Data i Figur 4-2 viser, at omkring 3 pct. af EPDS-opsporingerne under graviditet har været positive med en score over cut-off. Blandt de EPDS-opsporinger, der er foretaget efter fødslen, er den samme andel af positive opsporing øget til næsten 6 pct. Resultaterne indikerer dels, at der er en større andel af forældre, der bliver screenet efter fødslen, dels at der ligeledes er en større andel af positive opsporinger med en score over cut-off efter fødslen.

¹⁵ Projektkommunerne har anvendt forskellige cut-off scorere (ml. 7-12), idet den valide score på 11 først blev publiceret under projektet og derfor ikke har været gældende i projektet.

10 af de 13 projektkommuner i model A har også anvendt Gotland som opsporingsredskab. Her viser opgørelsen over projektkommunernes registreringer, at der er foretaget 4.241 opsporinger under graviditeten og 8.725 opsporinger efter fødslen. Figur 4-3 viser, hvor stor en procentandel af disse opsporinger, der havde en score over cut-off, samt fordelingen på tværs af familiens niveau.

Figur 4-3. Gotland-opsporing over cut-off



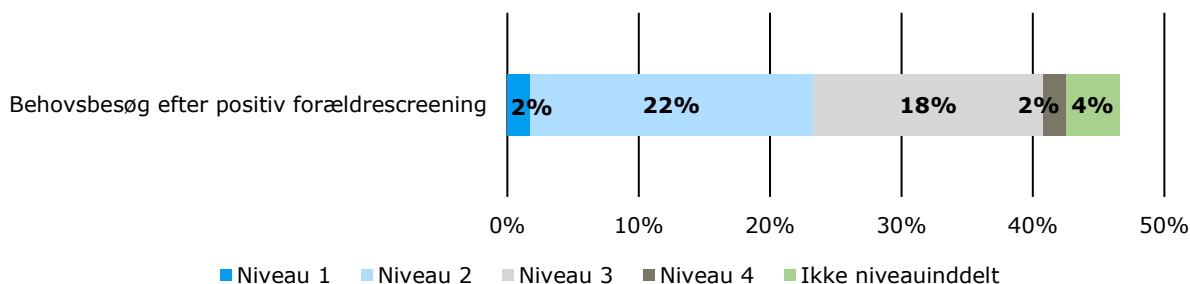
Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, der anvender Gotland, total antal Gotland-opsporinger under graviditet n=4.241 (Niveau 1 n=19, Niveau 2 n=12, Niveau 3 n=32, Niveau 4 n=4); total antal Gotland-opsporinger efter fødsel n=8.725 (Niveau 1 n=50, Niveau 2 n=65, Niveau 3 n=95, Niveau 4 n=8).

Af Figur 4-3 fremgår det, at omkring 1,5 pct. af Gotland-opsporingerne foretaget under graviditeten var positive, imens dette var gældende for omkring 2,5 pct. af opsporingerne foretaget efter fødslen. Ligesom ved EPDS-opsporinger ses en tendens, hvor der både er en større andel af forældre, der bliver screenet efter fødslen, ligesom at der er en større andel af disse opsporinger, der har en score over cut-off.

Det fremgår yderligere af Novax-registreringerne, hvor mange behovsbesøg der er blevet afviklet på baggrund af en positiv opsporing for fødselsdepression. I alt blev 1.416 forældre opsporet positive med en score over cut-off ved enten en EPDS- eller Gotland-opsporing. Der er i forbindelse med en positiv forældreopsporing blevet afviklet 660 behovsbesøg. Figur 4-4 viser, hvilket niveau familier, der har fået et behovsbesøg på baggrund af en positiv forældreopsporing, er placeret på.

Figur 4-4. Behovsbesøg efter positiv forældreopsporing



Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total antal positive forældreopsporinger n=1.416 (Niveau 1 n=24, Niveau 2 n=306, Niveau 3 n=248, Niveau 4 n=24, Ikke niveauinddelt n=58).

Af Figur 4-4 fremgår det, at knap halvdelen af de familier, hvor en forælder har scoret over cut-off ved enten en EPDS- eller Gotland-opsporing, har modtaget et behovsbesøg. Blandt disse familier er størstedelen placeret på niveau 2 eller 3. Som beskrevet i metodeafsnittet, er der som supplement til de kvantitative registreringer i Novax været mulighed for at angive fritekstforklaringer blandt nogle indikatorer. Dette har været tilfældet, når der er blevet scoret over cut-off på EPDS og Gotland, hvor sundhedsplejerskerne har kunne angive, hvilke indsatser en opsporing over cut-off har medført.

En gennemgang af udvalgte kommuners¹⁶ registreringer på positive opsporinger har således vist, at indsatser, der ofte igangsættes, er et eller flere ekstra opfølgende/behovsbesøg ved sundhedsplejersken, hvor opsporingsredskabet kan anvendes igen eller henvisning til egen læge, eventuelt hvor sundhedsplejersken skriver et korrespondancebrev efter samtykke fra forælderen. Derudover henviser nogle af kommunerne også til kommunale familietilbud og/eller parterapiforløb eller til privatpraktiserende psykologer. Sidstnævnte er typisk, hvis forælderen i forvejen har eller har haft kontakt med en psykolog.

4.3 Styrket opsporing via udvidet standardtilbud

Model A-kommunerne i projektet har fået midler til at udvide deres standardtilbud, hvis de ikke i forvejen gav de besøg, Sundhedsstyrelsen anbefaler. Konkret har projektkommunerne arbejdet med at indlægge ekstra besøg hos alle familier. Det kan gælde henholdsvis et graviditetsbesøg, op til fem besøg i første leveår og et besøg, når barnet er 15-18 måneder med henblik på at styrke den tidlige opsporing af og indsats til sårbare familier. Erfaringerne fra kommunernes arbejde med udvidelsen af standardtilbuddene er opsummeret i tre overordnede temaer:



Graviditetsbesøg som afsæt for tidlig opsporing

I flere af projektkommunerne havde de forud for projektet dette tilbud til sårbare familier, der blev opsporet af jordemoder eller praktiserende læge. I den sammenhæng blev sundhedsplejerskerne enten inviteret til et fælles møde sammen med forældre, jordemoder og evt. andre aktører, eller sundhedsplejerskerne blev adviseret om en sårbar familie og tilbød selv graviditetsbesøg til disse familier. Andre kommunerne har ikke haft et veletableret samarbejde med jordemoder eller praktiserende læge, hvorfor sundhedsplejerskerne sjældent eller aldrig hørte om gravide, herunder sårbare kommende forældre, før advisering om fødsel og derfor først mødte dem i forbindelse med første besøg efter fødslen. På tværs af kommunerne gælder, at de som led i projektet har indlagt et ekstra besøg under graviditeten eller udvidet deres eksisterende tilbud under graviditeten til sårbare familier til at gælde alle familier. Fælles for alle kommuner gælder, at tilbuddet om et graviditetsbesøg forudsætter, at sundhedsplejerskerne adviseres om gravide fra fødestederne.

¹⁶ Brønderslev Kommune, Herning Kommune, Skanderborg Kommune, Sønderborg Kommune og Vejen Kommune.

I kommuner, der i forvejen havde etableret et samarbejde med jordemoder eller praktiserende læge om sårbare familier, har etableringen af samarbejdet om alle kommende forældre fungeret forholdsvis nemt, idet de har udvidet den eksisterende praksis til, at sundhedsplejerskerne nu adviseres om samtlige gravide i kommunen og ikke kun om sårbare forældre. I kommuner, hvor der ikke tidligere har været et veletableret samarbejde om sårbare familier, har det ifølge projektlederne krævet gentagne dialoger med praktiserende læger og/eller jordemødre og vedholdenhed at få etableret et samarbejde om advisering af samtlige gravide.

Henvisninger modtages typisk af en sekretær eller leder i sundhedsplejen, der fordeler de gravide til de respektive sundhedsplejersker. Sundhedsplejerskerne modtager en besked herom via Novax. Det er forskelligt fra kommune til kommune, hvordan de gravide kontaktes. Nogle kommuner kontakter som udgangspunkt de gravide telefonisk og sender dem en invitation via e-Boks, hvis de ikke træffes telefonisk, mens andre kommuner omvendt sender den første kontakt via e-Boks og følger op telefonisk, hvis de ikke hører fra forældrene. Typisk kontaktes gravide, der af egen læge eller jordemoder er vurderet sårbare, telefonisk. De gravide vil som oftest være orienteret af egen læge eller jordemoder om, at de vil blive kontaktet af deres sundhedsplejerske. Selve timingen for graviditetsbesøget varierer på tværs af kommunerne og finder sted i perioden mellem 16. og 30. gestationsuge. Timingen af graviditetsbesøget er ifølge projektleder og ledende sundhedsplejersker afgørende for, at der er et godt mulighedsrum for at lade besøget handle om forældrene og deres baggrund, forventninger til at blive forældre og lignende. Samtidig skal de gerne være så langt i graviditeten, at de er begyndt at forholde sig til tanken om, at der er et barn eller er begyndt at mærke liv. Endelig peger projektledere og sundhedsplejersker på, at besøget ikke må planlægges for sent i graviditeten, dels fordi, at jo tættere på fødslen besøget planlægges, des mere fylder tanker om fødslen hos forældrene, dels fordi en tidlig kontakt er vigtig i forhold til at få iværksat forebyggende tiltag, før barnet kommer, hvis der vurderes behov for dette. Flere af kommunerne tilbyder forældreuddannelse enten til førstegangsførelse eller sårbare forældre i perioden op til fødslen.

"I forhold til at opspore er det [graviditetsbesøget] genialt, fordi vi er tidligt ude at høre alle de her fortællinger om dem, deres liv og deres barndom. Så kan vi bedre fokusere indsatsen. Stille skarpt på differentiering af sundhedsplejen. Det at komme i gang før uge 20 giver mig 20 uger, før der er en baby, til at lave en indsats. Det er ret vildt."

– Sundhedsplejerske

Centrale emner i graviditetsbesøget er fx tilknytningsadfærd, forældredannelse, parforhold, om den sociale situation i familien er tryk samt mulighed for støtte fra netværk. Derudover er opsporing af psykisk sårbarhed hos forældre et hyppigt tema, og størstedelen af kommunerne har i den forbindelse indlagt en tidlig opsporing for fødselsdepression til alle mødre og i nogle kommuner fædre i forbindelse med graviditetsbesøgene¹⁷, mens det i andre kommuner tilbydes til forældre efter behov. I kommuner, hvor opsporingen ikke er en del af standardtilbuddet til alle forældre, tilbydes et ekstra besøg med henblik på gennemførelse af opsporingen i tilfælde af, at der vurderes behov for dette. Sundhedsplejerskerne fortæller, at de, selvom de ikke opsporer alle forældre systematisk, i dialogen med forældrene kommer omkring nogle af temaerne i opsporingsredskaberne og på den måde vurderer, om der er behov for at undersøge tilstanden med EPDS/Gotland. Sundhedsplejerskerne gør meget ud af at opfordre fædre til at være hjemme under graviditetsbesøget, dels fordi de ønsker en snak med begge forældre, dels fordi de oplever, at de spørgsmål, som sundhedsplejersken stiller, i mange tilfælde skaber refleksion og åbner op for en snak forældrene imellem, som

¹⁷ Det bemærkes, at EPDS ikke var et valideret opsporingsredskab til opsporing for depression under graviditeten, da projektet startede.

Kilde: Smith-Nielsen et al.: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. Research article. BMC Psychiatry (2018) 18:393.

de ikke ellers ville have haft. Refleksioner og dialog er ifølge sundhedsplejerskerne med til at styrke forældrenes parathed til sammen at gå ind i forældreskabet.

"Det der med, at vi kommer, mens de er 'normale' uden baby. Der er der fokus på dem og graviditeten. Det er nemmere end lige efter fødsel, hvor alt fokus er på baby. Missede mange ting i babykaos. Kommer senere i gang med at arbejde med udfordringer. Fantastisk med graviditetsbesøg. Forældrene ved, hvem der kommer ind ad døren. Det giver meget for begge parter." – Sundhedsplejerske

På tværs af projektkommunerne er der stor begejstring for graviditetsbesøget. Sundhedsplejerskerne oplever, at de via graviditetsbesøget får mulighed for at lære forældrene langt bedre at kende, inden det nyfødte barn får det primære fokus i deres besøg. Sundhedsplejersker fortæller samtidig, at det bidrager til, at de tidligere får en bedre dialog med forældrene og langt større indsigt i eventuelle problemer eller bekymringer hos forældrene. Det hjælper sundhedsplejerskerne til at tilrettelægge en mere individuel vejledning af forældrene fremadrettet enten i egen indsats til familien eller med inddragelse af andre fagpersoner tidligt, hvor der er et behov.

På tværs af kommunerne har forældrene ligeledes positive erfaringer med graviditetsbesøget. Forældrene fortæller, at det skaber tryghed forud for fødslen at have mødt sundhedsplejersken og få informationer om indholdet i sundhedsplejens tilbud efter fødslen. Derudover giver besøget fra sundhedsplejersken anledning til, at forældrene i dialog med sundhedsplejersken kan få talt om eventuelle sårbarheder, usikkerheder samt gode og dårlige erfaringer fra deres egen barndom, som er med til at forme deres kommende forældreskab og forventninger dertil. Det kan for eksempel være bekymringer for at være utilstrækkelige som forældre eller erfaringer fra tidligere graviditeter. Endelig kan dialogen også i forældrenes optik åbne for forventningsafstemning og samtaler forældrene imellem, fx om deres barndom eller lignende, som de ikke ellers ville have haft, hvilket styrker dem i det kommende fælles forældreskab.

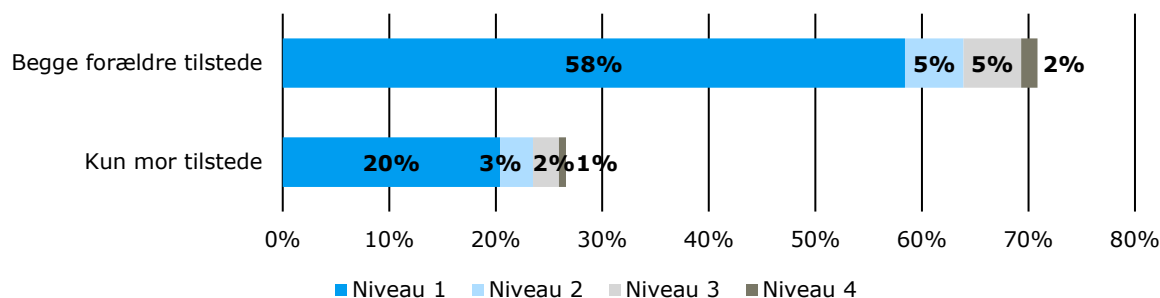
"Det har været rigtigt godt, at jeg lige kunne få luftet tankerne om sidste graviditet, mens jeg stadig var gravid. Og så det med lige at få sat ansigt på, (...) Jeg har ikke følt, at jeg kunne bruge min jordemoder til at dele de tanker. Det har jeg helt klar brugt min sundhedsplejerske til." – Mor

Kvantitative analyser om graviditetsbesøg

Ligesom ved de systematiske opsporingsredskaber er der foretaget opgørelser over graviditetsbesøgene via data fra Novax. Af disse data fremgår det, at der under projektperioden i kommunerne i model A samlet er registreret 10.056 tilbud om graviditetsbesøg¹⁸. Derudover fremgår det, at der er afholdt 9.263 graviditetsbesøg. I Figur 4-5 nedenfor fremgår, dels hvorvidt begge forældre var til stede eller ej, dels hvilket niveau familien var placeret på.

18. Data indikerer, at denne indikator har været forbundet med usikkerhed i registreringen og derved er underestimeret.

Figur 4-5. Graviditetsbesøg



Kilde: Novax-data.

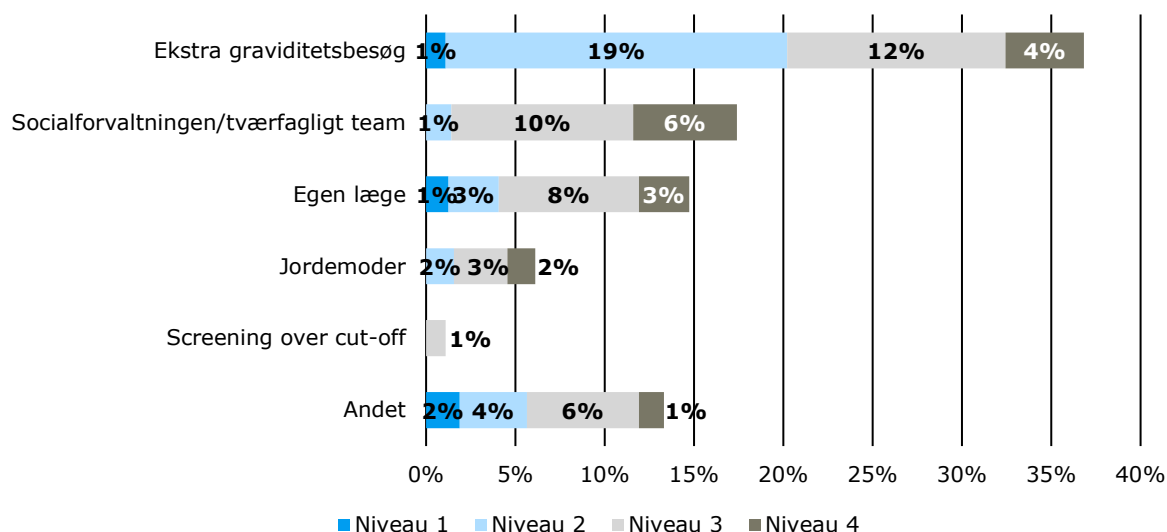
Base: Model A-kommuner, total n= 9.263 (Niveau 1 n=7.438, Niveau 2 n= 847, Niveau 3 n=765, Niveau 4 n=207, Ikke niveauinddelt n=6).

Data i Figur 4-5 viser, at 70 pct. af alle graviditetsbesøgene blev afholdt, hvor begge kommende forældre var til stede under besøget. Således fremgår det, at størstedelen af besøgene afholdes efter sundhedsplejerskernes opfordring til, at fædrene også skal være til stede. Imidlertid kan det yderligere aflæses af figuren, at det ved 26 pct. af graviditetsbesøgene kun var moderen, der var til stede. Dette vidner om, at fædre/partnere i mindre grad er eksponeret for en tidlig opsporing af mentale udfordringer i forbindelse med graviditeten, samt at den refleksive dialog, sundhedsplejerskerne oplever, når begge forældre er til stede under besøget, ikke kan finde sted.

Det fremgår yderligere af Figur 4-5, hvilken niveauinddeling familierne, der fik graviditetsbesøg, var placeret på. I alt var 79 pct. af familierne placeret på niveau 1. 9 pct. af familierne var placeret op niveau 2, 7 pct. på niveau 3 og blot 3 pct. på niveau 4. Det tyder ikke på, at niveauinddelingen har en betydning for, hvorvidt begge forældre var til stede under graviditetsbesøget eller ej.

Der er desuden foretaget opgørelser over henvisninger i Novax i forhold til graviditet. Det fremgår af data, at der i alt under projektperioden er registreret 638 henvisninger under graviditeten i forbindelse med et graviditetsbesøg. Figur 4-6 nedenfor illustrerer, hvilke henvisninger der er foretaget, samt hvilket niveau familierne, der har fået en henvisning, er placeret på.

Figur 4-6. Henvisning under graviditeten



Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n= 638 (Niveau 1 n=40, Niveau 2 n=200, Niveau 3 n=286, Niveau 4 n=112).

Det fremgår af Figur 4-6, at størstedelen af dem, der bliver henvist under graviditeten, henvises til et ekstra graviditetsbesøg (samlet 37 pct.). Deriblandt er de fleste af familierne placeret på niveau 2 eller 3. Henholdsvis 17 og 15 pct. af familierne henvises til socialforvaltningen eller et tværfagligt team eller egen læge. Iblandt disse familier er størstedelen placeret på niveau 3, efterfulgt af niveau 4. Blandt de 6 pct. af familierne, der henvises til jordemoder, er forældres niveaufordeling tæt på ligeligt fordelt på niveau 2-4. Der tegner sig et billede af, at jo højere niveau familierne er placeret på, jo mere krævende indsats bliver de henvist til under graviditeten.



15-18 måneders besøg hos sårbare familier

Hvor der er fundet bred enighed i projektkommuner om, at graviditetsbesøg bidrager til tidlig opsporing og målrettet indsats, er det mindre entydigt, at det også gør sig gældende for 15-18 måneders besøget. 15-18 måneders besøg planlægges af sundhedsplejerskerne med forældrene ved det sidste standardbesøg inden 15-18 måneders besøget. Sundhedsplejerskerne planlægger 15-18 måneders besøget uafhængigt af dagtilbud, som en del af deres monofaglige universaltilbud til alle forældre. Indholdet i besøget er dels opfølgning på barnets motoriske, sproglige, sociale og psykiske udvikling, dels fokus på søvn, opdragelse, kost, forældreevne og tilknytning til barnet. Sundhedsplejerskerne har oplevet, at det har været vanskeligt at definere, hvad 15-18 måneders besøget skulle indeholde for at skabe værdi for dem og familierne. Sundhedsplejerskerne og ledende sundhedsplejersker peger i den sammenhæng på, at det er centralt, at nye besøg rammesættes med klare retningslinjer og forventninger til besøgenes formål og indhold. Kommunerne har i den sammenhæng arbejdet målrettet med at beskrive kvalitetsstandarder for det nye besøg.

”Synes tit det er lidt et hyggebesøg. Forældrene synes, det er hyggeligt. Snakker selvfølgelig om ting, men indsatsmæssigt synes jeg, det allerede er sat i gang fra institutionen og dagplejen. De har for det meste hånd om det. Ser mange, der siger nej tak, fordi det er svært at få ind i travl hverdag.” – Sundhedsplejerske

”Det er mest småjusteringer, vi finder på det besøg. Fx i forhold til opdragelse og grænsesætning. Så på den måde kommer der ting i spil, som ikke var aktuelle, da barnet var baby. Nogle bliver overraskede, fordi de nu ikke længere går hjemme, og læsset kan vælte. Så vi finder sommetider noget, men det er mest forældrevejledning mere end store indsatser, som vi ser ved graviditetsbesøg.” – Sundhedsplejerske

I forhold til formålet om tidlig opsporing er det den generelle oplevelse på tværs af sundhedsplejersker og ledende sundhedsplejersker i projektkommunerne, at 15-18 måneders besøget som et universalt tilbud ikke er af afgørende betydning for at opspore familier i sårbare positioner. Oftest vil sårbarheder og udfordringer være identificeret ved tidligere besøg, og forældrene og barnet være hjulpet på rette spor gennem tidligere indsatser enten mono- eller tværfagligt, mens sundhedsplejersken vil have mulighed for at indlægge 15-18 måneders besøget som et behovsbesøg i familier, hvor der vurderes at være behov for opfølgning eller fortsat vejledning i forhold til forældreevne og barnets sundhed. Samtidig har familierne en tilknytning til dagtilbud, der har mulighed for at inddrage sundhedsplejersken ved behov for sparring af sundhedsfaglig karakter. I den sammenhæng oplever sundhedsplejerskerne også, at mange familier er et andet sted i deres liv, hvor de dels har en stærkere tilknytning til de professionelle i barnets dagtilbud, dels har en travl hverdag, idet begge forældre typisk er tilbage på arbejde, hvorfor det kan være svært at prioritere mødet med sundhedsplejersken.

“Ved de lidt dårligere familier, der har det givet et godt udbytte lige at få en krølle på, men det kunne man godt bare være kommet omkring ved et behovsbesøg.”

