

Dato 13-09-2017

Fob@sst.dk

Sagsnr. 1-1010-294/1/ANP

7222 7597

UDMØNTNING AF SATSPULJEN 2017 – 2020 ”TIDLIG INDSATS FOR SÅRBARE FAMILIER”

Som led i satspuljeaftalen for 2017- 2020 på sundhedsområdet inviteres landets kommuner hermed til at indsende ansøgninger om deltagelse i projekter, der skal mindske ulighed i sundhed og negativ social arv gennem en styrket sundhedsplejeindsats over for sårbare og udsatte børn og familier.

Ansøgninger skal være Sundhedsstyrelsen i hænde **senest tirsdag d. 31. oktober 2017 kl. 12.00.**

Overordnet formål med puljen er

- At udvikle og afprøve indsatser, der matcher udsatte og sårbare børn 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 familier¹.

Sundhedsstyrelsen forestår udmøntningen af den kommunale del af satspuljen på 77,4 mio. kr. Midlerne udmøntes til kommunale sundhedstjenester, der vil udvikle, afprøve og evaluere indsatser, der tager udgangspunkt i de af Sundhedsstyrelsens fastsatte kriterier med rum for lokale tilpasninger.

Forud for udmøntningen er der foretaget en afdækning af målgruppen, herunder omfanget af sårbare og udsatte børn og familier, metoder til kategorisering af disse samt indsatser, der for nuværende anvendes i kommuner til at opspore og fastholde målgruppen. Afdækningen, som er finansieret af satspuljen, danner baggrund for puljeopslaget og kan læses på www.sst.dk². De væsentligste resultater kan læses under punkt 2 i dette opslag.

De kommunale projekter forventes etableret inden udgangen af 2017. Det konkrete samarbejde mellem de involverede forvaltninger og samarbejdet med familierne forventes igangsat senest 31. marts 2018. Der vil således være mulighed for maksimum 3 måneders konkretisering af projektets lokale, faglige indhold på baggrund af den godkendte ansøgning med tid til etablering af styregrupper, arbejdsgrupper mm forud for selve projektets start.

Der tilknyttes obligatorisk rådgivning fra proceskonsulent, ansat af Sundhedsstyrelsen, til de udvalgte projekter. Proceskonsulenten vil bl.a. støtte kommunerne i at gennemføre projektets forskellige faser og skabe overblik over udfordringer og løsninger undervejs samt formidle re-

¹ <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2016/November/Ny-satspuljeaftale-770-mio-kr-til-sundheds-og-aeldreomraadet.aspx>

² Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier – afdækning af kommunernes indsats for gravide, spæd- og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser, 2017. www.sst.dk

sultater i samspil med evaluator. Der vil blive afholdt seminarer undervejs, som de udvalgte kommuner forpligter sig til at deltage i og bidrage til.

Med satspuljeaftalen er der endvidere afsat 2 mio. kr. til ekstern evaluering af indsatserne. Evaluator udvælges af Sundhedsstyrelsen efter udbud. Evalueringsdesignet udarbejdes i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og de udvalgte kommuner. Det er obligatorisk for de deltagende kommuner at indgå i samarbejdet med den valgte evaluator og at levere data til evalueringen gennem hele perioden.

1. BAGGRUND FOR PULJEN

Uanset den gældende forpligtelse til differentiering af de universelle tilbud fra undfangelsen og op gennem barnets opvækst, jf. sundhedsloven og tilhørende bekendtgørelser, ses fortsat ulighed i sundhed hos børn og den negative sociale arv brydes ikke i tilstrækkelig grad. Nogle familier er ikke i stand til at opfylde barnets behov for stimulation, omsorg og tryghed, og 15-20 % af alle børn i Danmark mistrives i varierende omfang, af disse er 3-5 % udsat for omsorgssvigt af fysisk og/eller psykisk karakter³.

Psykisk stabilitet, modenhed og relevante mestringsstrategier er afgørende for, hvordan forældre varetager deres forældreopgave, mens økonomi og social placering ikke er sikre indikatorer for omsorgsevnen. Hvis forældre af forskellige grunde i forvejen er sårbare, kan deres vanskeligheder forstærkes, når de får et barn. Det er især samspillet mellem en række risikofaktorer, der kan gøre familier særligt sårbare og udsatte, ligesom belastninger over lang tid også er af betydning for barnets og familiens sundhed og trivsel. Endelig er social isolation fra fællesskabet et relativt sikkert tegn på, at familien kan være sårbar og udsat.

At vokse op i en familie præget af psykosociale belastninger, manglende forældreopmærksomhed, tilknytningsforstyrrelser og/eller alvorlige konflikter forældrene imellem øger risikoen for, at barnets sundhed, trivsel og udvikling påvirkes negativt. Forældrenes kompetencer, herunder mentaliserings- og refleksionsevne, og forældrenes sociale position og uddannelse har stor betydning for barnets fysiske, mentale, sociale og kognitive udvikling og formåen langt ind i voksenalderen^{4, 5}.

Nogle familier med små børn, som ellers ikke karakteriseres ud fra ovenstående psykosociale indikatorer, kommer ud for alvorlige hændelser som fx dødsfald, alvorlig somatisk eller psykiatrisk sygdom hos barnet, hos en forælder eller en søskende⁶, skilsmisse under svære vilkår for såvel børn som forældre⁷ og andet. Disse familier kan i kortere eller længere tid være sårbare og udsatte og omfattes også af dette satspuljeprosjekt.

2. RESULTATER FRA AFDÆKNINGSRAPPORTEN

³ Vejledning om forebyggende sundhedsydelse. Sundhedsstyrelsen 2011

⁴ En bedre start. Livsduelighed hos de allermindste. Egmontfonden 2016

⁵ Livsduelighed. Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI 2016

⁶ Evaluering af satspuljen om lighed i håndteringen af børn med en kronisk, somatisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2017

⁷ <https://bornsvilkar.dk/fokus/skilsmisse/skilsmisse>

Som beskrevet er