– Sundhedsplejerske

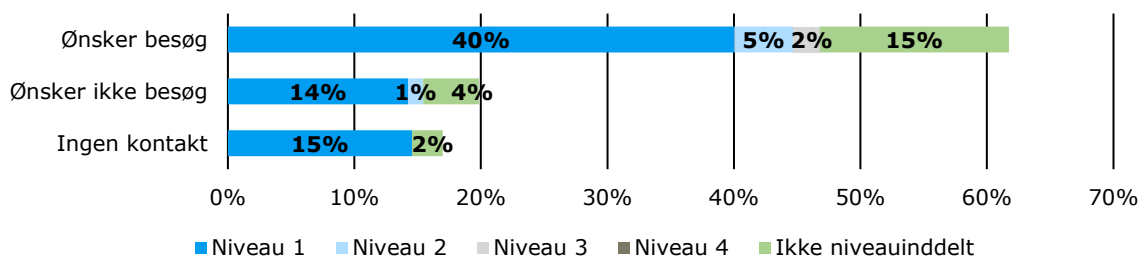
“Men hvor højt skal serviceniveauet være? For selvom det er givet godt ud hos nogen, så er jeg også tit gået derfra uden det store udbytte, det kan da godt være, at der var noget, som kunne blive fulgt op på. Men hvor højt service skal der være i forhold til udbyttet.” – Sundhedsplejerske

Kvantitative analyser om 15-18 måneders besøg

Der er også foretaget opgørelser over kommunernes Novax-registreringer af 15-18 måneders besøg. I den forbindelse er der indsamlet data over antallet af familier, der er blevet tilbudt et 15-18 måneders besøg, antallet af gennemførte besøg og årsagen dertil samt antallet af 15-18 måneders besøg, der har ført til en henvisning. Novax-dataene viser, at der under projektperioden er tilbudt et 15-18 måneders besøg til i alt 9.367 familier.

I figuren nedenfor kan det aflæses, hvor mange af de tilbudte familier der har takket ja til et 15-18 måneders besøg, samt hvilket niveau disse familier er placeret på.

Figur 4-7. Tilbudt 15-18 måneders besøg



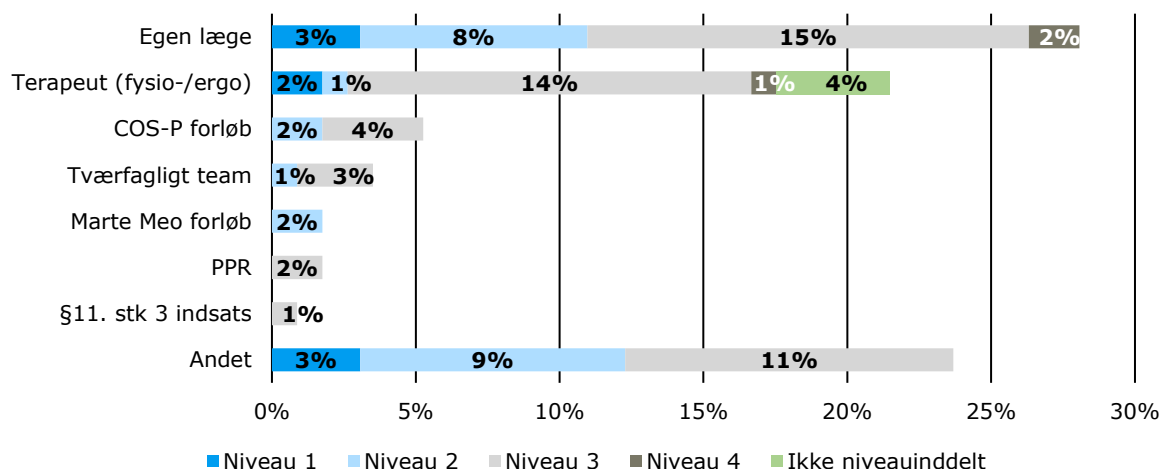
Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n= 9.367 (Niveau 1 n=6453, Niveau 2 n=589, Niveau 3 n=235, Niveau 4 n=49, Ikke niveauinddelt n=2041).

Figuren viser, at samlet set har 62 pct. af familierne, der er blevet tilbudt et 15-18 måneders besøg, takket ja til dette. Dette vidner om, at der er en stor andel af familier, som er interesserede i at få et besøg af sundhedsplejersken. Hvorvidt familierne fandt besøget meningsfulde, kan ikke udledes af de kvantitative data. Det fremgår yderligere, at 19 pct. af de tilbudte familier ikke ønsker at modtage besøget, og at det i 17 pct. af tilfældene ikke er lykkedes sundhedsplejersken at få kontakt til familierne. Blandt de familier, der er placeret på niveau 3 og 4, har alle, der er tilbudt besøget, tilkendegivet, at de ønsker dette. Størstedelen af de familier, der ikke ønsker et 15-18 måneders besøg, er placeret på niveau 1.

I projektkommunernes registreringer i Novax viser en opgørelse, at der blev afholdt 6.849 15-18 måneders besøg i perioden, hvoriblandt 228 af besøgene førte til en ny henvisning. Dette svarer til, at omkring 3 pct. af familierne er blevet henvist videre efter besøget. Dette understøtter til dels de kvalitative fund vedrørende, at 15-18 måneders besøget ikke har en afgørende betydning for at opspore familier i sårbare positioner. Imidlertid har besøget været relevant for de familier, der er blevet henvist videre. Hvilken indsats, disse familier blev henvist til, er illustreret i Figur 4-8.

Figur 4-8. Henviſning ved 15-18 måneders beſøg



Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n = 228 (Niveau 1 n=28, Niveau 2 n=60, Niveau 3 n=121, Niveau 4 n=8, Ikke niveauinddelt n=11).

Figuren viser, at størstedelen, svarende til 28 pct. af henviſninger i forbindelse med et 15-18 måneders beſøg, var til egen læge. Derefter var den næst hyppigste henviſningstype til en fysio- eller ergoterapeut (22 pct.). En mindre andel af familierne blev henvist til COS-P-forløb, et tværfagligt team, Marte Meo-forløb, PPR eller en § 11, stk. 3 indsats (serviceloven) i forbindelse med deres 15-18 måneders beſøg. Det fremgår yderligere, at over halvdelen af de familier, der er blevet henvist ved et 15-18 måneders beſøg, er placeret på niveau 3. Dernæst er der flest familier, der er placeret på niveau 2. Dette vidner om, at det er familier, der allerede er en øget opmærksomhed på, som bliver henvist, hvorfor det kan være relevant at forsætte det opsporende arbejde ud over 1-årsalderen for familier på niveau 3.



Fælles kriterier for behovsbeſøg

Som en del af omstillingen har model A-kommuner arbejdet med at udvikle og afprøve faste kriterier for aflæggelse af behovsbeſøg hos familier med behov af sundhedsfaglig karakter, hvor sundhedsplejens universelle tilbud ikke er tilstrækkelige. Dette med henblik på en mere målrettet brug af ressourcer og i forhold til, at familierne får den mest hensigtsmæssige indsats.

Der er forskel på, hvordan kommunerne under model A har arbejdet med at definere fælles kriterier for behovsbeſøg. I nogle kommuner har de meget systematisk arbejdet med at definere årsager til, at sundhedsplejerskerne kan aflægge behovsbeſøg, samt med meget konkrete kriterier og tegn, som skal gøre sig gældende, før behovsbeſøget kan aflægges. Dette med henblik på at understøtte, at sundhedsplejerskerne får en ensartet tilgang til, hvornår der tilbydes behovsbeſøg, så familierne oplever at møde en ensartet kvalitet og med henblik på at målrette sundhedsplejens tilbud og dermed ressourcer.

I kommuner, hvor der er arbejdet med at definere fælles kriterier for behovsbeſøg, har de enten nedsat arbejdsgrupper med inddragelse af sundhedsplejerskerne, eller projektlederen har alene arbejdet med at udvikle kriterierne, hvorefter sundhedsplejerskerne har været inddraget for at kvalificere dem på personalemøder eller temadage.

I de kommuner, hvor sundhedsplejerskerne har været involveret i arbejdet med at formulere kriterier for behovsbesøg, opleves det i høj grad at bidrage til, at sundhedsplejerskerne tager ejerskab for de retningslinjer, der opstilles og opnår en fælles forståelse af, hvornår der kan aflægges behovsbesøg. Dog bliver der flere steder påpeget, at det er en stor kulturforandring, som tager tid, når der i højere grad bliver sat rammer for sundhedsplejerskernes arbejde. Dette skyldes, at sundhedsplejerskerne som faggruppe er vant til stor autonomi i deres daglige praksis ude hos familierne. Kulturforandringen understøttes i de fleste kommuner gennem tæt inddragelse af sundhedsplejerskerne i udviklingsarbejdet bl.a. gennem arbejdsgrupper, løbende sparring og italesættelse deraf, hvilket bidrager til en oplevelse blandt sundhedsplejerskerne af, at de medvirker til at kvalificere praksis.

Andre kommuner har ikke defineret yderligere kriterier for ekstra behovsbesøg, men har derimod haft fokus på at opsætte retningslinjer for, hvornår der er brug for mono- eller tværfaglig sparring. I de fleste af disse kommuner gælder det, at sundhedsplejerskerne efter maksimalt to behovsbesøg skal sparre med en kollega, den ledende sundhedsplejerske eller drøfte sagen i et tværfagligt småbørnsteam. Samme retningslinjer gør sig også gældende i kommuner, der har opsat kriterier for behovsbesøgene. Formålet er at sikre en systematik for, at sundhedsplejerskerne stopper op og reflekterer over, om behovsbesøget er det rigtige tilbud for familien, eller om der er behov for inddragelse af andre fagpersoner.

De adspurgte sundhedsplejersker oplever, at rammerne for besøgene er en god hjælp, idet det blandt andet bidrager til en større opmærksomhed på, om behovsbesøget er det mest hensigtsmæssige tilbud, eller hvorvidt en anden indsats og en anden faglighed ville være en bedre hjælp for familien. Det styrker samtidig refleksionen over, hvorvidt fokus i behovsbesøget er det rette. Det bidrager således til en mere målrettet brug af sundhedsplejerskernes ydelserne.

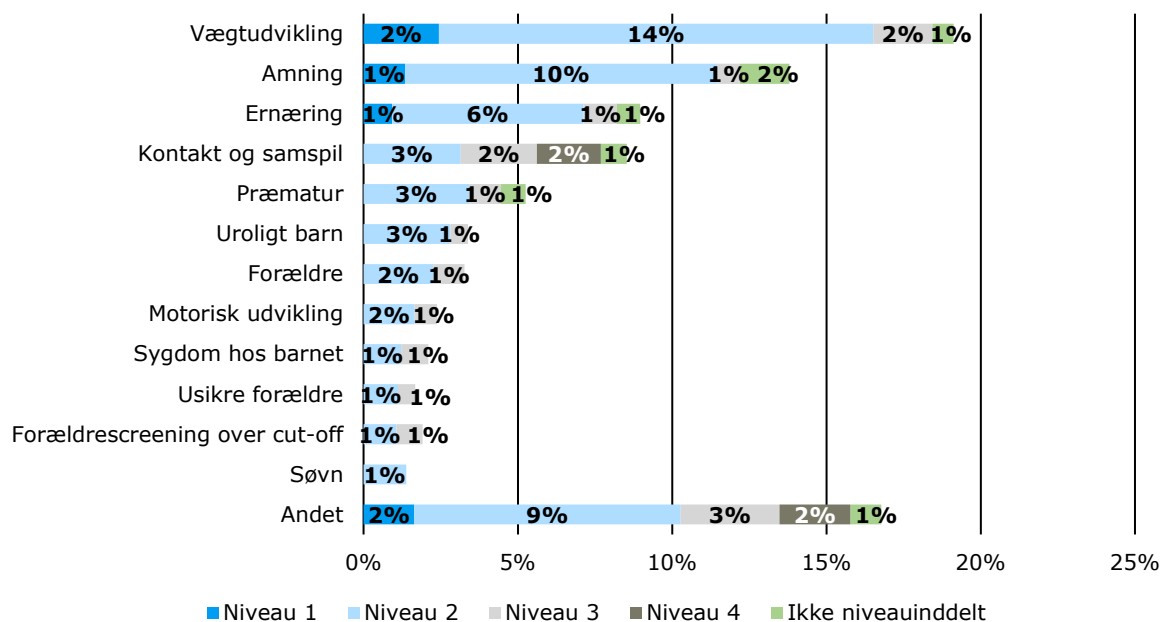
“Det nye var, at nu måtte der kun være to besøg, og hvis der skulle være et tredje, så skulle man have sine begrundelser på plads. Så var det måske nogle andre, der skulle tage over, fx motorikhuset. Det er godt for familien, så de får den hjælp, de har brug for.” – Sundhedsplejerske

I kommuner, hvor retningslinjerne definerer, at én given sag skal tages op i et tværfagligt småbørnsteam, modtager sundhedsplejerskerne tværfaglig sparring på sagerne. Det er ifølge sundhedsplejersker og samarbejdspartnerne i småbørnsteamene medvirkende til en mere tværfaglig og helhedsorienteret analyse og vurdering af, hvilken indsats familien vil have det største udbytte af. Det styrker således, at familierne får den mest målrettede indsats. Dette uddybes nærmere i afsnit 4.5.

Kvantitative analyser om behovsbesøg

Ligesom der er indsamlet erfaringer om definition af fælles kriterier for behovsbesøg, er der i evalueringen undersøgt, hvilke årsager sundhedsplejen angiver som udslagsgivende for selve gennemførelsen af behovsbesøg. Således har sundhedsplejen i model A-kommunerne haft mulighed for at angive en lang række potentielle årsager, der har ført til afvikling af et behovsbesøg. Analysen har vist, at der sammenlagt i projektperioden er gennemført 28.925 antal behovsbesøg. Data i figuren nedenfor viser, hvilke årsager sundhedsplejersken har angivet til behovsbesøget, opdelt på forældrenes niveauplacering.

Figur 4-9. Årsager til behovsbesøg



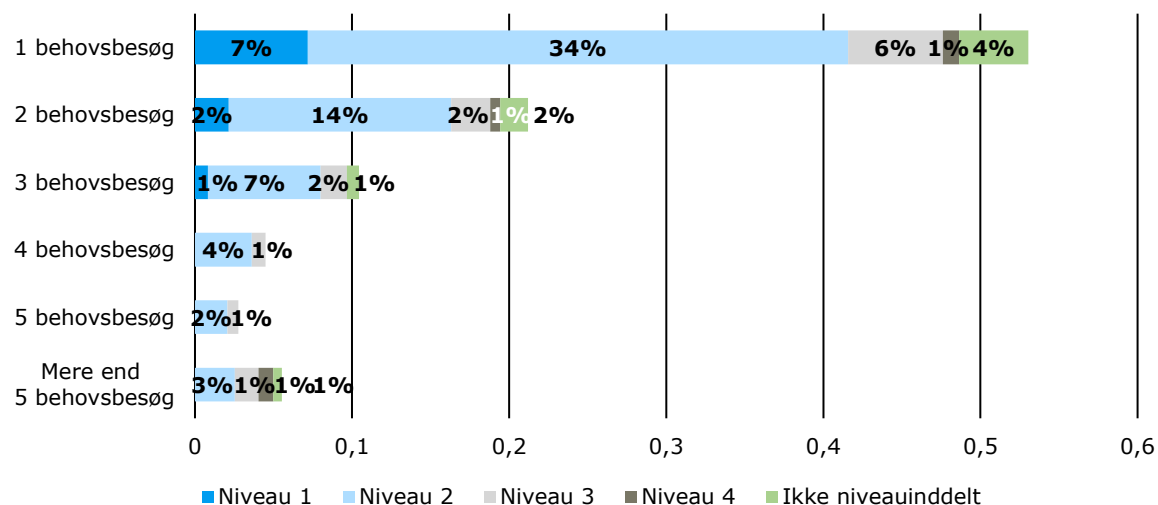
Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n= 28.925 (Niveau 1 n=2.471, Niveau 2 n=17.177, Niveau 3 n=4.788, Niveau 4 n=1.903, Ikke niveauinddelt n=2.512).

Figur 4-9 illustrerer, at barnets vægtudvikling er den hyppigste årsag til et behovsbesøg, hvor hvert femte behovsbesøg er grundet dette (19 pct.). Dernæst er amning og ernæring de hyppigste årsager til, at der bliver fortaget et behovsbesøg med hhv. 14 og 9 pct. Data viser således, at et behovsbesøg oftest foretages, når der er problemer med barnets vægt og ernæringsindtag. De andre årsager udløser mindre hyppigt et behovsbesøg. Data viser desuden, at over halvdelen af de familier, der modtager et behovsbesøg, er placeret på niveau 2 (57 pct.). Knap hver femte familie, der har modtaget et behovsbesøg, er placeret på niveau 3 (15 pct.). Under 10 pct. af familierne er placeret på niveau 1 eller 4. Dette tyder på, at de familier, der modtager behovsbesøg, allerede har en ekstra opmærksomhed, men i mindre grad er de mest udsatte familier på niveau 4.

Af Novax-dataene kan det yderligere aflæses, at 13.450 individuelle familier har modtaget et behovsbesøg. Da der som beskrevet ovenfor er afholdt 28.925 behovsbesøg i projektperioden, vidner dette om, at flere individuelle familier har modtaget mere end et behovsbesøg. Hvor mange behovsbesøg, individuelle familier har modtaget, fremgår af Figur 4-10 nedenfor.

Figur 4-10. Antal behovsbesøg per familie



Kilde: Novax-data.

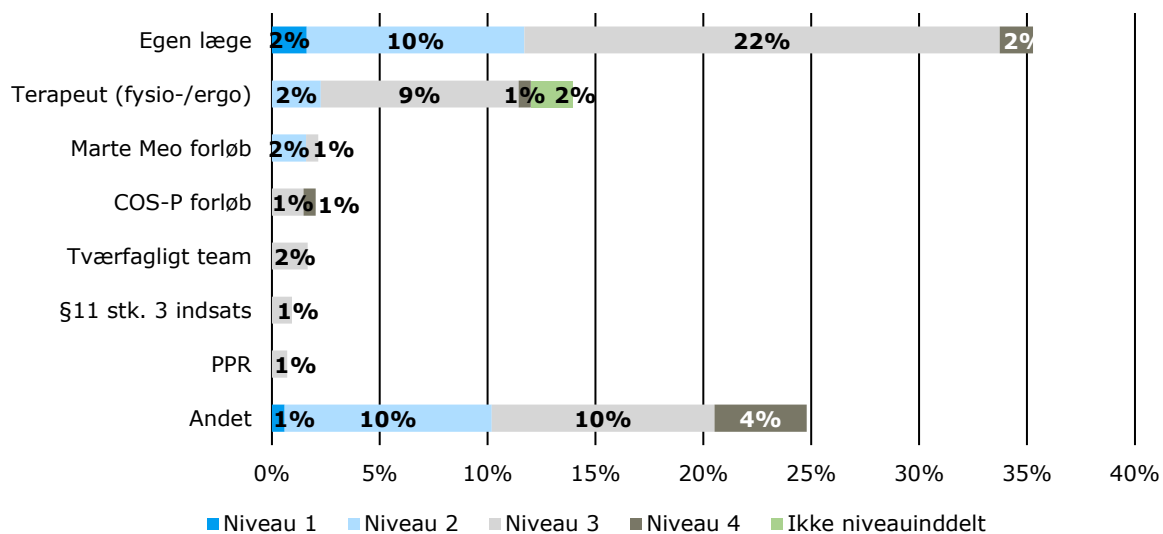
Base: Model A kommuner, total n= 13.450 (Niveau 1 n=1495, Niveau 2 n=8.512, Niveau 3 n=1.819, Niveau 4 n=491, Ikke niveauinddelt n=790).

Figur 4-10 viser, at omkring halvdelen (53 pct.) af de familier, der har modtaget et behovsbesøg, kun har modtaget et enkelt af disse besøg. Tilsvarende har næsten halvdelen af familierne modtaget mere end et besøg. Deriblandt har 21 pct. modtaget to behovsbesøg, imens 11 pct., 5 pct. og 3 pct. har modtaget tre, fire eller fem gentagende behovsbesøg. Yderligere har 6 pct. af familierne modtaget mere end fem behovsbesøg. Antal af behovsbesøg herover er primært fordelt med op til 15 gentagende behovsbesøg, men der fremkommer også enkelte familier, der har modtaget mere end 15 besøg og helt op til 40 behovsbesøg. Andelen af flere gentagende behovsbesøg indikerer, at sundhedsplejen ikke rettidigt får henvist videre til andre mere hensigtsmæssige tilbud for familien, fx med inddragelse af andre fagpersoner. Desuden vidner resultaterne om, at der på tværs af projektkommunerne ikke er en ensrettet og systematisk tilgang i forhold til, hvornår et ekstra behovsbesøg skal føre til anden hjælp, hvilket bekræftes af de kvalitative fund beskrevet i afsnittet ovenover.

Imidlertid er der forekommet henvisning til anden indsats ved behovsbesøg. Registreringer i Novax viser, at der samlet set er 4.094 behovsbesøg (svarende til 15 pct.), der har ført til henvisning til anden indsats. Det fremgår ikke af data, om henvisningen fremkommer efter et eller flere behovsbesøg.

Figuren nedenfor viser, hvilke indsatser der er blevet henvist til.

Figur 4-11. Henvisning ved behovsbesøg



Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n = 4.094 (Niveau 1 n=133, Niveau 2 n=1.360, Niveau 3 n=2.112, Niveau 4 n=383, Ikke niveauinddelt n=106).

Det kan aflæses i figuren, at størstedelen af de familier, der bliver henvist videre ved et behovsbesøg, henvises til egen læge (36 pct.). Endvidere bliver 14 pct. af familierne henvist til en fysio- eller ergoterapeut. Færre end tre pct. af familierne henvises ved et behovsbesøg til Marte Meo-forløb, COS-P-forløb, et tværfagligt team, en § 11, stk. 3 indsats (serviceloven) eller PPR. Desuden fremgår det af figuren, at omkring halvdelen af de familier, der bliver henvist ved et behovsbesøg, er placeret på niveau 3, imens en tredjedel er placeret på niveau 2. Det er således også her, at familier, der allerede er en opmærksomhed på, modtager en henvisning i forbindelse med et behovsbesøg.

4.4 Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde om sårbare og udsatte børn og familier

Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde om sårbare og udsatte børn og familier har været centralt både for kommuner, der har arbejdet med model A og model B. I model B har kommunerne fokus på at udvikle samarbejdet mellem sundhedsplejen og dagtilbud, både om tilbud rettet mod alle familier i forbindelse med overgange og om fælles opsporing og tilbud til børn (og familier) i dagtilbud med udfordringer af sundhedsfaglig karakter. Derudover har både model A- og model B-kommuner fokus på at styrke det tværprofessionelle samarbejde om familier, der enten har behov for en afgrænset, korterevarende tværprofessionel indsats, eller om familier, hvor der er iværksat foranstaltninger.

Fundene i forhold til det tværfaglige samarbejde i projektperioden er opsummeret i følgende tre temaer:



Fælles hjemmebesøg styrker det tværfaglige samarbejde

Både kommunerne, der har arbejdet med model A og model B, har haft fokus på at tilbyde fælles og tværprofessionelle hjemmebesøg. I model B-kommuner har det fælles hjemmebesøg fundet sted i forbindelse med overgange mellem hjem og dagtilbud og mellem dagtilbud. Flere af projektkommunerne i model A har ligeledes udviklet og afprøvet fælles hjemmebesøg mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere til familier med brug for kortere eller længerevarende tværprofessionel støtte. Det er forskelligt, hvordan de tværfaglige hjemmebesøg bliver anvendt. Det kan fx være tæt koblet til det tværfaglige børneteam og være en indsats, som igangsættes på baggrund af møder i teamet. Andre steder iværksættes de tværfaglige hjemmebesøg mere ad hoc, fx ved henvendelse til ledelsen, som er koordinerende i forhold til at koble sundhedsplejersker og myndighed sammen. Erfaringerne med de tværfaglige hjemmebesøg er på nuværende tidspunkt meget forskellige mellem kommunerne, og nedenfor opsummeret for henholdsvis model A og model B.

Model B

I de tre projektkommuner, der har arbejdet med model B, har de arbejdet med at afvikle fælles hjemmebesøg mellem sundhedsplejersker og pædagoger/lærere i forbindelse med børnenes overgange fra henholdsvis hjem til dagtilbud, vuggestue/dagpleje til børnehave og børnehave til skole. Generelt er det erfaringen i projektkommunerne, at det fælles hjemmebesøg ved overgangen fra hjemmet til dagtilbud har størst relevans, fordi sundhedsplejerskerne ved denne overgang er forældrenes primære professionelle kontakt, hvor sundhedsplejerskerne er med til at støtte forældrene i at overdrage relevant viden om barnets vaner og behov.

Det fælles hjemmebesøg i forbindelse med overgangen fra hjem til dagtilbud arrangeres ved, at kommunens pladshenviisning sender besked til sundhedsplejen og det dagtilbud, der skal modtage det pågældende barn, om, at barnet er blevet indmeldt i dagtilbuddet. Herefter er det forskelligt fra kommune til kommune, hvordan den videre koordinering er tilrettelagt. I en kommune er det dagtilbuddet, der har ansvar for at planlægge besøget, mens det i en anden kommune er sundhedsplejen, der indkalder til det fælles hjemmebesøg. Det tyder på, at sundhedsplejersken i kraft af deres store kendskab til familierne og barnet finder ansvaret for planlægningen og styring af det fælles hjemmebesøg naturligt, mens det kan opleves udfordrende af pædagogerne, der ikke kender familierne og ikke er vant til at komme i familiernes hjem.

I forbindelse med afviklingen af hjemmebesøgene har kommunerne som led i projektet fået midler til vikardækning. Der har dog vist sig at være nogle strukturelle udfordringer med at anvende disse midler, idet de fælles hjemmebesøg planlægges ad hoc og løbende af en times varighed, mens dagtilbuddene som minimum skal indkalde en vikar til tre timers arbejde. Det gælder især i forbindelse med overgangene fra hjem til dagtilbud og vuggestue/dagpleje til børnehave, der ikke finder sted for flere børn samtidigt, men derimod er spredt over hele året, idet overgangene afhænger af det enkelte barns alder, hvorimod overgangen fra børnehave til skole afhænger af barnets årgang.

Omvendt er skolelærerne udfordret ved overgangen fra børnehave til skole, idet de modtager så mange børn samtidigt og fra forskellige institutioner, hvilket stiller store krav til skolelærernes ressourcer.

Projektkommunerne har udarbejdet materiale, der beskriver den ønskede fremgangsmåde for afviklingen af de fælles hjemmebesøg. Materialet indeholder en dagsorden, tidsramme, hvem der forventes at deltage og formålet med besøget, herunder hvilke områder der bør afdækkes og lignende. Supplerende har én kommune udarbejdet spørgeguides, der vejleder pædagogerne og sundhedsplejerskerne i, hvordan de skal føre dialogen med forældrene. Det indebærer en række spørgsmål inddelt i de temaer, som de bør afdække, og som bringer familiernes perspektiver på banen.

Beskrivelserne af indholdet, fremgangsmåde mv. af møderne har bidraget til en større tydelighed om rollefordelingen mellem pædagoger og sundhedsplejersker på det fælles hjemmebesøg og bidrager især som et understøttende redskab til afvikling af hjemmebesøgene. Det til trods oplever projektkommunerne fortsat udfordringer med rollefordelingen på de fælles møder i forbindelse med overgange fra vuggestue/dagpleje til børnehave og børnehave til skole. Det kan hænge sammen med, at sundhedsplejerskerne har en stor rolle i forbindelse med det første overgangsbesøg fra hjem til dagtilbud, hvorimod rollefordelingen skifter ved de andre overgange til, at pædagogerne skal spille en større rolle i kraft af, at de på disse besøg er familiernes primære kontakt. Nogle af sundhedsplejerskerne peger blandt andet på, at pædagogerne ikke er vant til at komme i familiernes hjem og dermed naturligt føler sig mere på udebane i de private hjem. Samtidig kan de også føle sig usikre på egen rolle især ved overgangen til skole, fordi der er meget andet på spil ved denne overgang, og sundhedsplejerskerne har en mindre fremtrædende rolle.

På tværs af projektkommunerne lægges der vægt på, at pædagogen og sundhedsplejersken har en vigtig opgave i at sørge for, at familien kommer til orde. I den forbindelse er det erfaringen fra pædagoger og sundhedsplejersker, at det er en fordel, at de ikke kommunikerer om familien forud for selve hjemmebesøget, idet de undgår forudindtagede holdninger til, hvad der skal være opmærksomhed på ved familien. Tilsvarende understreger sundhedsplejersker og pædagoger, at det er vigtigt for deres etiske integritet, at drøftelser om forhold i familien foregår, mens familien er til stede og på familiens initiativ. Forud for de fælles hjemmebesøg aftaler sundhedsplejersken med familien, hvad de ønsker, at sundhedsplejersken skal støtte dem i at sætte ord på i forhold til relevante forhold hos barnet og i familien. Det er sundhedsplejerskernes oplevelse, at de på den måde sikrer, at familien føler sig set og hørt.

På tværs af projektkommunerne er det erfaringen, at familierne opnår tryghed og tillid ved at tale med pædagoger og sundhedsplejersker. Forældrene oplever, at de får en tryk overgang, dels fordi de får mulighed for at hilse på pædagogen i trygge omgivelser, dels fordi de oplever, at vigtig viden bliver overleveret til dagtilbuddene, der på den baggrund kan understøtte deres barns trivsel fra starten i dagtilbuddet.

"Det er rart at kunne fortælle, hvad det er for et barn, vi har, og hvad de har været gode til, og hvad der er svært. Når man kommer ned til institutionen, så har de mange børn omkring sig og er på arbejde. Det, at det er hjemme og med en anden fagperson til stede, giver ro og tryghed og mulighed for, at sundhedsplejersken kan komme med sine indskud på baggrund af sin faglighed." – Forælder

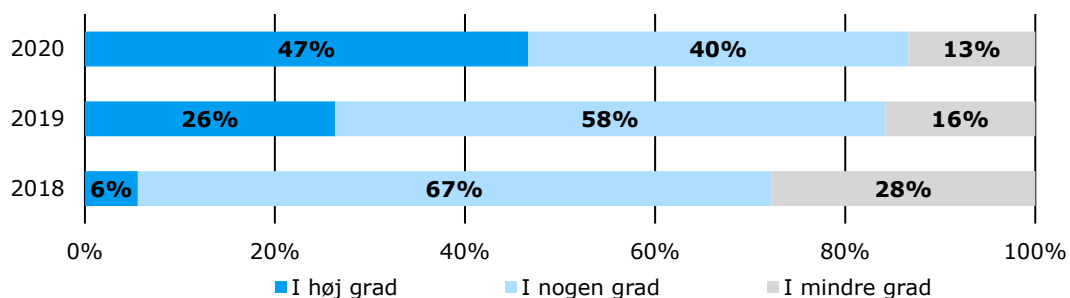
Flere pædagoger forklarer, at det giver dem en større indsigt i og forståelse af barnet ved at se, hvordan barnet agerer i hjemmet i samspil med forældrene og eventuelle søskende. Pædagogerne oplever, at de får mulighed for at se flere dimensioner af barnets adfærd, fordi adfærden kan være vidt forskellig, afhængig af omgivelserne.

Endelig er det projektkommunernes oplevelse, at den øgede interaktion mellem sundhedsplejerskerne og pædagogerne, som hjemmebesøgene faciliterer, skærper dagtilbuddenes opmærksomhed på, hvad sundhedsplejen kan bidrage med, hvilket betyder, at det pædagogiske personale henvender sig oftere og med udfordringer, som de normalt ellers ikke ville have involveret sundhedsplejersken i. Dermed styrkes det tværfaglige samarbejde, også efter barnet er startet i dagtilbud.

"Det, som det giver os som faggruppe, er også, at vi lærer hinanden bedre at kende. Mens jeg har været her, har det tværfaglige samarbejde med pædagogerne ikke været særligt tæt. Det var meget sjældent, de brugte mig, så på en eller anden måde føler jeg, at jeg nu begynder at kende flere, og jeg lærer, hvordan de arbejder. Det giver noget andet end, at det kører parallelt." – Sundhedsplejerske

Det understøttes desuden af resultaterne fra spørgeskemaerne ved spørgsmål om oplevelse af viden om kompetencer blandt andre faggrupper. Af Figur 4-12 fremgår udviklingen af det pædagogiske personales besvarelser på dette fra spørgerunder i 2018, 2019 og 2020.

Figur 4-12. Viden om andre faggruppers kompetencer



Kilde: Rambøll spørgeskemaundersøgelse.

Spørgsmål: Har du viden om, hvilke kompetencer andre faggrupper besidder i arbejdet med sårbare og udsatte børn og familier? (Sæt ét kryds).

Base: Pædagogisk personale, total n=52 (2018 n=18, 2019 n=19, 2020 n=15).

Figur 4-12 viser, at der i perioden fra 2018 til 2020 er sket en positiv udvikling i det pædagogiske personales viden om andre faggruppers kompetencer i forhold til sårbare og udsatte børn og familier. I 2018 angav 6 pct. blandt det pædagogiske personale, at de i høj grad har viden om andre faggruppers kompetencer på området. I 2020 er dette steget til en procentandel på 47 pct. Ligeledes er andelen blandt det pædagogiske personale, der angiver, at de i mindre grad har viden om andre faggruppers kompetencer, faldet fra 28 pct. i 2018 til 13 pct. i 2020.

Det fremgår således, at det pædagogiske personale under projektperioden med afvikling af fælles hjemmebesøg har opnået en større indsigt i blandt andet sundhedsplejerskes kompetencer, hvilket blandt udmønter sig ved, at de i højere grad samarbejder med sundhedsplejen og er opmærksomme på, hvilke problemstillinger de skal inddrage sundhedsplejen i.

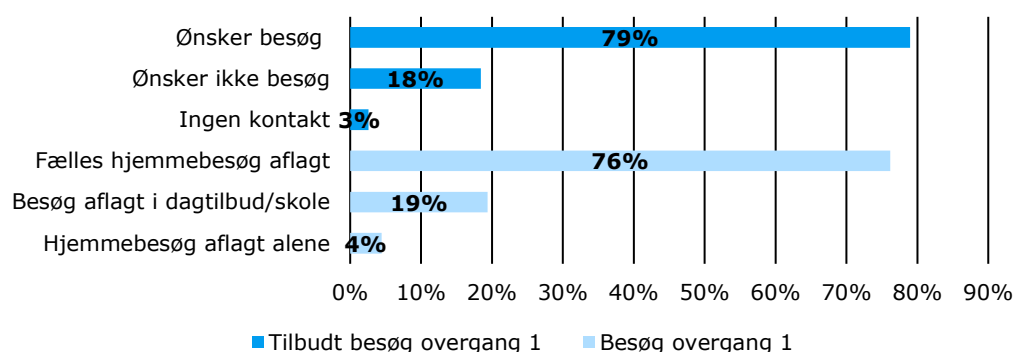
Forældre, der har modtaget et fælles hjemmebesøg, oplever desuden, at sundhedsplejerskerne og pædagogerne komplementerer hinanden godt på hjemmebesøgene. De hæfter sig ved, at der blev ført en god dialog mellem sundhedsplejersker og pædagogen.

"De snakkede fint sammen [red. sundhedsplejerske og pædagog]. Det var en tjekket pædagog, der har styr på sine virkemidler, og hvordan man taler til folk og forklarer sig. Det var rigtig godt. Fint at have sundhedsplejerske med. Ikke fordi hun nødvendigvis supplerede med meget, men det var et fint perspektiv på tingene. Fx: "Det er meget normalt for treårige" eller "Det, man kan prøve, er sådan og sådan"." – Forælder

Kvantitative analyser om overgangsbesøg

Ligesom der er indsamlet kvalitative erfaringer gennem interviews om overgangsbesøg, viser data fra Novax ligeledes nogle overordnede tendenser i forhold til gennemførelse af overgangsbesøg blandt model B-kommuner i projektet. En opgørelse over Novax-dataene viser, hvor mange familier der er tilbudt et fællesbesøg i forbindelse med hhv. overgang fra hjem til dagtilbud, vuggestue/dagpleje til børnehave og børnehave til skole. Desuden fremgår det af data, hvor mange besøg der er aflagt, herunder om disse besøg er aflagt hjemme med deltagelse fra sundhedsplejerske og pædagog/lærer, i dagtilbud/skole med deltagelse fra sundhedsplejerske og pædagog/lærer eller hjemme kun med deltagelse af sundhedsplejerske. I forbindelse med besøget vedrørende overgang fra hjem til dagtilbud fremgår det, at 988 familier er tilbudt fællesbesøget, og at besøget er afviklet ved 768 familier. Figur 4-13 nedenfor viser fordelingen ved disse besøg.

Figur 4-13. Overgangsbesøg 1 – hjem til dagtilbud



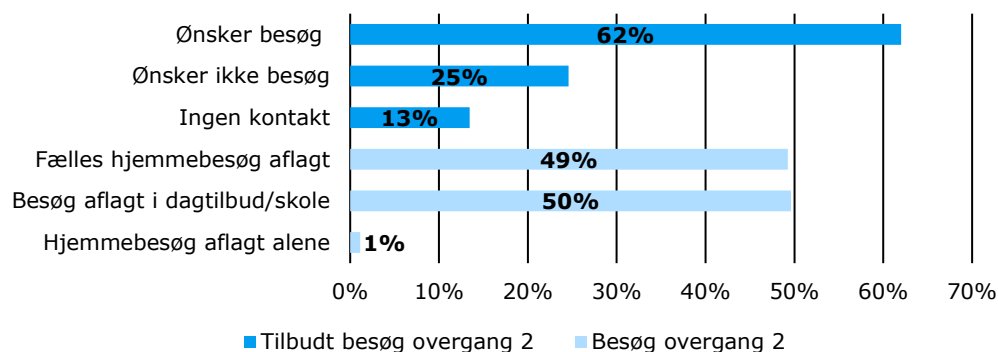
Kilde: Novax-data.

Base: Model B-kommuner, total tilbudt besøg overgang 1 n=998; total besøg overgang 1 n=768.

Figuren viser, at langt størstedelen af de familier, der tilbydes et overgangsbesøg i forbindelse med barnets opstart i vuggestue eller dagpleje, takker ja til dette (79 pct.). 18 pct. af familierne ønsker ikke besøget. For blot 3 pct. af familierne lykkes det ikke sundhedsplejersken at skabe kontakt. Figuren viser yderligere, hvordan overgangsbesøget blev afholdt. Hovedparten er blevet afholdt hjemme hos familien. Ved 76 pct. af besøgene var både en sundhedsplejerske og en pædagog fra dagtilbuddet til stede under besøget, og ved 4 pct. af besøgene var det kun en sundhedsplejerske. Når der er besøg, afholdt uden deltagelse af en pædagog, tyder det på, at kommunikationen eller planlægningen mellem sundhedspleje og dagtilbud ikke altid fungerer lige godt. Omkring hver femte besøg blev afholdt i vuggestuen eller dagplejen (19 pct.).

Data fra Novax viser også en opgørelse over fællesbesøg i forbindelse med overgangen fra vuggestue eller dagpleje til børnehave. Der er i projektperioden 521 familier, der er blevet tilbudt dette besøg, og i alt er besøget afviklet ved 266 familier. Der er således en forskel fra overgangsbesøget fra hjem til dagtilbud, da færre familier dels tilbydes et overgangsbesøget fra vuggestue/dagpleje til børnehave, dels at markant færre afvikles. Fordelingen ved overgangsbesøg 2 fremgår af figuren nedenfor.

Figur 4-14. Overgangsbesøg 2 – vuggestue/dagpleje til børnehave



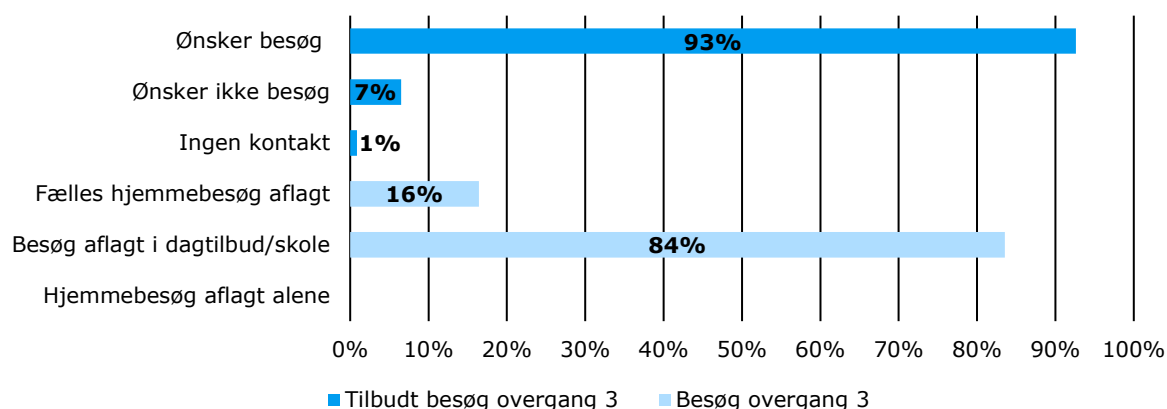
Kilde: Novax-data.

Base: Model B-kommuner, total tilbudt besøg overgang 2 n=521; total besøg overgang 2 n=266.

Figur 4-14 viser, at de fleste familier, der tilbydes et fællesbesøg ved overgangen fra vuggestue eller dagpleje til børnehave, ønsker at modtage dette (62 pct.). Det er dog en færre andel, sammenlignet med overgangsbesøg 1. Den øgede andel af familier, der ikke ønsker besøg, kan forklares ved, at familierne ikke kender sundhedsplejersken i forvejen. Det fremgår yderligere af figuren, at omtrent halvdelen af overgangsbesøg 2 er afviklet hjemme hos familien med både en sundhedsplejerske og en pædagog, imens den anden halvdel er afviklet i børnehaven. Blot en enkel procentandel af besøgene er afholdt hjemme hos familien uden deltagelse af en pædagog.

Den sidste type af fælles overgangsbesøg, der er afviklet i projektet, er i forbindelse med barnets overgang fra børnehave til skole. Opgørelser fra Novax viser, at der i alt er blevet tilbudt 692 af denne type besøg, og 584 besøg er blevet afviklet. Sammenlignet med de to andre typer overgangsbesøg, er antallet, der tilbydes besøgene, færre end ved overgangsbesøg 1, men flere end ved overgangsbesøg 2. I forhold til antallet af tilbudte familier, er det ved overgangsbesøget fra børnehave til skole, at den største andel af besøg reelt afholdes. Af Figur 4-15 fremgår, hvorvidt de tilbudte familier har ønsket besøget, og hvordan de afviklede besøg er blevet afholdt.

Figur 4-15. Overgangsbesøg 3 – børnehave til skole



Kilde: Novax-data.

Base: Model B-kommuner, total tilbudt besøg overgang 3 n=692; total besøg overgang 3 n=584.

Figuren viser, at mere end ni ud af 10 adspurgte familier ønsker at modtage et fællesbesøg i forbindelse med overgangen fra børnehave til skole (93 pct.). Det er kun 7 pct. af familierne, der takker nej til besøget. Derudover er det blot 1 pct. af familierne, hvor det ikke lykkes at skabe kontakt. Dette er en markant lavere andel end ved overgangsbesøget fra vuggestue/dagpleje til børnehave. I figuren fremgår det endvidere, at der ved dette fællesbesøg er langt flere, der afholdes på institutionen (84 pct.), sammenlignet med de to andre overgangsbesøg, der oftest afholdes hjemme. Således er det blot 16 pct. af besøgene, der afholdes hjemme hos familien.

Samlet set viser de kvantitative analyser, at der blandt familierne generelt er stor opbakning til de fælles overgangsbesøg på tværs af overgangstype. Besøgene, der afholdes i forbindelse med overgangen fra hjem til dagtilbud, afvikles oftest efter hensigten som et fællesbesøg i familiens hjem, hvor både sundhedsplejerske og pædagog deltager. Det betyder, at begge faggrupper bliver involveret i familien, samt at det afholdes i trygge rammer. Dette kan understøtte de kvalitative fund vedrørende, at fælles hjemmebesøg ved overgangen fra hjemmet til dagtilbud har størst relevans. De kvantitative analyser viser desuden, at der er en interesse fra forældrene i at have kontakt med både sundhedsplejerske og lærer ved overgangen fra børnehave til skole.

Model A

I model A-kommunerne, hvor det fælles hjemmebesøg kan igangsættes på baggrund af et møde i det tværfaglige team, anvendes det fælles hjemmebesøg ved behov for sparring fra en samarbejdspartner (psykolog, familiebehandler eller socialrådgiver) i forhold til de udfordringer, der observeres i familien. Det gør det muligt at få en samarbejdspartner med en anden faglighed inddraget i vurdering af en given problematik, hvilket giver et mere helhedsorienteret perspektiv og løfter kvaliteten af indsatsen. Ifølge sundhedsplejersker og samarbejdspartnere betyder det samtidig, at sundhedsplejerskerne inddrager samarbejdspartnerne tidligere, hvis de er i tvivl. Dermed understøtter det fælles hjemmebesøg i høj grad tidlig forebyggelse af en opsporet problemudvikling.

Omvendt ses det i kommuner, hvor det fælles hjemmebesøg kun kan iværksættes efter underretning, at sundhedsplejerskerne ikke inddrager samarbejdspartnerne, før det er højest nødvendigt, hvilket har betydning for rettidig støtte til familien og dermed for forebyggelsen. Det fælles hjemmebesøg kan samtidig anvendes som brobygning mellem sundhedsplejerskens indsats hos familierne og til andre kommunale tilbud udført af en tværfaglig samarbejdspartner. I den forbindelse er det sundhedsplejens og samarbejdspartnerens oplevelse, at det bidrager til en tryk overgang for familierne samt skaber gode forudsætninger for et mere sammenhængende forløb, når der tilbydes fælles hjemmebesøg. Den styrkede sammenhæng kommer blandt andet til udtryk ved, at sundhedsplejen og samarbejdspartnerne i højere grad fremstår som en fælles indsats over for familierne.

”Jeg tænker også, at hovedformålet har været, at alle hører det samme. Der kan være en del splitning i nogle familier. Så det med, at vi alle hører, hvad der bliver sagt og det samme. Det er rigtig godt.” – Samarbejdspartner

Ifølge samarbejdspartnerne medvirker det desuden til, at modstanden mod og evt. angst for øvrige kommunale instanser mindskes, fordi fællesbesøget qua sundhedsplejerskens tillidsfulde relation til familierne skaber større tryghed hos familierne. Rollefordelingen mellem aktørerne på de fælles hjemmebesøg aftales typisk fra gang til gang afhængigt af sagens karakter, men det vil ofte være sundhedsplejersken, der har en styrende funktion (tovholder) på mødet, og som introducerer forældrene til samarbejdspartneren.

I nogle kommuner planlægges de fælles hjemmebesøg ad hoc, hvor de i høj grad anvendes som sparring til sundhedsplejerskerne fra socialrådgivere i forhold til, hvorvidt der er brug for en underretning om familiens vanskelige forhold. I disse tilfælde trækker sundhedsplejerskerne på deres eksisterende relationer til socialrådgivere og/eller familiebehandlere, men det kræver forsat en underretning at iværksætte et officielt samarbejde sammen med socialrådgivere/familiebehandlere omkring disse familier. Dette opleves som værende langt mere indgribende for familierne og betyder samtidig, at der er familier, hvor en underretning ikke som udgangspunkt er nødvendig, alligevel underlægges en underretning for at kunne etablere en tværfaglig indsats. I nogle af kommunerne har de imødekommet denne udfordring ved at etablere tværfaglige samarbejdsfora, der samarbejder om familier, efter barnet er født, og tilbyder mere forebyggende indsatser.

”Jeg havde bare brug for den her sparring, fordi jeg selv var i tvivl om mentaliserings-evnen hos en mor, der gerne vil opdrage med kæft, trit og retning. Jeg kunne godt tænke mig, at sagsbehandlere også tænker ”hov, når jeg nu er fodret med nogle af de her informationer, så kunne jeg godt være lidt mere nysgerrig på, om der er noget i det her?” Ellers så går tiden, og så er det først, når der begynder at ske noget, og vi går i gang med underretning, at der gribes ind. Så når nu vi taler tidlig forebyggelse, kunne jeg godt tænke mig, at det var os alle sammen, der taler tidlig forebyggelse og får en fælles forståelse af, hvad det er, det indeholder.” – Sundhedsplejerske

Størstedelen af kommunerne, hvor besøgene planlægges ad hoc, har dog i regi af projektet dels fået etableret begyndende relationer på tværs af sundhedspleje og socialrådgivere, dels større opbakning fra ledelsen til at prioritere de fælles hjemmebesøg og dels opbygget en større forståelse af, hvad de forskellige faggrupper hver især oplever som bekymringer. Det har styrket samarbejdet om de fælles hjemmebesøg. Sundhedsplejerskerne oplever, at de kan inddrage sagsbehandlere som faglige sparringspartnere. Det giver ikke alene afklaring på, hvorvidt der er behov for en underretning, men kan ifølge sundhedsplejersker og sagsbehandlere også kvalificere eventuelle underretninger. En udfordring ved denne mere løse model for de fælles hjemmebesøg er dog, at det i høj grad er båret af relationer, hvilket er sårbart over for personaleudskiftninger – hvilket især opleves at være udbredt blandt sagsbehandlere. Samtidig er det i de fleste projektkommuner sundhedsplejerskernes oplevelse, at det forsat er på deres initiativ, at de fælles hjemmebesøg finder sted, omend det i stigende grad også sker fra sagsbehandlernes side.

Erfaringerne på tværs af de forskellige organiseringsformer for de fælles hjemmebesøg er, at det er vigtigt at etablere en fælles ramme for besøgene, der sikrer en gensidig forståelse mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere af, hvordan besøgene skal afholdes, herunder en systematik for planlægning, afholdelse og opfølgning på besøget.

Endelig fremhæver både de fagprofessionelle og forældrene vigtigheden i at være gennemsigtig og tydelig om formålet med det fælles besøg og inddragelse af andre faggrupper. Flere forældre indikerer, at det kan være forbundet med stor bekymring, når sundhedsplejersken inddrager andre fagpersoner i forhold til deres familie, hvilket især gælder sagsbehandlere. Forældre og sundhedsplejersker fortæller, at det særligt er en bekymring for, om kommunen sætter spørgsmålstejn ved deres evne som forældre og en bekymring for at få fjernet deres barn. Sundhedsplejerskerne er derfor meget opmærksomme på, hvordan de kan afdramatisere inddragelse af sagsbehandleren og derved motivere forældrene til det tværfaglige samarbejde.

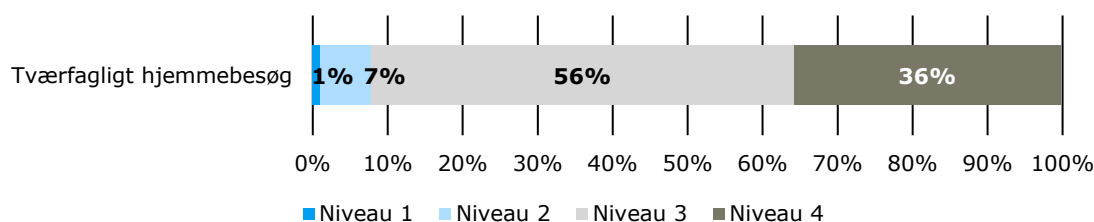
Det understøttes af de interviewede forældre, der fortæller, at inddragelse af en socialrådgiver for manges vedkommende sætter tanker i gang om tvangsfjernelse eller lignende. Forældre understreger derfor vigtigheden i, at sundhedsplejersken er tydelig om formålet med det fælles hjemmebesøg med deltagelse fra en sagsbehandler.

“Måske at sundhedsplejersken havde gjort mere ud af helt fra starten, at de ikke var i gang med at tage barnet fra mig. At de ikke vil fjerne ens børn. For det er det, man bliver bange for. At man pludselig bliver lidt bange for det store Danmark, som har magten til at tage hende fra mig ... For jeg tror ikke, at mange har en idé om, hvordan tvangsfjernelser faktisk foregår. Det, der slog igennem for mig, det var, da de sagde, at det simpelthen er for dyrt. Det beroligede mig. Det er derfor vigtigt at være tydelig om, at de bare ser nogle små problematikker, og at de gerne vil hjælpe en.” – Forælder

Kvantitative analyser om de fælles tværfaglige hjemmebesøg

Der er indsamlet data om tværfaglige hjemmebesøg gennem registreringer i Novax. Her viser data, at der er gennemført 1212 hjemmebesøg i projektperioden. Figuren nedenfor viser familiernes niveauplacering for gennemførte besøg.

Figur 4-16. Tværfagligt hjemmebesøg



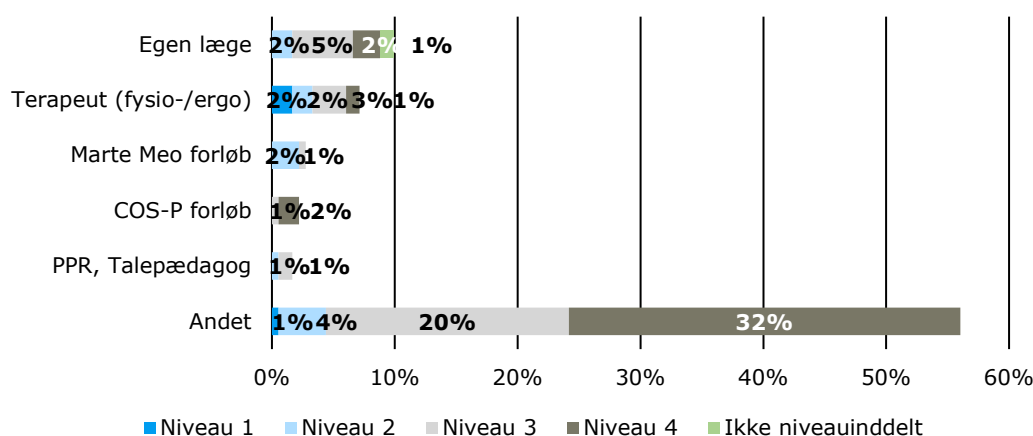
Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n=1212 (Niveau 1 n=13, Niveau 2 n=81, Niveau 3 n=684, Niveau 4 n=431, Ikke niveauinddelt n=3).

Af Figur 4-16 fremgår det, at størstedelen af de familier, der har modtaget et fælles hjemmebesøg, er placeret på niveau 3 og 4, hvilket også var målgruppen for tilbuddet. Dernæst er det 56 pct., der er placeret på niveau 3, og 36 pct. på niveau 4. Figuren viser yderligere, at der også er familier placeret på niveau 1 og 2, der har modtaget et tværfagligt hjemmebesøg (samlet 8 pct.)

Det fremgår yderligere af Novax-registreringerne, at 182 familier er blevet henvist i forbindelse med et tværfagligt hjemmebesøg. Af Figur 4-17 fremgår, hvor familien er henvist til samt deres niveauplacering.

Figur 4-17 Henvisning ved tværfagligt hjemmebesøg



Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n=182 (Niveau 1 n=7, Niveau 2 n=19, Niveau 3 n=72, Niveau 4 n=82, Ikke niveauinddelt n=2).

Figuren viser, at størstedelen af henvisninger ved tværfagligt hjemmebesøg er blevet registreret som andet (56 pct.), hvilket for eksempel inkluderer henvisning til socialrådgiver eller et kommunalt tværfagligt tilbud¹⁹. Blandt de præciserede henvisninger er 10 pct. til egen læge, 7 pct. til en fysio- eller ergoterapeut, mens 5 pct. eller under er henvist til et Marte Meo-forløb, COS-P-forløb eller PPR og talepædagog. Desuden kan det aflæses af figuren, at størstedelen af de familier, der er blevet henvist, er placeret på niveau 3 og 4, hvilket stemmer godt overens med, at familier på disse niveauer dels har gennemført flere forløb (jf. Figur 4-16), dels er vurderet mere sårbare qua deres niveauplacering.



Inddragelse af sundhedsplejen til familier i dagtilbud med behov for sundhedsfaglig støtte

Ud over at udvikle og arbejde med fælles hjemmebesøg ved børns overgange skulle model B-kommunerne som led i projektet også arbejde med at udvikle kriterier for rådgivning fra sundhedsplejen, når børn og familier i dagtilbud har særlige behov af sundhedsfaglig karakter. Det vil sige arbejdet med at understøtte den tværfaglige inddragelse af sundhedsplejen i dagtilbuddet, når det pædagogiske personale finder, at børn har særlige behov for sundhedsfaglig støtte.

Det er imidlertid ikke alle kommuner, der har arbejdet med at opstille kriterier for ekstra sundhedsplejefaglig rådgivning i dagtilbud. To af de tre projektkommuner har valgt ikke at opstille kriterier for, hvornår sundhedsplejersker kan inddrages i dagtilbud. Det skyldes dels et spørgsmål om resourceprioritering, dels et spørgsmål om manglende opbakning til at opsætte faste kriterier fra den pædagogiske ledelse, fordi de fra ledelsens side prioriterer mindre rigide rammer for samarbejdet.

“De gange vi har haft drøftelser [red: om at opstille kriterier for sundhedsplejefaglig rådgivning i dagtilbud], så er det min vurdering, at ledelsen generelt synes (ikke alle, men hos nogen), at det er for firkantet. Det er ikke sådan, at sundhedspleje skal drives.”

– Projektleder

Samtidig har der i ledelsen været en opfattelse af, at personalet i dagtilbud godt kan vurdere, hvilke situationer de kan inddrage sundhedsplejersken. Det er dog erfaringen fra en projektkommune, at det pædagogiske personale ikke benytter sig af sparring ved sundhedsplejerskerne, og at deres viden om, hvilke situationer eller problemstillinger sundhedsplejerskerne kan inddrages i forbindelse med, er meget begrænset og ikke dækkende i forhold til sundhedsplejerskernes kompetencer. Samtidig bliver det meget personbåret og knyttet op på relationer, hvilket ifølge projektlederen er sårbart over for udskiftning i personalegruppen.

En anden projektkommune har arbejdet med at udvikle kriterier med afsæt i kommunens fælles kategoriseringsredskab og derudfra udarbejdet en guide, der beskriver kriterier og tegn for børn i forskellige positioner. Dertil er der for alle faggrupper udviklet beskrivelser af, hvilke tilbud/indsatser der kan tilbydes til børn i en given position. Der er dermed også defineret nogle overordnede kriterier for, hvornår dagtilbuddene kan inddrage sundhedsplejen til at yde sundhedsplejerådgivning i dagtilbuddene eller til konkrete familier. Ved problemstillinger af sundhedsfaglig karakter kan dagtilbuddene dermed inddrage sundhedsplejen til rådgivning både af det pædagogiske personale i forhold til at håndtere barnets problemstillinger i dagtilbuddet og af forældrene, så barnets behov støttes bedst muligt både i dagtilbuddet og i hjemmet.

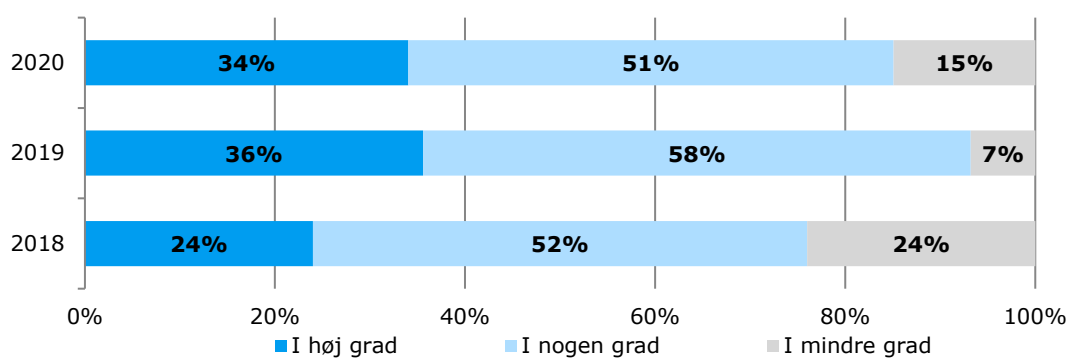
¹⁹ Baseret på fritekstbesvarelser fra et udsnit af model A-kommunerne.

Projektkommunerne erfarer desuden, at det styrkede kendskab og samarbejde om fælles hjemmebesøg i forbindelse med overgange gør, at det pædagogiske personale i højere grad benytter sig af muligheden for at inddrage sundhedsplejersker til sparring og rådgivning. Dette gælder både kommuner, der har og ikke har opstillet faste kriterier for sundhedsplejefaglig rådgivning i dagtilbuddet.

”Jeg tænker, at vi gik fra stort set intet samarbejde til, at vi nu har et formaliseret samarbejde som tilbud til alle familier. Vi har fået et langt stærkere kendskab til hinandens fagområder. Jeg håber, at det bliver effekten på den lange bane, at vi begynder at kalde på hinanden, og det er nemmere at invitere hinanden ind. Der har ikke tidligere været kaldt på sundhedsplejersken i dagtilbud; det begynder nu.” – Projektleder

Dette understøttes af resultaterne fra spørgeskemaerne ved spørgsmål om forståelsen af øvrige faggruppers opgaver. Figuren nedenfor viser besvarelser fra ledere og medarbejdere fra model B-kommunerne i forhold til, om de har en forståelse af øvrige faggruppers arbejdsopgaver om sårbare familier fra en spørgerunde i 2018, 2019 og 2020.

Figur 4-18. Forståelse af øvrige faggruppers opgaver



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse.

Spørgsmål: Har du en klar forståelse af de opgaver øvrige faggrupper har i forhold til arbejdet med sårbare og udsatte børn eller familier? (Sæt ét kryds).

Base: Model B kommuner, total n=156 (2018 n=50, 2019 n=59, 2020 n=47).

Figur 4-18 viser, at ledere og medarbejdere i model B-kommunerne i perioden 2018-2020 overordnet set har fået en større forståelse af, hvilke opgaver andre faggrupper har i forhold til arbejdet med sårbare børn og familier. I perioden er der sket en positiv stigning på 10 pct. i andelen, der angiver, at de i høj grad har denne forståelse. Tilsvarende er der et fald i andelen, der angiver, at de i mindre grad har forståelse af andre faggruppers opgaver fra hhv. 24 pct. i 2018 til 15 pct. i 2020. Udviklingen i ledernes og medarbejdernes forståelse er særligt fremtrædende i perioden 2018-2019. Fundene fra spørgeskemaundersøgelsen stemmer således overens med de kvalitative fund vedrørende, at personalet i højere grad benytter muligheden for at inddrage sundhedsplejersker til sparring og rådgivning, da de i højere grad har en forståelse af sundhedsplejefaglige opgaver.



Udvikling af en fælles sproglig referenceramme gennem fælles kategoriseringsværktøj

På tværs af projektmodellerne er det et mål, at kommunerne afprøver og anvender et fælles kategoriseringsværktøj blandt alle ansatte i kommunen, der arbejder med børn og familier. Gennem anvendelse af et fælles kategoriseringsværktøj er målet at opnå en fælles sproglig referenceramme om børns og familiers trivsel og sårbarhed på tværs af involverede forvaltninger og samarbejdspartnere og derefter at kunne tilbyde en tværfaglig målrettet brug af de tildelte ressourcer på området.

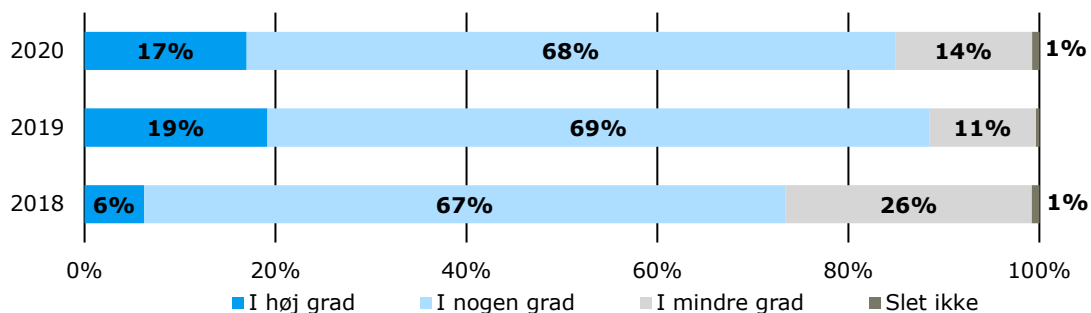
Der er stor forskel på, hvorvidt kommunerne har fundet dette relevant, og i hvilket omfang de har arbejdet med det i projektet. Nogle kommuner havde allerede inden projektet et fælles kategoriseringsværktøj på tværs af faggrupper, der arbejder med børn, mens andre har udvalgt et som en del af projektet. Det er særligt børnelinealen og trivselslinealen, kommunerne bruger. På tværs af mange kommuner gør det sig dog gældende, at det er vanskeligt at implementere og sikre brugen af et fælles kategoriseringsværktøj på tværs af hele børneområdet. I mange kommuner bliver redskabet brugt aktivt i dele af kommunen, mens det ikke bruges i andre dele af kommunen.

I flere kommuner er medarbejdere bredt blevet introduceret til det fælles værktøj, men det er særligt i kommuner, hvor der er ledelsesfokus, og hvor der er sikret klare rammer for anvendelsen af værktøjet, at det anvendes i det tværfaglige samarbejde. Fx har man i nogle kommuner gjort det fælles kategoriseringsværktøj til et fast redskab på tværfaglige møder om konkrete børn og familier. Det bidrager til at fastholde et fælles fokus på at anvende det. I flere kommuner har man også fundet det centralt at arbejde med at integrere og oversætte den nye niveauinddeling, som sundhedsplejen arbejder efter i det fælles tværfaglige kategoriseringsværktøj. Omvendt har flere kommuner ikke arbejdet med et fælles kategoriseringsredskab, men samarbejdspartnere er derimod blevet orienteret om sundhedsplejerskernes brug af niveauindelingen, hvilket har givet en fælles forståelse af, hvad der kendetegner bekymringsgraden på de forskellige niveauer. Den manglende implementering skyldes dels, at kommunerne har fundet det mere centralt at fokusere udviklingen på andre elementer i indsatsen, dels at der på tværs af samarbejdspartnere i kommunen har været modstand mod at implementere et fælles redskab, og dels at der ikke har været kapacitet til det blandt både projektledere og sundhedsplejersker.

I kommuner, hvor de har erfaring med at bringe det fælles kategoriseringsværktøj i spil i det tværfaglige samarbejde, fx i forbindelse med tværfaglige møder og sparringsmøder, er der gode eksempler på, at det understøtter den fælles dialog om børn og familier. Det fælles kategoriseringsværktøj virker i disse sammenhænge som et dialogværktøj, der bidrager til at få belyst barnets og familiens situation fra forskellige faglige perspektiver. Det understøtter en fælles kvalificeret forståelse af barnets situation på tværs af faggrænser. Det handler om, at kategoriseringsværktøjet bidrager til, at de forskellige faggrupper får en fælles referenceramme og dermed kan blive mere konkrete i deres bekymring og kan synliggøre graden af bekymringen for hinanden.

I spørgeskemaundersøgelsen er projektkommunerne blevet spurgt til, hvorvidt de oplever at have en fælles sproglig referenceramme i det tværfaglige samarbejde. Figuren viser, i hvor høj grad projektkommunernes ledere og medarbejdere oplever, at der blandt forskellige faggrupper er en fælles sproglig referenceramme om sårbarhed og udsathed i en spørgerunde fra 2018, 2019 og 2020.

Figur 4-19. Oplevelsen af fælles sproglig referenceramme i det tværfaglige samarbejde



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse.

Spørgsmål: Oplever du, at forskellige faggrupper, der samarbejder om sårbare eller udsatte børn og familier i kommunen, har en fælles forståelse af og sprog for sårbarhed og udsathed? (Sæt ét kryds).

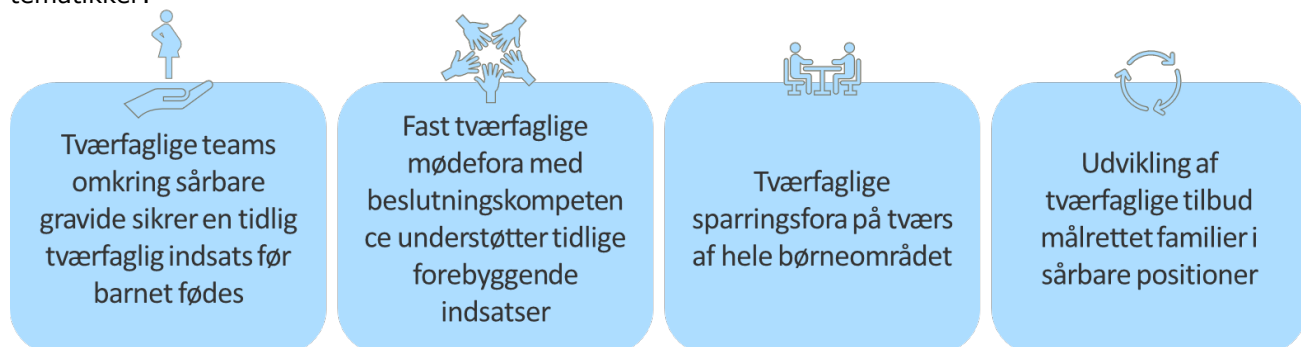
Base: Total n=808 (2018 n=256, 2019 n=287, 2020 n=265).

Af figuren fremgår det, at andelen af projektkommunernes ledere og medarbejdere, der angiver, at de i høj grad oplever, at forskellige faggrupper har et fælles sprog om sårbarhed og udsathed overordnet er steget fra 6 pct. i 2018 til 17 pct. i 2020. Tilsvarende er andelen, der angiver, at de oplever det i mindre grad, faldet fra 26 til 14 pct. i samme periode. Figuren viser desuden, at den positive udvikling udmøntede sig i perioden fra 2018 til 2019, hvorefter der har været et lille fald igen i perioden fra 2019 til 2020. Dette vidner om, at der overordnet har været en positiv udvikling i projektperioden, hvor lederne og medarbejdernes fælles sprog er blevet styrket, men at udviklingen var mest fremtrædende i projektets første år.

4.5 Tværfaglige indsatser i projektperioden

Som led i projektet har både projektkommuner i model A og B arbejdet med at udvikle eller videreudvikle tværprofessionelle småbørnsteam med henblik på at skabe tværprofessionelle indsatser og sammenhæng i indsatsen til familier med midlertidige eller mere langvarige behov for tværprofessionelle indsatser.

Kommunernes udgangspunkt i forhold til det eksisterende tværprofessionelle samarbejde har været meget forskelligt, både hvad angår erfaring med tværprofessionelt samarbejde og samarbejdets organisering og form. Mens nogle kommuner i forvejen har haft tværfaglige småbørnsfora med veletablerede samarbejdsstrukturer, har dette i andre kommuner været begrænset, og det samarbejde, der har fundet sted, har primært været båret af relationer på tværs af fagområder. I sidstnævnte kommuner har etableringen af strukturerede tværprofessionelle fora dermed været helt nyt. Arbejdet med udvikling og implementering af de tværfaglige indsatser er inddelt i fire centrale tematikker:





Tværfaglige teams om sårbare gravide sikrer en tidlig tværfaglig indsats, før barnet fødes

Organiseringen af og formen på de tværprofessionelle småbørnsteam, der i forvejen har eksisteret i nogle kommuner, har ligeledes varieret. I nogle kommuner er teamet organiseret omkring samarbejdet om sårbare gravide, det vil sige, at det tværprofessionelle samarbejde igangsættes under graviditeten, typisk fra jordemoderen, der indkalder sundhedsplejersker, socialrådgiver og/eller familiebehandler og evt. praktiserende læge til et tværfagligt møde med familier, hvis de under jordemoderkonsultationer opsporer sårbare gravide med behov for en tværfaglig indsats. Sårbarhed er i den sammenhæng af jordemoder oftest forstået som en social eller psykisk sårbarhed. Samarbejdet er typisk forankret i såkaldte gravidteams, der samarbejder om og igangsætter tværfaglige og målrettede indsatser, før barnet kommer til verden. Indsatser og samarbejdet om familien kan ligeledes fortsætte, efter barnet er født. Kommuner med veletableret samarbejde omkring gravide har typisk afsat et fast tidsrum cirka hver 14. dag, hvor de involverede parter ved, at der kan indkaldes til møderne. Det betyder, at logistikken i forhold til planlægning af møderne er minimeret, hvilket gør det overkommeligt at samle de relevante parter.

“Det, vi har gjort helt strukturelt, det er, at vi siger, at de her gravidteammøder holdes tirsdag formiddag, og vi har en sekretær på fødeafdelingen, der sørger for al logistik. Det er oftest logistikken, der kommer i vejen for det. Så vi har en struktur for sådan, gør vi altid.” – Ledende sundhedsplejerske

Mens det tidligere oftest har været jordemødre, der indkalder til gravidteams, har projektkommunerne i regi af projektet og udvidelsen af standardbesøgene til også at rumme graviditetsbesøg fra sundhedsplejersken videreudviklet samarbejdet, så sårbare gravide nu også kan opspores af sundhedsplejersken, der kan indkalde til gravidteammøder. Erfaringer med dette er, at sundhedsplejerskerne opsporer familier/gravide, der ikke umiddelbart ud fra styrende kriterier for social sårbarhed i svangreomsorgen er sårbare, men som jævnfør sundhedsplejerskens arbejde med niveauinddeling og et nuanceret blik på sårbarhed hos gravide/familier opsporer flere gravide/familier med behov for en tværprofessionel indsats.

“Jeg tror, vi fanger langt de fleste familier med behov for en indsats på niveau 3 eller 4. Det er meget sjældent, at nogen smutter igennem. Nogle gange fanger vi dem ikke lige med det samme... men der bliver graviditetsbesøgene ekstremt hjælpsomme. Nogle gange kommer vi ud på et graviditetsbesøg og finder en problemstilling, som ikke er opdaget ved egen læge eller sygehus, og så kan sundhedsplejerskerne indkalde til et gravidteammøde.” – Ledende sundhedsplejerske

Gravidteam er ifølge ledende sundhedsplejersker, sundhedsplejersker og samarbejdspartnere en effektiv måde at igangsætte tidlige og forebyggende indsatser, idet samarbejdet skaber gode betingelser for at komme i gang, inden barnet er født, hvormed forholdene i familien kan være stabiliseret eller hjulpet på vej, før barnet kommer til verden.

“Vi oplever, at man får en koordineret indsats på et tidligt tidspunkt. Vi har altid familien med, det vil sige, at den gravide og faderen altid er med til gravidteammødet. Det, jeg har hørt dem sige, det er, at de synes, det er rart at være med. Vi har haft betæneligheder ved at invitere udsatte med ind, men de oplever det rart, at vi alle ved det samme. Der er taget beslutninger om, at sundhedsplejersken skal komme to gange om ugen i starten. At de bliver inddraget, og de mærker, at vi vil dem det godt, og de ikke skal fortælle ting to gange.” – Ledende sundhedsplejerske

“Hvis du spurgte min chef lige nu, han er så stolt af det. Så ville han sige, at det er så godt, vi har gjort det og kan lave den her tidlige, målrettede indsats. Vi kan stadig godt opleve at være på bagkant med en familie, men langt hen ad vejen er vi meget tidligere inde.” – Ledende sundhedsplejerske

Omvendt er det en begrænsning i enkelte af kommunerne, hvor det tværfaglige samarbejde er organiseret omkring sårbare gravide, at samarbejdet er forbeholdt gravide, hvormed der ikke er samme veletablerede samarbejdsstrukturer omkring familier i sårbare situationer, der først opstår eller opspores, når barnet er født.

Flere forældre giver udtryk for, at de på den ene side føler sig presset til at takke ja til det tværfaglige tilbud, men at de på den anden side godt kan se, at de har et behov for at få styr på deres livssituation eller få bearbejdet nogle ting, før deres barn kommer til verden. Det oplevede pres er ofte forbundet med en frygt for ikke at være en god nok forælder, og at deres barn bliver taget fra dem.

“Jeg følte mig lidt presset til at starte i familiebehandling. Jeg er glad for, jeg gjorde det, for tror jeg er blevet klædt bedre på til at være forælder for tvillingerne. Men jeg følte mig presset, men fandt bagefter ud af, at det var på den gode måde. Det fik mig til at få det bedre med mig selv. Jeg fandt hurtigt ud af, at de ville mig det bedste. Man har lidt skræk over for kommunen.” – Forælder

Dog oplever forældrene hurtigt, at de fagprofessionelle ønsker dem det bedste og støtter dem i at blive gode forældre. Det styrker forældrene at få et godt og tillidsfuldt samarbejde med de fagprofessionelle i gravidteamet.



Faste tværfaglige mødefora med beslutningskompetence understøtter tidlige forebyggende indsatser

Andre projektkommuner har som led i projektet videreudviklet eller etableret tværfaglige småbørnsteam, der er sammensat af sundhedsplejersker, socialrådgivere, familiebehandlere og psykologer. I flere af model A-kommunerne er samarbejdet organiseret omkring sundhedsplejersken, hvor teamet mødes med fast frekvens hver eller hver anden uge på en fast dag og tidspunkt. Teamet dækker i disse tilfælde både samarbejdet omkring gravide (der opspores på graviditetsbesøg) og sårbarheder eller udfordringer i familier, der opstår eller opspores, efter barnet er blevet født. I en af kommunerne sidder sundhedsplejerskerne på skift med i teamet i en rotationsordning af tre måneders varighed. Det er gjort med henblik på at udbrede ejerskabet og sundhedsplejerskernes indsigt i mulighederne i det tværfaglige samarbejde.

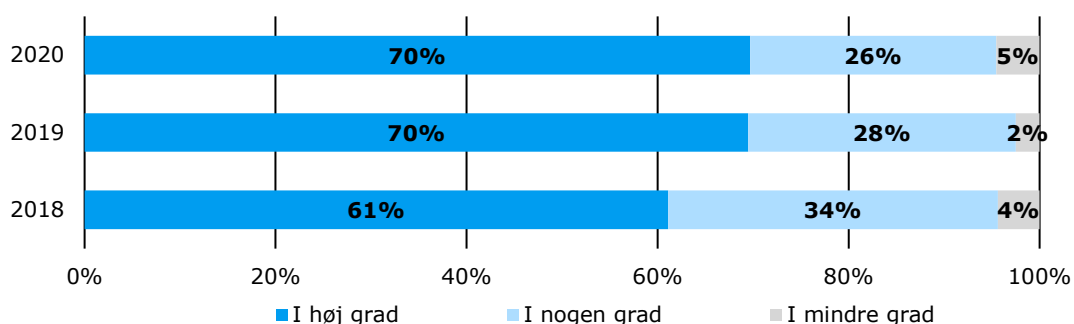
Omvendt har en anden kommune en sundhedsplejerske, der sidder permanent i teamet, men som inddrager de øvrige sundhedsplejersker, idet de er ansvarlige for at præsentere egne sager i det tværfaglige team. Denne struktur har betydet, at de fleste sundhedsplejersker løbende får relevante sager, der skal drøftes i det tværfaglige team, hvormed inddragelse og sparring med tværfaglige samarbejdspartnere er systematiseret. I begge kommuner vendes enkelt-sager, der kan indstilles af alle sundhedsplejersker. Det er den ansvarlige sundhedsplejerske, der selv kommer og præsenterer sagen i det tværfaglige team. Dette sker altid med afsæt i familiens accept af, at sagen må drøftes. Alternativt kan der i nogle tilfælde være behov for at drøfte sager på anonym basis. Den faste frekvens og strukturerne, der understøtter, at sagerne bringes op i det tværfaglige team, har ifølge sundhedsplejerskerne bidraget til en større indsigt i mulighederne i det tværfaglige samarbejde og løft af den faglige indsats, de kan tilbyde familierne.

“Det (rotationsordningen) giver en meget større forståelse af, hvad udvalget reelt kan, og hvilke sager du kan bringe ind, fordi du ser en masse sager.” – Sundhedsplejerske

“Det højner vores egen standard, fordi vi bliver klædt bedre på ved at høre andres perspektiver også. Nå ej! Det havde jeg aldrig tænkt på, at sådan kunne man også gøre det. Det breder det ud.” – Sundhedsplejerske

Dette understøttes desuden i spørgeskemaundersøgelsen ved spørgsmål om, hvorvidt den tværfaglige kommunikation styrker kvaliteten i arbejdet med sårbare og udsatte børn og familier. Resultaterne fra undersøgelsen viser udviklingen af lederes og medarbejderes besvarelser fra en spørgerunde i 2018, 2019 og 2020. De fremgår af figuren nedenfor.

Figur 4-20. Oplevelsen af den tværfaglige kommunikations bidrag til kvaliteten i eget arbejde



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse.

Spørgsmål: I hvilken grad oplever du at den tværfaglige kommunikation bidrager til at hæve kvaliteten i dit eget arbejde med sårbare og udsatte børn eller familier? (Sæt ét kryds).

Base: Total n=799 (2018 n=253, 2019 n=282, 2020 n=264).

Figur 4-20 viser, at ledere og medarbejdere, der har angivet, at de i høj grad oplever, at den tværfaglige kommunikation bidrager til at øge kvaliteten i eget arbejde med sårbare og udsatte børn, er steget fra 61 pct. i 2018 til 70 pct. i 2020. Der er således en positiv udvikling under projektperioden i graden, hvormed den tværfaglige kommunikation opleves at styrke kvaliteten i den enkeltes medarbejders arbejde. Dette stemmer overens med sundhedsplejerskernes oplevelse af, at det tværfaglige samarbejde i småbørnsteams styrker deres faglige indsats.

Fælles for kommunerne, der har forankret det tværfaglige småbørnsteam i tæt kobling til sundhedsplejersken i de faste team, er desuden, at de har erfaret, at det er centralt for arbejdet i teamet, at teamet har beslutningskompetence til at igangsætte forebyggende indsatser hurtigt og smidigt. Derfor har projektlederne i kommunerne arbejdet for, at teamet har fået beslutningskompetence til at visitere til indsatser efter § 11, stk. 3 i serviceloven. Projektlederne og de ledende sundhedsplejersker understreger, at det, at de kan henvise til og igangsætte forebyggende indsatser, er afgørende for succes i det tværfaglige team. Det kan både være af afgørende betydning i forhold til at tage udfordringer i opløbet og dermed forebygge underretninger. Samtidig styrker det forebyggende perspektiv i gruppen incitamentet til et mere uforpligtende og tidligt tværfagligt samarbejde, idet det netop ikke kræver en underretning at få tværfaglig sparring eller støtte fra tværfaglige samarbejdspartnere. Projektlederne og de ledende sundhedsplejersker understreger samtidig, at den beslutningskompetence, de tværfaglige team er givet, forudsætter opbakning og prioritering fra øverste ledelsesniveau i kommunen.

“Det var svært i starten at få lov til at udvikle forebyggende uden underretning. Det oplevede jeg modstand på i starten. Det var først, da det blev løftet til direktørniveau, at der kom skred i det. Så skete der stor omvæltning sidste år i maj. Lederne gik sammen og gjorde det muligt. Vi gik i gang med at beskrive 20 pakker på forebyggende niveau. Hvem er målgruppe, hvad kan man få, hvem har ansvaret. Differentierede i fire fagpakker. Sundhedsplejen, psykologer, socialrådgivere, tværfaglige pakker. Pakker kan kombineres. Op til tre pakker hver. Teamet har retten til at visitere til de to pakker uden underretning.” – Projektleder

Fælles for projektkommunerne med visitationsretten efter servicelovens § 11, stk. 3, er samtidig, at de enten har udviklet en tilbudsvifte eller opstillet rammer for, hvad det er for nogle tilbud, familierne kan tilbydes. I en kommune har de udviklet 20 tilbudspakker, som de kan tilbyde efter § 11, stk. 3. Tilbudspakkerne er tydeligt beskrevet, herunder hvem der er ansvarlig for de forskellige forløb (sundhedsplejerske, psykolog, socialrådgiver eller tværfagligt), og hvad tilbuddet indebærer (fx antal samtaler). En anden kommune har blot defineret nogle mere overordnede rammer for tilbuddet, men har beslutningskompetence til at visitere til en indsats efter § 11, stk. 3, til de parter, der er med i teamet. Det betyder, at der kan træffes hurtige beslutninger, og iværksættes handlinger direkte i teamet, hvilket styrker motivationen for at bruge teamet, ligesom samarbejdspartnerne ser en fælles værdi i samarbejdet.

En anden central erfaring er, at det er vigtigt for et trygt og tillidsfulgt samarbejde, at sundhedsplejerskerne, der bringer sager ind i teamet, orienteres om, hvilken indsats der sættes i gang og eventuelt inddrages i at overlevere denne information til familierne. På den måde oplever sundhedsplejerskerne, at de trygt får overleveret familierne til relevante samarbejdspartnere. Endvidere at det understøtter sammenhængen i indsatsen, fordi sundhedsplejerskerne efterfølgende ved, hvad der foregår ud over deres sundhedsplejeindsats. Kommunerne har i den sammenhæng gode erfaringer med at igangsætte indsatser med fælles hjemmebesøg, som beskrevet i afsnit 4.4.

“I starten var der en frustration blandt sundhedsplejerskerne over, at når de fremlagde en sag, så blev de koblet lidt af. Så det blev aftalt at lave en procedure for, hvordan vi starter sagen op i samarbejde med sundhedsplejerskerne. Nogle gange bliver der afholdt et møde, hvor sundhedsplejerske og konsulent eller psykolog sammen tager kontakt til familien. Og så overtager psykologen eller familiekonsulenten ligesom opgaven derfra.”
– Samarbejdspartner

Placeringen af beslutningskompetencen i det tværfaglige team kvalificerer på den ene side de forebyggende indsatser, der iværksættes i familierne og bidrager til mere målrettet brug af ressourcerne. På den anden side kan det dog ifølge sundhedsplejerskerne også til tider være en smule rigidt, hvis de selv oplever, at de kan vurdere, hvad den rette indsats vil være, men skal vente på at kunne komme i gang.

“Det skrider lidt i mig nogle gange. Man kan også stå i noget, og så kan der være booket op og gå 14 dage, før man får tid. Det er lidt rigidt. Noget stritter i mig, hvis jeg kan høre i telefonen, at der er behov for at gøre noget hurtigt; der kan jeg godt blive lidt stødt på min faglighed over, at jeg kan godt vurdere, at her skal der ske noget.”
– Sundhedsplejerske

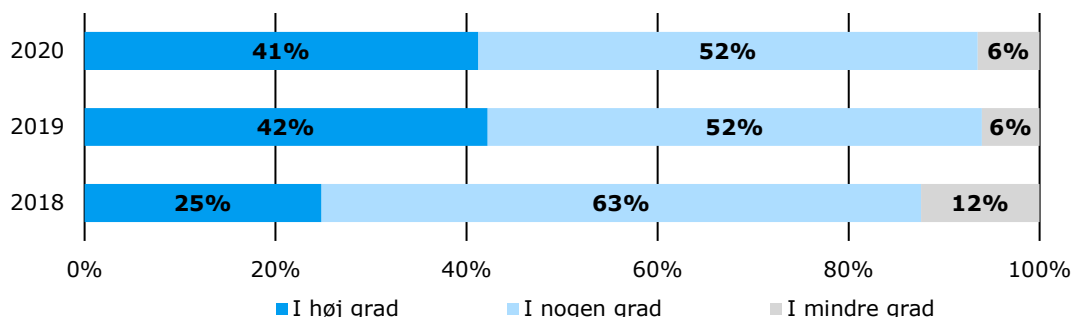
En tredje kommune, der har udviklet et bredere forankret tværfagligt team, der dækker hele småbørnsområdet (herunder dagtilbud), har ikke beslutningskompetence placeret i teamet. Teamet kan således bidrage med sparring, men der mangler en indsatsvifte at henvise til, hvilket betyder, at samarbejdet ikke kan realiseres i konkrete indsatser. Samtidig mødes teamet kun en gang hver/hver anden måned og drøfter både enkeltsager og det tværfaglige samarbejde mere generelt. Samarbejdet her er således mere trægt og ikke nødvendigvis tidligt forebyggende.

På tværs af projektkommunerne, der har arbejdet med de tværfaglige teams, der mødes hyppigt og i en fast lille kreds, er det erfaringen, at det tværfaglige samarbejde omkring familier i sårbare positioner (niveau 3) styrker den tidligere og forebyggende indsats. Flere af kommunerne har tidligere kun haft og i begrænset omfang et tværfagligt samarbejde om familier på niveau 4, hvor der er en underretning eller foranstaltning og ikke forebyggende og sygdomsopsporende indsatser som i den nye samarbejdskonstellation. Både samarbejdspartnere og de ledende sundhedsplejersker oplever, at de gennem det nye samarbejde og muligheder efter § 11, stk. 3, kan forebygge mange problematikker i at udvikle sig til et omfang af mere alvorlig karakter, der vil kræve en underretning og eventuelt en foranstaltning.

”Jeg synes, det er vildt imponerende. Vi har haft 50 sager herinde, hvor kun to af dem er blevet til reelle sager [niveau 4]. Det viser, at vi sørger for at få rette indsats i gang i rette tid. Det synes jeg er en succes.” – Samarbejdspartner

Dette perspektiv er understøttet af resultater fra spørgeskemaundersøgelsen ved spørgsmål om oplevelsen af det tværfaglige samarbejdes bidrag til, at familiers forskellige behov mødes. Figur 4-21 viser, projektkommunernes besvarelser fra en spørgerunde i 2018, 2019 og 2020.

Figur 4-21. Oplevelsen af det tværfaglige samarbejdes bidrag til, at familiers behov bliver mødt



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse.

Spørgsmål: I hvor høj grad oplever du, at det tværfaglige samarbejde i kommunen om sårbare og udsatte familier bidrager positivt til, at familier bliver mødt i deres forskellige behov? (Sæt ét kryds).

Base: Total n=796 (2018 n=251, 2019 n=282, 2020 n=263).

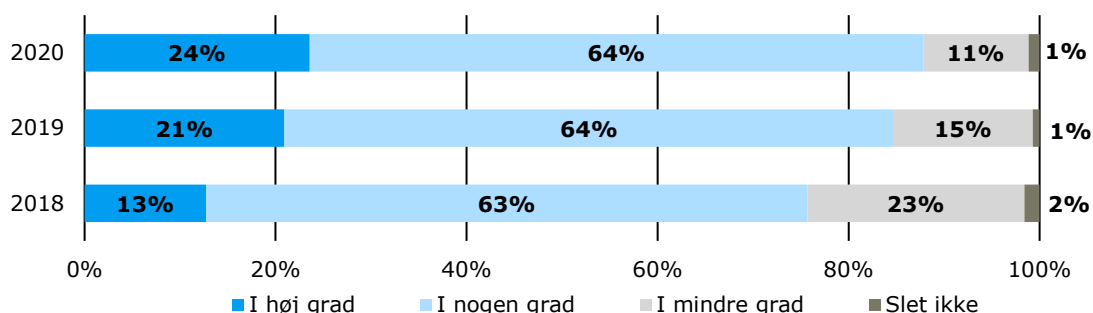
Af Figur 4-21 kan det aflæses, at der er en positiv udvikling i form af, at en markant større andel oplever, at det tværfaglige samarbejde i høj grad bidrager positivt til, at familier bliver mødt i deres forskellige behov. I 2018 angav 25 pct. af ledere og medarbejdere dette, hvilket er steget til 41 pct. i 2020. Tilsvarende er der en mindre andel, der oplever, at dette forekommer i mindre grad, med et fald fra 12 pct. i 2018 til 6 pct. 2020. Det kan yderligere aflæses af figuren, at udviklingen primært udmønter sig efter projektets første år, hvorefter det er konstant året efter. Resultaterne understøtter således, at det tværfaglige samarbejde har en positiv indvirkning på, at familier bliver mødt i deres aktuelle behov, hvilket styrker den tidlige opsporing og forebyggende indsats.

Styrken i det tværfaglige samarbejde er flertydigt. For det første får de forskellige faggrupper blik for, hvad andre faggrupper kan – og dermed mulighederne i det tværfaglige samarbejde, hvilket ifølge sundhedsplejersker, ledende sundhedsplejersker og samarbejdspartnere bidrager til en mere målrettet indsats. Dernæst styrker det et mere helhedsorienteret blik på samme sag, hvilket giver et bredere perspektiv, idet faggrupperne supplerer hinanden med deres forskellige kompetencer. Derved kan de bedre identificere den mest hensigtsmæssige indsats, der kan varetages mono- eller tværfagligt. Fælles for alle sager er, at der sikres tværfaglig sparring, hvilket styrker vurderingen af, hvordan den pågældende problematik bedst afhjælpes, og at der sker forebyggelse i problemudviklingen.

”Jeg tænker også, at man kan supplere hinanden, nu siger du målrettet, men jeg tænker også nogle gange det at sætte flere indsatser ind. Det er sjældent, man kan sige, det er lige præcis det her, vi skal. Men der giver det god mening, at vi er flere fagpersoner inde over, der hvor sundhedsplejersken allerede kender familien. Det giver meget større og bredere hjælp, vi kan se med flere forskellige slags briller, hvor sundhedsplejersken har speciale ud i det sundhedsfaglige, og psykologen kommer med sine briller, så synes jeg næsten, at 1+1 kan give 5.” – Samarbejdspartner

I spørgeskemaundersøgelsen er der yderligere spurgt til projektkommunernes oplevelse af, om det tværfaglige samarbejde skaber sammenhængende forløb for familier, der er involveret i flere indsatser og forvaltninger. Af figuren nedenfor fremgår besvarelserne på dette fra en spørgerunde i 2018, 2019 og 2020.

Figur 4-22. Oplevelsen af det tværfaglige samarbejdes betydning for sammenhængende forløb



Kilde: Rambølls spørgeskemaundersøgelse.

Spørgsmål: Har du en oplevelse af, at det tværfaglige samarbejde i kommunen lykkes med at skabe sammenhængende og koordineret forløb for de familier, der er involveret i flere forløb og forvaltninger? (Sæt ét kryds).

Base: Total n=796 (2018 n=251, 2019 n=282, 2020 n=263).

Resultaterne præsenteret i Figur 4-22 viser, at en væsentlig større andel i 2020 oplever, at det tværfaglige samarbejde i høj grad skaber sammenhængende forløb for familierne, sammenlignet med 2018 (hhv. 24 og 13 pct.). Tilsvarende er der sket en halvering i andelen, der oplever dette i mindre grad eller slet ikke oplever det, fra 25 pct. i 2018 til 12 pct. i 2020. Resultaterne indikerer således, at der gennem projektperioden har været en positiv udvikling, hvor det tværfaglige samarbejde har styrket et helhedsorienteret blik på udsatte familier og dermed på deres forløb.



Tværfaglige sparringsfora på tværs af hele børneområdet

I projektkommunerne, der har arbejdet med model B, har de videreudviklet eksisterende tværfaglige fora. De tværfaglige fora i model B-kommunerne er typisk bredere sammensat, idet de arbejder med børn i flere aldersgrupper fra vuggestue/dagplejestart helt op til skolestart. I disse kommuner består det tværfaglige team af repræsentanter i form af sundhedsplejersker, PPR-psykolog, familierådgiver, psykologer, socialrådgivere, leder fra dagtilbud og tale-høre-konsulenter/audiologopæder. Ikke alle aktører er involveret i alle kommuner. De tværfaglige teams mødes typisk en gang om måneden og drøfter både generelle problemer eller konkret enkeltsager. Disse tværfaglige fora mødes både for at iværksætte forebyggende indsatser eller foranstaltninger og dækker således både niveau 3 og 4. Erfaringerne med det forebyggende samarbejde omkring børn og familier i sårbare positioner på niveau 3 er imidlertid begrænsede. Det skyldes dels, at der er mange konkurrerende dagsordener i det tværfaglige team, fordi gruppen er sammensat så bredt og mødes så sjældent, dels at akutte behov for foranstaltninger prioriteres højest. Erfaringer med det tværfaglige samarbejde om niveau 4-foranstaltninger beskrives nærmere i afsnit 4.8.



Udvikling af tværfaglige tilbud målrettet familier i sårbare positioner

Som led i projektet har kommunerne under model A arbejdet med at udvikle tværfaglige tilbud til familier med problemstillinger, opstået i forbindelse med graviditet, fødsel, spæd- eller småbarnsalderen. De tværfaglige tilbud skal udvikles i henhold til bestemmelser om sundhedsplejens ydelser til børn og unge med særlige behov²⁰ samt servicelovens bestemmelser om forebyggende tilbud²¹. De tværfaglige tilbud kan indeholde både mono- og tværfaglige løsningsfokuserede tilbud med henblik på at kunne skræddersy målrettede ydelser ud fra barnets og familiens konkrete og individuelle behov.

Projektkommunerne har grebet denne opgave forskelligt an. Nogle kommuner har arbejdet med at definere og nedskrive konkrete tilbudspakker, både hvad angår målgruppe, involverede fagpersoner og indhold i tilbuddet. Det gælder henholdsvis psykologtilbud, sundhedsplejetilbud, tilbud fra socialrådgiver og tværfaglige tilbud. I andre kommuner er de tværfaglige tilbud ikke decideret nedskrevet, men det er derimod besluttet, at de faggrupper, der er involveret i det tværfaglige samarbejde, kan give forebyggende indsatser til familier i sårbare positioner under servicelovens § 11, stk. 3. Det gælder ligeledes psykologer, familiebehandlere og sundhedsplejersker, der afhængigt af en individuel vurdering af behovet i konkrete sager sammensætter det tilbud (mono- eller tværfagligt), der bedst imødekommer familiens behov for støtte. På tværs af de to kommuner, der har en mere eller mindre fast defineret tilbudspakke til familier på niveau 3 gælder det, at det er det tværfaglige småbørnsteam, der har visitationsretten til disse tilbud. I kommuner, der har gravidteams, kan de under rammerne i samarbejdet om gravide typisk henvise til forebyggende forløb (niveau 3), hvor familierne får støtte til at varetage forælderrollen og får bearbejdet eventuelle personlige udfordringer, der skal tages hånd om forud for fødsel og forældreskab. Det gælder både gruppetilbud, som flere kommuner før projektet har haft til sårbare gravide, såvel som individuelle forløb, fx igangsat af en familiebehandler.

Tilbuddet kan igangsættes både før eller efter, barnet er født, dog kun til familier, der før fødslen er koblet til gravidteamet. Kommuner, hvor de tværfaglige teams er organiseret omkring graviditeten, har ikke arbejdet med at udvikle en tværfaglig tilbudspakke. Det vil sige, at familier, der opspores i sårbare positioner med brug for en tværfaglig indsats, efter barnet er født, vil kræve en underretning.

²⁰ Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010, kapitel 4.

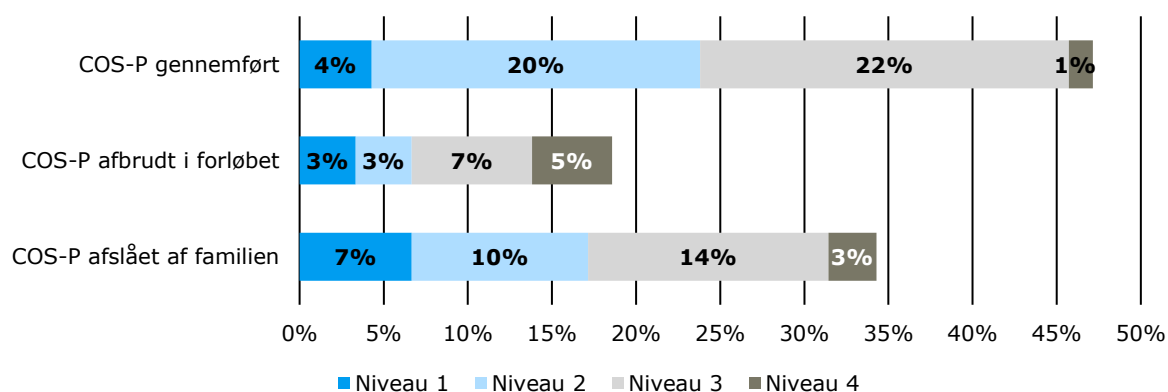
²¹ Serviceloven LBK nr. 369 af 18/04/2017 § 11, stk. 3.

På tværs af alle projektkommuner, der har arbejdet med model A, har de enten som et tværfagligt forebyggende tilbud på niveau 3 eller i samarbejdet om familier på niveau 4 udviklet eller videreudviklet fælles hjemmebesøg i familier mellem sundhedsplejersker og relevante samarbejdspartnere, som beskrevet i afsnit 4.5. Ligesom størstedelen af kommunerne har etableret eller videreudviklet tilbud om COS-P eller Marte Meo-forløb til familier med særlige behov. Disse beskrives særskilt i de følgende afsnit. Begge tilbud ligger som en del af de tilbudspakker, som er udviklet og kan tilbydes fra de tværfaglige småbørnsteam, jf. afsnit 4.6.

4.6 Uddannelse og implementering af fælles behandlingsmetoder til at styrke forældrekompetencer

Alle projektkommuner har som led i projektet uddannet sundhedsplejersker og udvalgte samarbejdspartnere i familiebehandlingsmetoden COS-P og/eller Marte Meo, der i et forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv skal fremme en god og tryk tilknytning mellem barn og forældre. Tilbuddene er i de fleste kommuner et tilbud til familier på niveau 3, mens det i en enkelt kommune uddybes som et universalt tilbud for at undgå, at familier føler sig stigmatiseret ved tilbud om deltagelse. Flere projektkommuner har før projektet tilbudt COS-P, hvorfor de igennem projektet har arbejdet med at udbrede kendskabet til tilbuddet. Data fra Novax viser omfanget af gennemførte COS-P og Marte Meo-forløb i projektperioden. Disse data giver en indikation af omfanget af den erfaring, som resultaterne nedenfor skal ses i lyset af. Således er der tilbudt 210 COS-P-forløb i model A-kommunerne og 145 COS-P-forløb i model B-kommunerne. Figurene nedenfor viser, hvor stor en andel af disse forløb, der er gennemført, afbrudt eller afslået af familierne, samt på hvilket niveau familierne er indplaceret.

Figur 4-23. COS-P-forløb under model A-kommuner



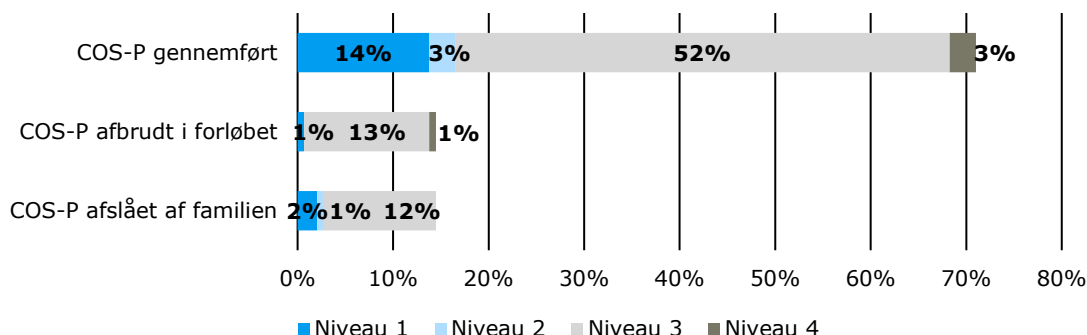
Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n=210 (Niveau 1 n=30, Niveau 2 n=70, Niveau 3 n=91, Niveau 4 n=19).

Figur 4-23 viser, at blandt COS-P-forløb, tilbudt i model A-kommunerne, er knap halvdelen blevet gennemført. I 18 pct. af tilfældene er COS-P-forløbet blevet igangsat, men er undervejs blevet afbrudt af familien. Derudover kan det aflæses, at 34 pct. af de familier, der er blevet tilbudt et COS-P-forløb, har afslået dette. Selvom forløbet i de fleste kommuner er tiltænkt familier, placeret på niveau 3, viser resultaterne yderligere, at der også er en stor andel af familier på niveau 2, der tilbydes forløbet. Endvidere er der en mindre andel af familier, placeret på niveau 1 og 4, som er blevet tildelt dette. Det er dog hyppigst familier, placeret på niveau 2 og 3, der gennemfører forløbet. Endelig kan det ikke afvises, at covid-19 har haft en betydning for omfanget af gennemførte forløb, da forløbet i høj grad er baseret på interaktioner, opbygning af relationer og dialog, der kan være vanskeligt at gennemføre virtuelt.

Fordelingen af COS-P-forløb blandt model B-kommuner fremgår af Figur 4-24.

Figur 4-24. COS-P-forløb under model B-kommuner



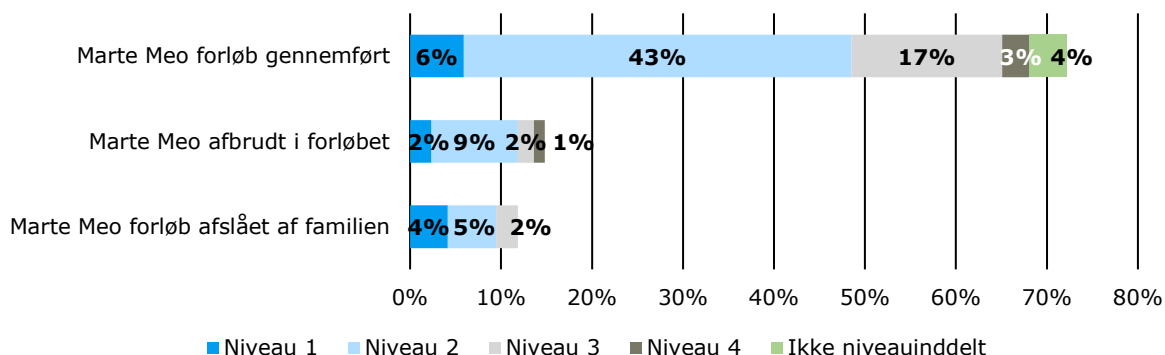
Kilde: Novax-data.

Base: Model B-kommuner, total n=145 (Niveau 1 n=24, Niveau 2 n=5, Niveau 3 n=111, Niveau 4 n=5).

Figuren viser, at mere end syv ud af 10 tilbudte COS-P-forløb i model B-kommunerne gennemføres, imens 15 pct. af forløbene afbrydes undervejs eller afslås af familierne. Det er således i højere grad lykkedes model B-kommunerne at få gennemført COS-P-forløb, sammenlignet med model A-kommunerne. Figuren viser desuden, at størstedelen, svarende til 77 pct. af familierne under model B-kommunerne, er placeret på niveau 3. Der er derfor også en forskel blandt model A- og B-kommunerne i forhold til, hvilke typer familier der tilbydes COS-P-forløb. Data viser desuden, at der i alt er igangsat 60 forløb²², der ikke er afsluttet. Fritekstgennemgangen viser, at årsagerne til manglende gennemførelse kan skyldes, at familierne falder fra eller ikke ønsker at færdiggøre forløbet, som kan opleves som ret omfattende, hvis det indeholder otte undervisningsgange. Det kan dog også skyldes manglende korrekt registrering.

Ligeledes viser data fra Novax, hvor mange Marte Meo-forløb, der under projektperioden er blevet tilbudt. Det er kun model A-kommunerne²³, der har arbejdet med dette forløb. Resultaterne viser, at 169 familier er blevet tilbudt et forløb med Marte Meo. I Figur 4-25 fremgår, hvor mange forløb der er blevet gennemført, afbrudt eller afslået af familien samt familiernes niveauplacering.

Figur 4-25. Marte Meo-forløb



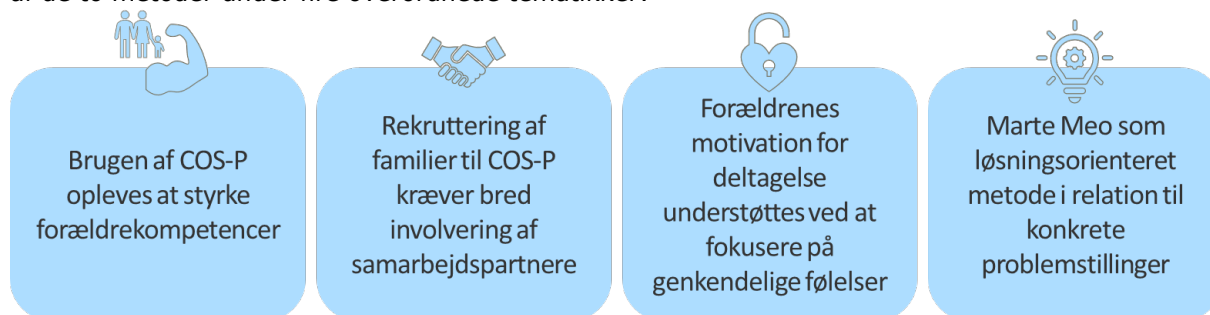
Kilde: Novax-data.

Base: Model A-kommuner, total n=169 (Niveau 1 n=21, Niveau 2 n=98, Niveau 3 n=36, Niveau 4 n=7, Ikke niveauinddelt n=7).

²² Heraf stammer 39 fra model A-kommuner og 21 fra model B-kommuner.

²³ 10 model A-kommuner har arbejdet med Marte Meo-forløb, inklusive Favrskov, Furesø, Herning, Horsens, Lyngby-Taarbæk, Ringkjøbing-Skjern, Ringsted, Skanderborg, Sønderborg og Vejen.

Figur 4-25 viser, at 72 pct. af de familier, der er blevet tilbudt et Marte Meo-forløb, har gennemført dette. Derudover at 15 pct. er blevet afbrudt under forløbet, samt at 12 pct. af familierne, der er blevet tilbudt et forløb, har afslået tilbuddet. Det fremgår yderligere af figuren, at over halvdelen af de familier, der er blevet tilbudt et Marte Meo-forløb, er placeret på niveau 2 (57 pct.). Dernæst er flest familier placeret på niveau 3 (21 pct.). Dette indikerer, at Marte Meo-forløbet ikke primært bliver tilbudt familier på niveau 3, men i højere grad til familier på niveau 2 som en tidlig forebyggende monofaglig indsats. I de følgende afsnit præsenteres centrale fund og erfaringer med brugen af de to metoder under fire overordnede tematikker:



Brugen af COS-P opleves at styrke forældrekompetencer

Et COS-P forløb består typisk af otte undervisningsgange, hvor forældre i et gruppeforløb modtager undervisning på faste tidspunkter fra enten en pædagog og en sundhedsplejerske sammen eller med en af faggrupperne. Til undervisningen formidler sundhedsplejerskerne/pædagogerne en række teoretisk funderede redskaber, udviklet ud fra tilknytningsteorien, til at forbedre tilknytning og interaktion mellem forældre og deres børn med udgangspunkt i generelle problemstillinger. Mellem hver undervisningsgang opfordres forældrene til at øve sig i at bruge de redskaber, de er blevet introduceret for gennem undervisningen. Sundhedsplejerskerne oplever, at gruppeforløbet fungerer særligt godt, fordi forældrene kan spejle sig i hinanden og se, at de ikke er alene om de udfordringer, de oplever, hvilket gør det legitimt, at det ikke altid er nemt at være forælder.

"Vi får tit sagt nogle ting og udstiller os selv for at italesætte ting og gøre det legitimt. Det kan også skabe frustration, og nogle kan sige: "det virker jo ikke, det I siger". Men det skaber et rum, hvor man får lov. Det er også det gode med grupper. Det er ikke det samme 1-1, fordi de spejler sig i hinanden." – Sundhedsplejerske

Fælles for projektkommunerne, hvor flere faggrupper er uddannet i COS-P og afvikling af forløbene tværfagligt, er, at sundhedsplejersker og pædagoger oplever, at de komplementerer hinandens viden. Blandt andet har de to faggrupper fundet hinandens viden om forskellige aldersgrupper særligt værdifuld.

På tværs af de ledende sundhedsplejersker, projektledere, sundhedsplejersker, pædagoger og eventuelle andre samarbejdspartnere er der enighed om, at COS-P vækker stor faglig begejstring hos sundhedsplejersker, pædagoger og eventuelle øvrige faggrupper, der har gennemgået COS-P-uddannelsen. Sundhedsplejersker og pædagoger, der har været sammen om kompetenceudvikling, oplever, at det har været med til at skabe et fælles sprog på tværs af deres fagligheder og opbygget indbyrdes relationer. Det gør dem bedre i stand til at sætte ord på deres oplevelser ude hos familierne over for hinanden, og det har givet dem nogle begreber til at diskutere mulige løsninger. Tilsvarende oplever sundhedsplejersker og pædagoger også, at forældrene får nogle anvendelige kompetencer og redskaber med fra COS-P forløbene, der styrker deres generelle forældrekompetence. Ofte oplever de dog, at familierne i starten kan være lidt skeptiske og lige skal se konceptet an. Omvendt mærker sundhedsplejerskerne dog hurtigt, at forældrene ser frem til at komme og er

gode til at byde ind med egne erfaringer. Sundhedsplejerskerne uddyber dog, at der er forskel på forældrenes forudsætninger for at tilegne sig læring, hvorfor de oplever, at nogle forældre har et større udbytte af forløbet end andre. Det er ikke nærmere specificeret, hvilke forældre der har det største udbytte.

"Mange familier har en svær start. "Arg er det nu noget for os." Men så senere kan man mærke, at de glæder sig og kommer med input. Der sker en hurtig udvikling. De to første gange er svære, og så kører det." – Sundhedsplejerske

"Vi sætter dem til at arbejde med dem selv. Arbejde indad. Nogle bliver enormt udfordret. Men så vender de det på hovedet, og så virker det. De ser, at det ikke er børnene, men deres egen adfærd og ageren, der kan ændres." – Sundhedsplejerske

Implementeringen og udbredelsen af COS-P metoden har dog været præget af, at det har været svært at rekruttere forældre, der ønsker at deltage i forløbet. Rekrutteringsudfordringen handler dels om manglende kendskab og prioritering hos samarbejdspartnere, dels at familierne har svært ved at forpligte sig til 8-ugers forløb, og dels et oplevet stigma forbundet med at deltage i forløbet.



Rekruttering af familier til COS-P kræver bred involvering af samarbejdspartnere

For at udbrede kendskabet til COS-P-forløbet blandt samarbejdspartnere i kommunerne har projektlederne afholdt oplæg og uddelt informationsmateriale på personalemøder hos dagtilbud, i sundhedsplejen og i tværfaglige fora. Udbredelsen af kendskabet til COS-P-forløbene har til formål, at sundhedsplejersker, pædagoger og øvrige samarbejdspartnere aktiveres i opsporing og rekruttering af forældre, der kunne have gavn af et COS-P forløb. Pædagogerne i dagtilbuddene har i model B-kommunerne udvist interesse for og anerkendelse af metodens faglige potentiale. Pædagogernes engagement i forhold til rekruttering af forældre har dog været udfordret af manglende tid til at sætte sig ind i metoden, og i nogle kommuner af konkurrerende metodiske paradigmer, som prioriteres højere af ledelsen i dagtilbuddene. For at aktivere dagtilbuddenes henvisning af forældrene til COS-P forløb er det foruden kendskab til forløbet også en forudsætning, at de oplever ejerskab for tilbuddet.

Projektkommunerne har erfaret, at de pædagoger, der har modtaget undervisning i metoden, opnår stort ejerskab for metoden. Projektlederne ønsker sig derfor, at flere pædagoger gennemfører COS-P uddannelsen. I anerkendelse af, at det kan være ressourcekrævende, pointerer en af projektlederne, at det ville være nyttigt, hvis reglerne for COS-P certificering var mindre rigide. Det ville gøre det muligt at styrke pædagogernes kendskab til og ejerskab for COS-P metoden, hvis de sundhedsplejersker og pædagoger, der har gennemgået uddannelsen, har beføjelser til at gennemføre mindre basiskurser for pædagoger og andre samarbejdspartnere, som ville klæde samarbejdspartnerne bedre på til at rekruttere familier til indsatsen.

På tværs af projektkommunerne peger sundhedsplejersker og pædagoger desuden på, at det er svært for forældrene at forpligte sig til at møde op otte gange, fordi de har en travl, udfordrende og til tider uforudsigelig hverdag. Projektkommunerne har forsøgt at imødekomme denne udfordring på forskellig vis, mens nogle kommuner uden mærkbar effekt har forsøgt at tilbyde forløbet på forskellige lokationer i kommunen på forskellige tidspunkter af dagen, har en kommune haft succes med at tilbyde børnepasning, mens forældrene er til undervisning. I forbindelse med hver undervisningsgang passer en gruppe lokale frivillige børnene.

“Vi har succes med passere. Vi har fire frivillige, som er pensionister. Det er bare så befriende. Jeg har flere på aftenholdene, der giver udtryk for, at hvis der havde været passere, så ville de sige ja. Eller hvis man har et eftermiddagshold med mad, så de ikke skal nå hjem og lave mad. De er så pressede i det. Mange af dem har ikke meget netværk.” – Sundhedsplejerske

I andre kommuner har de af samme årsag valgt at tilbyde individuelle forløb, der gør det muligt at tilbyde undervisningen, når det passer forældrene og hjemme hos forældrene, hvilket mindsker de praktiske barrierer for deltagelse, idet det er mere fleksibelt for forældrene. Det skal imidlertid bemærkes, at dette er en afvigelse fra metoden, som den er udviklet i USA.



Forældrenes motivation for deltagelse understøttes ved at fokusere på genkendelige følelser

I flere af projektkommunerne fortæller projektledere, sundhedsplejersker og pædagoger, at de oplever, at forældrene ved at deltage i kurset føler sig udpeget som værende dårlige forældre. Projektkommunerne har i den forbindelse erfaret, at måden, hvorpå de fagprofessionelle kommunikerer om formålet med indsatsen, har stor betydning for, hvordan det modtages af forældrene. I en kommune kommunikerer de fx i starten tilbuddet gennem følgende formulering: “Hvis du som forældre oplever, at du kommer til kort...”. Ifølge en projektleder erfarer de dog hurtigt, at forældrene følte, at det fremstillede dem som utilstrækkelige i forælderrollen. Derfor ændrede de materialet til at fokusere på de typiske udfordringer, som forældrene kan opleve i relation til barnet med formuleringer såsom: “Hvis du kan genkende de her ting ved barnet, så kan du have gavn af...”. I den forbindelse er det ligeledes erfaringen på tværs af projektkommunerne, at det er vigtigt at forventningsafstemme med forældrene, hvad undervisningsforløbet indebærer, hvilket er med til at mindske forældrenes skepsis, fordi de kan se værdien af forløbet. En anden kommune har imødekommet udfordringen ved at uddybe tilbuddet som et universelt tilbud til alle forældre i kommunen.

En projektkommune har desuden positive erfaringer med at tilbyde et COS-P-forløb i forlængelse af andre tilbud til forældre i sårbare positioner, fx tilbydes forløbet i forlængelse af en mødregruppe for sårbare mødre. Ved at tilbyde det i forlængelse af forløbet i mødregruppen, er det kommunens oplevelse, at den tryghed og åbenhed, der er opbygget mellem deltagere og fagprofessionelle i mødregruppen, gør det mere trygt at starte i COS-P-forløbet efterfølgende.

Flere forældre har ligeledes pointeret, at det er vigtigt, at de kan identificere sig med målgruppen for et tilbud. Det gør sig særligt gældende for gruppetilbud, hvorimod en oplevelse af ikke at kunne identificere sig med de øvrige deltagere kan skabe en dårlig oplevelse af tilbuddet.

“Der var et kursus (COS P), som vi kom på, fordi vi tvivlede på, om vi var gode nok forældre. Men de andre på kurset fortalte om, at de bankede hinanden og sådan, så vi meldte os ud. Hende den ene kunne ikke lide sine børn. Vi passede ikke ind i sammensætningen af gruppen ... Vi blev negative og sagde nej efter første gang.” – Mor

Det kan således stå i vejen for forældres motivation for at deltage i en indsats, hvis de ikke møder ligesindede. Omvendt kan det være en stor hjælp for forældre, når det lykkedes at sammensætte grupper, hvor de kan spejle sig i hinanden.

“Når jeg snakkede med mødregruppen, så havde alle de andre drømmebørn, og det var rigtig frustrerende. Men når man snakkede med forældrene på kurset, så snakkede vi med andre forældre, som havde samme problemer som os.” – Mor

Det er imidlertid ikke kun, når forældre møder op til et tilbud, at det er vigtigt, at de kan identificere sig med de øvrige deltagere. Det er også centralt, at forældrene kan se sig selv i tilbuddet i de skrevne informationer, de modtager eller har adgang til, hvis de skal være motiverede for at deltage. Fx fortæller en mor om, hvordan hun gik ind og søgte information på kommunens hjemmeside om et tilbud, som sundhedsplejersken og hendes sagsbehandler havde foreslået. Det faktum, at hun på ingen måde følte sig i den beskrevne målgruppe, gjorde, at hun blev negativ over for tilbuddet.

“Men det første, jeg gjorde, var at gå ind på tilbuddets hjemmeside, og det var lidt en fejl, for det virkede som om, det var misbrugshistorier ... Personligt blev jeg vred. Jeg følte mig lidt stemplet og misforstået.” – Mor



Marte Meo som løsningsorienteret metode i relation til konkrete problemstillinger

Marte Meo tilbydes i nogle få af projektkommunerne som et individuelt tilbud til familier, hvor der er behov for at styrke deres forældreskab og samspillet til barnet. Hvor COS-P tager udgangspunkt i generelle forældrekompetencer, tages der i Marte Meo-forløb typisk udgangspunkt i konkrete problemstillinger, hvor forældrene eventuelt sammen med sundhedsplejersken skal filme en situation, hvor de er udfordrede i forældreskabet. Derefter klæder sundhedsplejersken forældrene på til at tackle den givne situation på en anden måde. Der tages som udgangspunkt i det, forældrene gør godt i situationen for på den måde at fremhæve og fremme de positive interaktioner og kompetencer.

“Den har vi ikke brugt ret meget [Marte Meo], der er ikke henvist mange, det er meget grænseoverskridende for dem at filme, hvad enten at vi kommer ud og filmer eller de låner kameraet. Formålet er tit at styrke deres forældreskab, jeg har et forløb med en far, der bare skal lære at være far med stort F. Det bunder som oftest i noget med samspillet.” – Sundhedsplejerske

“Der var fokus på det, vi gjorde rigtigt. Og vi kunne altid spørge. Og de gav os nogle redskaber. Fx at gå ind og finde det positive og fylde det ud. Hvis [barnet] gør noget, han ikke må, så skal vi i stedet prøve at fokusere på det, han gør rigtigt. Det er stadig behårdt – vi har jo stadig temperament, men vi minder hele tiden hinanden på at huske på de ting, vi har lært.” – Forælder

“Det har været rigtig godt det med, at det er en fagperson og en udenforstående, der sætter retning for, hvad man kan gøre. Og samtidig er de også gode til at se udvikling og de gode ting, vi gjorde og fokuserede på det.” – Forælder

Ligesom COS-P-forløbene har flere kommuner haft udfordringer med at henvise/rekruttere forældre til forløbene. En fordel ved Marte Meo er, at det kan tilrettelægges fleksibelt og foregår hjemme hos forældrene, idet forløbene er individuelle. I Marte Meo-forløbene oplever forældrene ifølge sundhedsplejerskerne derimod, at det kan være grænseoverskridende at filme sig selv i svære situationer. Når forældrene først overvinder dette, er det dog oplevelsen, at de virkelig rykker sig og vokser i rollen som forældre, fordi de får øje på deres styrker, der samtidig boostes.

”Jeg havde en forælder, hun så sig selv i billedet med sit barn og kunne se meget lidt glæde og liv i mors ansigt. Hun troede inden det, at det var barnet, der skulle fikses, men det skulle i virkeligheden starte med hende selv. På den måde ser de sig selv med nogle andre øjne og kan styrke deres oplevelse af selvværd som forældre, vi har meget fokus på det positive.” – Sundhedsplejerske

4.7 Etablering af brugerråd

Endelig har projektkommunerne arbejdet med at etablere brugerråd, bestående af forældrerepræsentanter. Etablering af brugerråd er tænkt at skulle bidrage til, at kommunernes tilbud opleves som relevante for familierne og dermed bidrager til, at forældre fastholdes i tilbud.

Kun få kommuner er lykkedes med at etablere brugerråd, hvorfor erfaringerne hermed er begrænsede. I kommuner, hvor de har arbejdet med at etablere brugerråd, har de gjort det efter forskellige modeller. I en kommune har de fx nedsat forældrepaneler, som løbende spørges med henblik på evaluering af den indsats, de modtager. Forældrepanelet faciliteres af en erhvervspsykolog til møder, hvor flere forældre samles og taler ud fra en specifik dagsorden. Det kan fx være graviditetsbesøg, barselsbesøg eller familie-/mødregupper. På møderne går erhvervspsykologen i dybden med relevansen og udbyttet af tilbuddet. Forældrepanelerne har også haft repræsentanter i projektets styregruppe, hvorved kommunen har indtænkt familien som en del af organiseringen. I den konkrete kommune har man indtil videre rigtig gode erfaringer med forældrepanelerne, og det vækker nysgerrighed i andre dele af kommunen, som også ønsker at implementere forældrepaneler med henblik på at udvikle og forbedre indsatser. På baggrund af forældrenes tilbagemeldinger har kommunen foretaget justeringer eller ændringer i tilbuddet.

I andre kommuner er etableringen af brugerråd mindre systematisk. Flere kommuner har evalueret de tilbud, som forældrene har deltaget i via individuelle interviews med forældre, hvilket ligeledes har givet anledning til mindre justeringer af indsatser.

Mange kommuner har dog været udfordrede i at etablere brugerråd. Etableringen har dels været ramt af, at mange kommune igangsatte dette arbejde efter det indledende udviklingsarbejde med implementering af de fælles opsporingsredskaber, niveauinddelingen og strukturer omkring det tværfaglige samarbejde, hvilket har betydet, at de er ramt ind i covid-19-pandemien. Det har betydet, at de ikke har kunnet afvikle de planlagte aktiviteter. Samtidig giver flere kommuner udtryk for, at de har svært ved at forpligte en fast gruppe forældre, hvorfor den løbende evaluering i form af interviews og evalueringer på baggrund af forældrenes deltagelse i konkrete projekter ofte bruges.

4.8 Tværfagligt samarbejde om anbragte børn og familier med foranstaltninger

Endelig har projektkommunerne som led i projektet arbejdet med at styrke inddragelsen af sundhedsplejen i familier, der modtager foranstaltninger. Dette for at sikre, at der fortsat føres tilsyn med det enkelte barns fysiske og mentale helbredstilstand.

Ligesom det tværfaglige samarbejde om niveau 3-indsatser er samarbejdet om familier på niveau 4 delvist rammesat af tværfaglige gravidteams. Erfaringerne og udbyttet af disse er redegjort for i afsnit 4.5. Som det fremgår af afsnit 4.5, er samarbejdet, når det startes, før barnet er født, vel-etableret, og de relevante samarbejdspartnere mødes med faste intervaller – og der er tydelige strukturer for det videre samarbejde om familien. Samarbejdet og indsatsen, der gives til familier på niveau 4, handler i høj grad om at opbygge eller vurdere forældrenes mentaliseringsevner og forældrekompetencer.

Indsatsen gives typisk i et tværfagligt samarbejde mellem familiebehandlere og sundhedsplejersker. Samtidig gennemføres en § 50 børnefaglig undersøgelse, der skal udrede, hvorvidt familien er i stand til at tage sig af det ufødte barn, eventuel med støtte gennem et udvidet sundhedsplejetilbud, en indsats i regi af familiebehandler, eller hvorvidt der er behov for tvangsfjernelse ved fødslen. En § 50-undersøgelse gennemføres sideløbende med familiebehandlerens eller sundhedsplejerskens indsats og støtte i familien, hvor indsatsen i familien føder viden retur til sagsbehandlerne og indgår i den samlede vurdering af familiens situation. Familier kan også visiteres til forældreforberedende forløb ved sundhedsplejersker og familiebehandlere, uden at der iværksættes en børnefaglig undersøgelse. Det afhænger af den enkelte kommune, hvordan det præcis er tilrettelagt.

Udbyttet af den samtidige støtte i familierne i forbindelse med en § 50-undersøgelse er ifølge kommunerne entydigt positivt. Først og fremmest kvalificerer det den børnefaglige undersøgelse, idet det giver mere helhedsorienteret udredning og dybdegående indsigt i familiens situation.

“Jeg ser som familiekonsulent det med at komme ud og prøve at være barnets stemme, og det bliver leveret ind til en myndighed og rådgivning. Det er det, som barnet ikke selv kan give udtryk for, det er det vi prøver at formidle.” – Samarbejdspartner

Dernæst styrker det også accepten og samarbejdsvilligheden fra familierne, fordi de oplever, at der er nogen, der gerne vil hjælpe dem. Endelig betyder det, at indsatsen og støtten i familien iværksættes med det samme, hvormed det understøtter en tidlig og forebyggende indsats også i en sundhedsmæssig sammenhæng.

“Jeg tænker helt klart, at når vi gør det her, så er vi ret hurtige skarpe på, hvor er vi på vej hen. Fordi vi er ude, mens undersøgelsen er i gang, der går ikke et år, fordi vi ruller i gang samtidig med undersøgelsen. Den frygt, familien har, tager vi toppen af undervejs i undersøgelsen. De er ikke så farlige, de vil egentligt bare hjælpe os. Der får vi skabt et fundament for samarbejdet med familien, selvom det måske bliver en anbringelse, så kan der også nås til en større accept i familierne af, at okay det her er måske for svært for os. Vi arbejder med, hvor er jeres ressourcer og begrænsninger, og hvordan får vi så løftet jeres ressourcer.” – Samarbejdspartner

En forælder bekræfter ligeledes, at hun oplever samarbejdet som en støtte i forhold til at få stabiliseret en række udfordringer i hjemmet før barnets fødsel. I starten oplevede moderen, at hun ikke rigtig havde mulighed for at sige nej til at modtage tilbuddet og følte sig en smule dømt på baggrund af nogle udfordringer, der tidligere havde været i hendes liv, men som hun nu følte at have styr på. Moderen oplevede dog hurtigt, at samarbejdet var præget af respekt og tryghed, og hun følte, at de var der for at hjælpe familien på rette vej, hvilket også skabte en større accept af den samtidige børnefaglige undersøgelse.

“Samarbejdet har været fint nok, der har været respekt og forståelse begge veje. Man kan sige, en af grundene har været, at jeg jo fra start har været tryk ved familiebehandleren. Jeg har aldrig følt, at hun har overvåget mig eller holdt øje eller været hævet over mig. Jeg har følt meget, at vi har været på niveau. Så den eneste, jeg rigtig har skulle lære at kende, det har været sundhedsplejersken, og det tog heller ikke lang tid. Jeg lærte, at det ikke var for at dømme eller sætte mig ud af spil, men at det var for at hjælpe, at de havde været der.” – Forælder

I flere af kommunerne kan familier kun modtage en tværfaglig indsats i det strukturerede samarbejde, hvis de blev opsporet under graviditeten. Det betyder også, at i familier, hvor der opstår mistanke om eller bekymringer for barnets trivsel, efter barnet er født, ikke drøftes og modtages indsatser via det tværfaglige fora.

I en kommune har de dog for at imødekomme ovenfor nævnte udfordring etableret et tværfagligt team, der dels indgår i gravidteam møder, dels også mødes fast og er organiseret under sundhedsplejen. Teamet består af familiebehandlere, sundhedsplejersker, socialrådgivere og en koordinator, der samarbejder om indsatser på niveau 4, som kan igangsættes, både før og efter barnet er født. Teamet består af en fast gruppe af medarbejdere og mødes med fast frekvens hver 14. dag. Til at planlægge møderne og sagerne, der drøftes på møderne, har de ansat en koordinator, der har beslutningskompetence og allokeret tid til dette arbejde. Den faste struktur og organiseringen med en koordinator i teamet har ifølge de tværfaglige samarbejdspartnere været afgørende for, at samarbejdet i dag fungerer.

“Man kan sige, at vi i vores kommune i en del år har arbejdet på at arbejde tværfagligt. Undervejs har vi lært, at det der med, at vi ikke var nogen, der mødtes fast, gjorde samarbejdet for svært. Vi lærte ikke hinanden at kende. Vi stødte ind i for mange udfordringer, fordi vi ikke kendte hinanden. Derfor har vi besluttet, at vi er forankret i et fast team.” – Samarbejdspartner

“Det, at der sidder en koordinator i teamet, det er vejen til succes. Hvis vi alle skal sidde og koordinere, så var det ikke lykket. Det er enormt vigtigt, at der er en organisatorisk struktur i det. Ellers tror jeg tit, det kunne være et irritationsmoment, som ville kunne mudre vores arbejde.” – Samarbejdspartner

“Da vi gik i gang med det her, var der ledere på kryds og tværs, som skulle diskutere om, hvem der skulle lægge normering i de enkelte sager. I dag er det mig, der beslutter, hvordan vi skal i gang, og hvornår vi skal i gang; der skal ikke bruges tid på at diskutere det længere.” – Samarbejdspartner

Andre kommuner har ikke et struktureret samarbejde om niveau 4-indsatser, hverken før eller efter barnet fødes. I disse kommuner foregår samarbejdet mere ad hoc. Den manglende struktur bevirker, at samarbejdet ikke sker systematisk. Sundhedsplejerskerne oplever, at de langt fra altid inviteres med som tværfaglig sparringspart, hvis der er en underretning i en familie. Sundhedsplejerskerne bliver i disse kommuner i nogle tilfælde bedt om at bidrage ind i en § 50-børnefaglig udredning, men dette sker typisk via advisering pr. mail og uden et tydeligt formål. I visse tilfælde bliver sundhedsplejersken også bestilt til sideløbende med en § 50-undersøgelse at komme i familien på ugentlig basis. I den sammenhæng er der fokus på barnets trivsel, og sundhedsplejersken vil typisk modtage en handleplan, der beskriver fokus for og formål med indsatsen i familien. Sundhedsplejerskerne oplever, at de i de tilfælde, hvor de bliver inviteret med og kan bidrage ind i de børnefaglige undersøgelser, har nogle vigtige perspektiver at bidrage med, der udbreder og kvalificerer problemstillingerne i familien.

“Altså, det jeg kan, er at bidrage med mine øjne som sundhedsplejerske og minde om bekymringen for barnet. Jeg får klart mine øjne igennem som sundhedsplejerske, og jeg får også fokus på noget andet, både det de kan og ikke kan; alle kan jo noget, og det er vi blevet meget mere skarpe på.” – Sundhedsplejerske

“Det er barnets tarv, vi har fokus på, så det bliver bredt ud. Nu er jeg jo ude og indhente oplysninger, så vi har det over tid. Og det der relationsarbejde, det gør noget, når man kommer en gang i ugen. De [forældrene] er altid skeptiske i starten, de er usikre og nervøse. Jeg synes, at jeg lige med undtagelse af én gang er kommet godt af sted med at levere statusrapporterne. Vi kommer med noget bekymrende, men fordi vi har en relation, så tager de [red: forældrene] godt imod os. Vi kommer altid ud og læser den [statusrapporten] højt for dem, så de kan kommentere.” – Sundhedsplejerske

Ifølge de ledende sundhedsplejersker og projektledere i disse kommuner er samarbejdet i kommuner uden en formaliseret samarbejdsstruktur især båret af relationer. Det betyder, at sundhedsplejerskerne i højere grad oplever at blive inviteret ind i et tværfagligt samarbejde af medarbejdere, som de har opbygget en relation til. Det kan fx være en relation, der er opbygget via det tværfaglige samarbejde om niveau 3-indsatser, hvor socialrådgivere deltager som sparringspart og brobygger til niveau 4-indsatser. Samarbejdet, der er baseret på relationer, er dog i følge projektledere og ledende sundhedsplejerske enormt sårbart grundet stor udskiftning på ledelses- og medarbejder-niveau i børne- og familieafdelinger.

5. VIRKNINGER

Ud fra den forandringsteoretiske tilgang vil vi i dette kapitel teste vores antagelse om, at arbejdet med modellerne skaber de ønskede virkninger både organisatorisk, men også for familierne/barnet. Det vil sige, forandringsteoriens langsigtede mål som omstillingen af praksis ønskes at indeholde:

- **Organisatorisk** – kvalificeret tværfagligt samarbejde om sårbare og udsatte familier forankret i sundhedsplejen, systematisk tidlig opsporing, tidlig indsats, sundhedsfremme og forebyggelse, målrettet anvendelse af eksisterende ressourcer hos sundhedsplejen.
- **For familierne** – at forebygge mistrivsel og fejludvikling hos sårbare og udsatte familier, sikre tryk tilknytning, øget livskvalitet og livsduelighed hos familierne, styrke mestringsstrategier hos sårbare og udsatte familier.

Dette gøres gennem en statistisk analyse, hvor de 17 projektkommuners arbejde med tidlig indsats i perioden 2017-2020 på tre udfald omkring udsatte børn sammenlignes med andre kommuner, herunder:

- Forebyggende foranstaltninger
- Underretninger vedr. børn
- Børn, der er modtaget underretninger om.

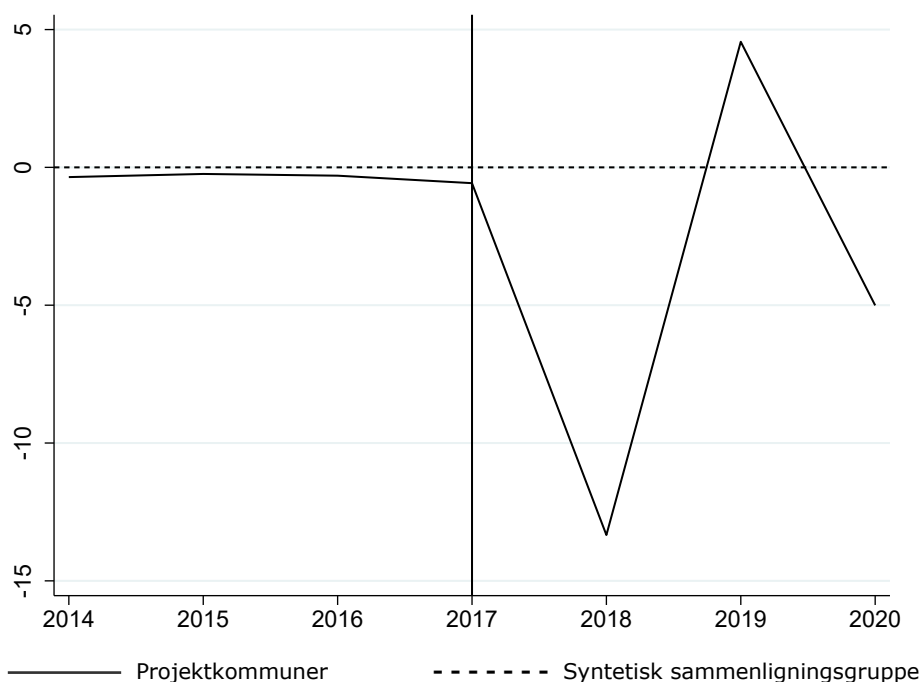
De tre udfald medvirker til at teste, hvorvidt omstillingen med modellerne medvirker til en mere forebyggende indsats/systematisk tidlig opsporing, der afspejler sig i en forventet udvikling i antallet af foranstaltninger og underretninger. Projektkommunernes udvikling er fulgt i perioden 2017 til og med 2020. Således muliggøres en analyse af, om de 17 projektkommuners systematiske arbejde med modellerne under tidlig indsats har haft en effekt. I de følgende afsnit gennemgås og diskuteres analysens resultater.

5.1 Forebyggende foranstaltninger

Til at undersøge om projektkommunernes arbejde med modellerne har haft en effekt på antallet af forebyggende foranstaltninger anvendes variabelen *Forebyggende indsatser i eget miljø, inden for familiens rammer, der iværksættes for at undgå anbringelse uden for hjemmet* fra Danmarks Statistik.

Variablen viser antallet af iværksatte forebyggende foranstaltninger i en given kommune pr. 10.000 indbyggere. Figuren nedenfor viser forskellen i antallet af foranstaltninger for projektkommunerne relativt til deres sammenligningsgruppe.

Figur 5-1. Forskellen i antal forebyggende foranstaltninger mellem projektkommunerne og deres syntetiske sammenligningsgruppe pr. 10.000 indbyggere



Note: Den vertikale linje indikerer året for, hvornår projektkommunerne begynder at arbejde med indsatsmodellerne. P-værdi=0,101 (insignifikant).

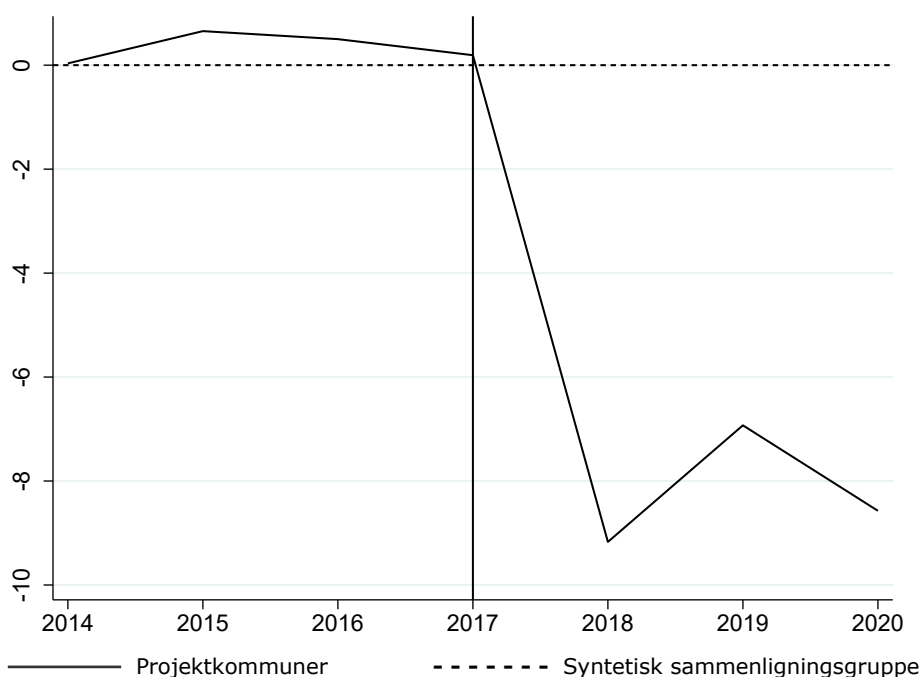
Figuren viser, at der efter implementeringen af tidlig indsats i 2017 har været udsving i antallet af forebyggende foranstaltninger for projektkommunerne, sammenlignet med deres sammenligningsgruppe. Konkret viser figuren, at der i år 2018 og 2020 er iværksat færre forebyggende foranstaltninger i projektkommunerne, imens der i år 2019 er iværksat flere forebyggende foranstaltninger, end hvis projektkommunerne ikke havde arbejdet med indsatsmodellerne. Den estimerede forskel mellem projektkommunernes udvikling og deres sammenligningsgruppe er dog insignifikant, hvilket vanskeliggør en entydig konklusion på baggrund af dette udfald.

5.2 Underretninger vedr. børn

Til at undersøge om projektkommunernes systematiske arbejde med indsatsmodellerne har en haft effekt på antallet underretninger vedr. børn anvendes variabelen *Underretninger vedr. børn* fra Danmarks Statistik som udfald i den syntetiske kontrolmetode.

Variablen viser antallet af underretninger vedr. børn i en given kommune pr. 10.000 indbyggere. Figuren nedenfor viser forskellen i antallet af underretninger vedr. børn for projektkommunerne relativt til deres syntetiske sammenligningsgruppe.

Figur 5-2. Forskellen i antal underretninger vedr. børn mellem projektkommunerne og deres syntetiske sammenligningsgruppe



Note: Den vertikale linje indikerer året for, hvornår projektkommunerne begynder at arbejde med indsatsmodellerne. P-værdi=0,088 (signifikant i et 10 pct. signifikansniveau).

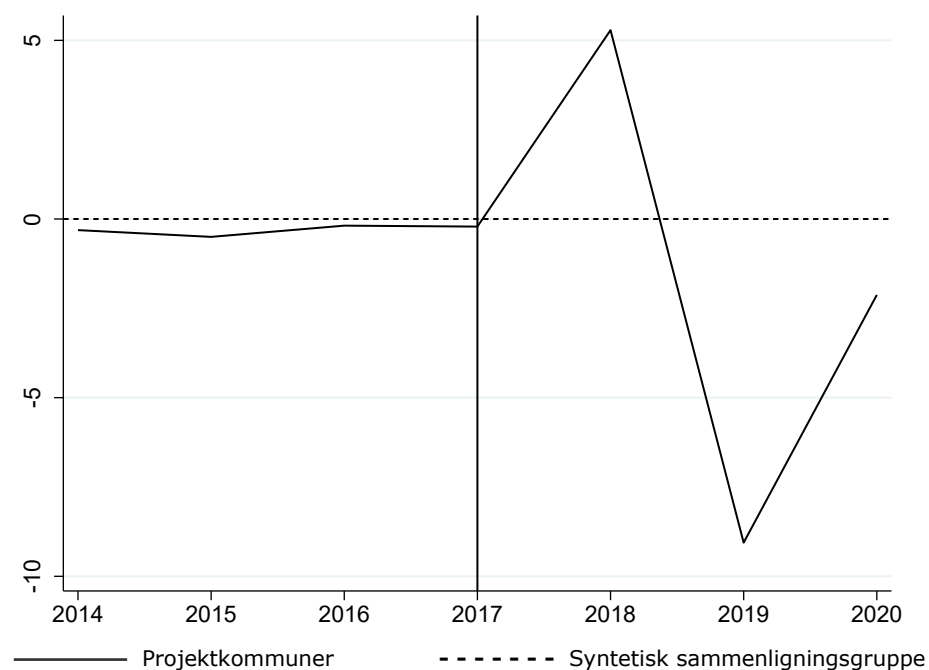
Figur 5-2 viser, at der efter implementeringen af arbejdet med indsatsmodellerne er færre underretninger vedr. børn i projektkommunerne end i deres sammenligningsgruppe. Konkret fremgår det, at antallet af underretninger vedr. børn særligt faldt fra år 2017 til år 2018 i projektkommunerne i forhold til sammenligningsgruppen. Forskellen mellem projektkommunerne og deres sammenligningsgruppe er signifikant, hvilket styrker en argumentation om, at indsatsene har været med til at nedbringe antallet af underretninger vedr. børn i de omfattende projektkommuner.

5.3 Børn, der er modtaget underretninger om

Til at undersøge om projektkommunernes systematiske arbejde med indsatsmodellerne har haft en effekt på antallet af børn, der er modtaget en underretning om anvendes variabelen *Børn, der er modtaget underretninger om* fra Danmarks Statistik som udfald i den syntetiske kontrolanalyse.

Variablen viser antallet af børn, der modtaget en underretning om i en given kommune pr. 10.000 indbyggere. Det enkelte barn kan derfor kun indgå en enkelt gang i analysen. Figuren nedenfor viser forskellen i antallet af børn, der er modtaget underretninger om for projektkommunerne relativt til deres syntetiske sammenligningsgruppe.

Figur 5-3. Forskellen i antallet af børn, der er modtaget underretninger om mellem projektkommunerne og deres syntetiske sammenligningsgruppe



Note: Den vertikale linje indikerer året for, hvornår projektkommunerne begynder at arbejde med indsatsmodellerne. P-værdi=0,696 (insignifikant).

Figuren viser, at der efter implementeringen af tidlig indsats i 2017 har været udsving i antallet af børn, der er modtaget en underretning om for projektkommunerne, sammenlignet med sammenligningsgruppen. Konkret viser figuren, at der i 2018 er flere børn, der er modtaget underretninger om i projektkommunerne, imens der i 2019 og 2020 er færre børn, der er modtaget underretninger om, sammenlignet med sammenligningsgruppen. Forskellen mellem projektkommunerne og deres syntetiske sammenligningsgruppe er ikke signifikant forskellig fra hinanden. Der kan således ikke konkluderes en entydig effekt af arbejdet med tidlig indsats på dette udfald.

5.4 Tværgående opsamling af syntetisk kontrolanalyse

Ved brug af den anvendte metode har vi i nærværende kapitel udledt og illustreret den estimerede effekt af de 16 projektkommuners arbejde med tidlig indsats i perioden 2017-2020 på tre udfald omkring udsatte børn: forebyggende foranstaltninger, underretninger vedr. børn og børn, der er modtaget underretninger om.

For udfaldet 'underretninger vedr. børn' viser analysen, at der i perioden, efter arbejdet med tidlig indsats er iværksat, er sket et fald i antallet af underretninger i projektkommunerne, sammenlignet med deres sammenligningsgruppe. Dette indikerer således, at indsatsen kan have en indvirkning på antallet af underretninger. En årsag, til at vi ser et fald ved disse udfald efter introduktionen af tidlig indsats, kan skyldes et øget fokus på at styrke den opsøgende indsats mod sårbare børn samt et mere tværfagligt samarbejde mellem sundhedsplejen, dagtilbud og socialforvaltningen. Således kan det argumenteres for, at sundhedsplejen har styrket deres arbejde i tidlig opsporing af familier med sundhedsfaglige og psykosociale vanskeligheder, hvilket har reduceret behovet for at foretage underretninger. Det skal dog bemærkes, at resultatet ikke er synderligt signifikant, og forskellen derfor skal fortolkes med forsigtighed. Desuden bør det overvejes, om en treårig periode er retvisende i forhold til at måle en reel effekt af indsatsmodellerne, da organisatoriske ændringer er udfordrende og tidskrævende.

I denne analyse søger vi at måle effekten af indsatsmodellerne i en periode, hvor indsatsmodellerne bliver udviklet og afprøvet, hvilket kan underestimere effekten. Derudover har omstændighederne med covid-19-pandemien formenligt haft en svækkende betydning for kommunernes implementeringsarbejde, da nedlukningen har begrænset de fagprofessionelles mulighed for tværfagligt arbejde. Endvidere blev der i de kvalitative fund udtrykt en forventning blandt det fagprofessionelle personale om, at implementeringen af indsatsmodellerne kunne have den modsatte effekt. Det vil sige, at der er blevet foretaget flere underretninger vedr. børn end før, da arbejdet med tidlig indsats har styrket det opsporende arbejde i en sådan grad, at flere børn er blevet opsporet og dermed flere faglige indgreb igangsat end før projektperioden. Dette vil ikke være en negativ konsekvens, men derimod indikere, at arbejdet omkring sårbare familier er blevet skærpet blandt de relevante faggrupper under indsatsperioden.

I tråd med disse overvejelser fandt vi desuden i analysen en tvetydig effekt af arbejdet med tidlig indsats på udfaldene 'forebyggende foranstaltninger' og 'børn, der er modtaget underretninger om'. Dette vidner ligeledes om, at effekten af indsatserne endnu er usikker og i nogen grad inkonklusiv til trods for metodens troværdighed. Forventningen om udviklingen ved disse udfald har ligeledes en tvetydig karakter, hvor man kunne forvente en stigning ved begge udfald omkring projektets startfase, grundet det øgede og skærpede fokus på tidlig indgriben ved sårbare og udsatte familier. Efter vellykket implementering og etablering af indsatsmodellerne vil man kunne forvente en udvikling, hvor antallet af de iværksatte indgreb på længere sigt reduceres. Imidlertid kan det argumenteres for, at antallet af forebyggende foranstaltninger ikke vil reduceres ved et styrket opsporende arbejde, men at rettidige forebyggende foranstaltninger kan medvirke til at minimere igangsættelsen af andre indsatser.

Dermed kan det argumenteres for, at ovenstående analyse har tilføjet et billede af, hvilke effekter indsatsmodellerne under tidlig indsats konkret har medført i projektets første leveår, men at disse grundet den spæde tidsperiode, der i næsten et år har været påvirket af covid-19-restriktioner, er behæftet med væsentlig usikkerhed, der gør det svært at foretage endelige konklusioner om indsatsmodellernes virkninger og effekter på de tre udfald omkring udsatte børn, der indgår i undersøgelsen.

6. LÆRINGSPUNKTER

På baggrund af evalueringens resultater opsummerer vi afslutningsvis nogle læringspunkter, som kan inspirere den videre udvikling og implementering af indsatser, omhandlende tidlige indsatser for sårbare familier. Vi har opsummeret læringspunkterne under to overordnede overskrifter, **(1) Organisatorisk læring** og **(2) Aktivitetsbaseret læring**.

6.1 Organisatoriske læring

De centrale erfaringer og læring, der er forbundet med den organisatoriske omstilling, går på tværs af aktiviteterne i projektkommunerne og er greb, der har haft positiv indvirkning på den organisatoriske implementering af modellerne og deres organisatoriske indholdselementer og derfor er relevante at inkludere i det videre arbejde:

Implementeringsunderstøttelse af niveauinddelingen

Implementeringen af niveauerne i indsatserne har været en central læring og udfordring for kommunerne i projektet. Projektkommunerne har haft forskellige tilgange til implementeringen af niveauerne, men særlig virkningsfuldt har det været, at:

- **Have løbende dialoger og drøftelser på personalemøder**, hvor niveauerne gennemgås og drøftes i fællesskab for aktuelle sager eller indsatser. På den måde kobles det teoretiske arbejde med niveauinddelingen til praksis, og det involverede personale får en fælles sproglig referenceramme til at italesætte og vurdere indsatsernes niveauinddeling.
- **Udarbejde caseeksempler** for niveauinddeling på baggrund af tidligere dialoger. Det har i flere kommuner fungeret som et effektivt arbejdsredskab i arbejdet med niveauinddeling, at man kan trække på eksempler fra praksis. Eksempelvis tager nogle udgangspunkt i konkrete cases som afsæt for at drøfte, hvordan familier skal indplaceres på de enkelte niveauer i forhold til den indsats, de har behov for.

Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde

Ligesom niveauinddelingen har krævet en organisatorisk indsats at afprøve i projektkommunerne, har arbejdet med at udvikle det tværprofessionelle samarbejde og koordinering været helt centralt. Formålet med den fælles tværprofessionelle og tværorganisatoriske implementering har været at øge medarbejdernes kendskab til kompetencer hos andre fagligheder og dermed øge graden og omfanget af det tværfaglige samarbejde i situationer, hvor børnenes eller familiernes problemstillinger kalder på en tværfaglig indsats. Dette arbejde har kommunerne blandt andet grebet an via følgende:

- **Implementering af fælles kategoriseringsredskaber på tværs af faggrupper og forvaltninger** har været et centralt greb og redskab til at facilitere og udvikle det tværprofessionelle samarbejde i kommunerne. Implementeringen af redskaberne har dog krævet bred ledelsesmæssig opbakning fra parter som projektledere, den ledende sundhedsplejerske og ledelsesrepræsentanter fra samarbejdsaktørerne. Med et vedvarende ledelsesfokus og systematisk opfølgning på brugen af redskabet er kommunerne lykkedes med at få gavn af kategoriseringsredskaber i de tværfaglige dialoger. Fx har man i nogle kommuner gjort det fælles kategoriseringsværktøj til et fast redskab på tværfaglige møder om konkrete børn og familier. Det bidrager til at fastholde et fælles fokus på at anvende det.

- **Tværfaglige mødefora** har ligeledes været et effektivt greb i udviklingen af det tværprofessionelle samarbejde. Møderne har medvirket til, at de forskellige fagprofessionelle har lyttet til hinandens observationer og refleksioner på problemstillinger eller udfordringer, der har givet anledning til at få mere viden om de andre fagprofessionelles erfaringer og arbejdsmetoder med målgruppen. I disse møder har flere kommunerne desuden haft gavn af at anvende kategoriseringsredskaber som et fælles dialogværktøj og en fælles referenceramme, der har bidraget til at belyse barnets og familiens situation fra flere faglige vinkler og perspektiver.

Systematisk og universel opsporing

Endelig har et centralt element i projekterne været at skabe forudsætninger for mere ensartet og systematisk praksis og opsporing i sundhedsplejen. Dette skal sikre, at kommunerne skaber de bedste forudsætninger for, at alle familier tilbydes ligelig behandling og adgang til sundhedsplejens ydelser og vejledning. Denne lighed har kommunerne arbejdet med at opnå via aspekter som implementering af opsporingsredskaber til fødselsdepressioner og gennemførelse af universelle besøg på forskellige tidspunkter, hvor alle tilbydes et besøg af sundhedsplejen, der kan understøtte opsporing og igangsættelse af tidlige indsatser. Dette arbejde er der kommet følgende centrale læring ud af:

- **Implementering af opsporingsredskaber** til både fødselsdepressioner (via EPDS og Gotland) og barnets social-emotionelle udvikling (via ADBB) har været medvirkende til at skabe en ensartet praksis blandt sundhedsplejersker, der har styrket deres anvendelse af ensartede kriterier til at vurdere familiernes behov og indsatsniveau.
- **Den universelle opsporing** har desuden resulteret i, at alle familier tilbydes nogle ydelser, der er med til at bevare og sikre sundhedsplejens universelle karakter. Ydermere har de universelle ydelser (herunder graviditetsbesøg og 15-18 måneders besøg) medvirket til, at sundhedsplejerskerne har styrket deres indsigt i, at det ikke er muligt at vurdere familiernes behov og niveau ud fra prædisponerede faktorer (såsom socioøkonomi eller tidligere involveringer med kommunen). Dermed har de universelle ydelser været medvirkende til at gøre det synligt og tydeligt, at alle familier kan have behov for en indsats og støtte fra sundhedsplejen eller andre fagligheder, uagtet deres historik.

6.2 Aktivitetsbaserede læring

De aktivitetsbaserede læringspunkter dykker ned i et udvalg af de specifikke aktiviteter og ydelser, der er blevet afprøvet i projektkommunerne i både model A og model B. Projektet har overordnet set været omfangsrigt og inkluderet en lang række aktiviteter, der er blevet afprøvet i praksis med henblik på at undersøge deres virkninger og effekter for at understøtte omstillingen i praksis. I både midtvejs- og den afsluttende evaluering er virkningerne og erfaringerne med samtlige aktiviteter og ydelser blev undersøgt dybdegående både kvalitativt og kvantitativt. Det er dog kun de aktiviteter, der har haft særlig gavnlig indvirkning på praksis, der er medtaget i nærværende afsnit, og som præsenteres nedenfor.

Graviditetsbesøg

I model A-kommunerne arbejdes der i projektperioden med universelle graviditetsbesøg – et tilbud til alle kommende forældre. I flere af kommunerne var der forud for projektet allerede implementeret graviditetsbesøg i varierende omfang, hvor det i mange kommuner gjaldt, at graviditetsbesøg blev tilbudt til familier ud fra særlige lokale kriterier, fx førstegangsførelse. Ligesom projektet indebar et universelt tilbud om graviditetsbesøg, involverede det ligeledes et universelt tilbud om opsporing af fødselsdepressioner. Opsporingen indebar både opsporing med et opsporingsredskab før og efter fødslen og til begge forældre. Derudover har kommunerne anvendt målrettede redskaber til begge forældre. Læring og erfaring fra henholdsvis graviditetsbesøg og opsporing af fødselsdepressioner er opsummeret under følgende centrale læringspunkter:

- **Opsporing af sårbare familier:** Det universelle tilbud om graviditetsbesøg samt den universelle opsporing for fødselsdepressioner har været et særligt virksomt element for kommunerne i projektet, og noget mange kommuner har arbejdet med at få implementeret i den daglige drift efter projektets ophør. Dette skyldes ifølge de deltagende kommuner, at det har været tydeligt, at opsporing under graviditeten har ført til en øget opmærksomhed på forældre, der ellers ikke plejer at være opmærksomme på. Dermed har graviditetsbesøget været et vigtigt redskab i den målrettede sundhedspleje, hvor der kan skabes særlige tilbud til og opmærksomhed på de familier, der kan have glæde af en tættere dialog og relation til sundhedsplejen med etablering af indsatser allerede inden barnets fødsel. Opsporing for fødselsdepression har i den forbindelse været et væsentligt redskab, der har været centralt i graviditetsbesøget.
- **Mulighed for fordybelse:** Derudover er der bred enighed om, at graviditetsbesøget samt brugen af opsporingsredskaberne har givet anledning til at have dialoger om trivsel med forældre og familien generelt. For graviditetsbesøg gælder det, at der i dette besøg, til forskel fra de øvrige besøg ikke er et naturligt fokus på barnet. Graviditetsbesøget giver både forældre og sundhedspleje mulighed for at fokusere på forældrene, eller måske de ældre søskende, og dermed bidrage til et stærkere fagligt afsæt forud for barnets fødsel. Derudover kan besøget også bruges til at vurdere forældrenes adfærd og trivsel, uden barnet er til stede, og det bliver nemmere at vurdere, om fødslen har ført til ændringer i trivsel og psykisk velbefindende hos forældrene. Når det drejer sig om brugen af opsporingsredskaberne, angiver kommunerne ligeledes, at disse har givet anledning til fordybelse i forældrenes trivsel. Flere kommuner giver således udtryk for, at redskaberne, de har anvendt til opsporingsarbejdet, har fungeret som et dialogredskab til at komme godt rundt om forældrenes trivsel.
- **Forebyggende indsatser:** Endelig giver kommunerne udtryk for, at graviditetsbesøgene samt opsporingsredskaberne har fungeret som en god indikator for, hvilke familier der kan have gavn af tidligere og forebyggende indsatser og dermed til at målrette indsatsen efterfølgende. Brugen af opsporingsredskaberne i graviditetsbesøget gør det derfor muligt for sundhedsplejersken at gribe ind tidligere i forløbet og dermed også tidligere på indsatstrappen, så der skabes de bedste forudsætninger for, at eventuelle tegn på psykisk mistrivsel håndteres tidligt i forløbet og derfor skaber de bedste forudsætninger for, at familien føler sig tryk ved at tage sig af barnet efter fødslen.

Overgangsbesøg fra hjem til dagtilbud

I model B-kommunerne har det særligt været arbejdet med det første overgangsbesøg, der har haft en gavnlige effekt for både forældre, børn og det tværprofessionelle miljø omkring barnet i overgangen fra hjem til dagtilbud. De centrale læringspunkter og erfaringer med de virksomme elementer er opsummeret nedenfor:

- **Sundhedsplejersken som støtte:** For særligt førstegangsførelse handler opstarten i dagtilbud om at gå fra en kendt til en ukendt hverdag, og at gå fra en kendt kommunal kontakt (sundhedsplejen) til en ny og ikke kendt (det pædagogiske personale). Særligt i sårbare familier, der har haft et tættere forløb og yderligere sparring med sundhedsplejen, giver de deltagende kommuner udtryk for, at sundhedsplejersken har fungeret som en tryk og kendt person for familierne, der har støttet dem i at indvie det pædagogiske personale i familiens situation. Det pædagogiske personale har oplevet at føle sig bedre klædt på til at tage imod barnet med en klar og kendt kontekstforståelse, og sundhedsplejersken oplever at have skabt en tryk overgang for familien.
- **Fortolkning af viden fra familien:** Det har været essentielt for model B-kommunerne, at det er familien selv, der skal fortælle om barnet og familien i overgangsbesøget, og ikke den sundhedsprofessionelle. Alligevel oplever medarbejderne, at tilstedeværelsen af sundhedsplejersken har hjulpet familien med at omsætte deres informationer til det pædagogiske personale i en sproglig referenceramme, der skaber handlemuligheder og forståelse. Derudover har medarbejdere i flere kommuner fortalt, at de forud for overgangsbesøget har talt med familien om, hvilke ting der vil være værdifulde at formidle til dagtilbuddet og dermed hjulpet familien med at prioritere væsentlige faktorer.
- **Kendskab til sundhedsplejersken i dagtilbuddet:** Endelig har overgangsbesøgene medvirket til en tættere relation og dermed mere sparring mellem dagtilbud og sundhedsplejerskerne. På tværs af kommunerne oplever sundhedsplejerskerne og dagtilbuddene, at overgangsbesøgene har mindet dem om relevansen og kompetencerne ved sundhedsplejerskens rådgivning. Derfor har sundhedsplejerskerne i model B-kommunerne oplevet markant flere henvendelser fra dagtilbud efter implementering af projektet, herunder temaer som søvn, mad, motorik og trivsel. Dette har betydning i en forebyggende tidlig indsats.

Behovsbesøg med fokus på særlige problemstillinger

Endelig har kommunerne arbejdet med at konkretisere årsager og baggrund for behovsbesøg samt at have en særlig opmærksomhed på niveauinddeling i forbindelse med standard besøg og behovsbesøg. Dette har haft en række gavnlige effekter, der har påvirket implementeringen af de organisatoriske ændringer på en positiv måde:

- **Fokus på de monofaglige ydelser og kompetencer:** Først og fremmest har registreringen styrket sundhedsplejens fokus på, hvilke kompetencer der skal i spil ved forskellige besøg. Ved at anvende forskellige kategorier af behovsbesøg har det ligeledes været muligt for sundhedsplejen at få et stærkere blik for og opmærksomhed på, hvor mange monofaglige behovsbesøg der leveres i de enkelte familier. Dette har medvirket til, at sundhedsplejerskerne i stigende omfang har været opmærksomme på, hvornår sundhedsplejens egne kompetencer ikke afhjælper familiens problemstillinger længere, hvilket har givet et godt afsæt for udvikling af tværfagligt samarbejde.
- **Opmærksomhed på inklusion af de tværfaglige kompetencer:** Netop udnyttelsen af det tværfaglige samarbejde og dermed de tværfaglige kompetencer i kommunen er ligeledes blevet styrket via det særlige fokus på registreringen af behovsbesøg. Denne opmærksomhed har haft til hensigt at øge sundhedsplejens opmærksomhed på, hvornår der er brug for et andet sæt øjne eller andre faglige kompetencer i familien end den sundhedsfaglige eller i samspil med den sundhedsfaglige kompetence.

Afsluttende kan det konkluderes, at de 16 projektkommuner har arbejdet solidt med at ændre praksis både i sundhedsplejen og i det tværfaglige og tværprofessionelle samarbejde i et meget komplekst projekt. Dermed er der med afsæt i ovenstående læringspunkter grundlag for at fortsætte med at målrette ydelser til sårbare familier, således at familierne får den støtte, de har brug for.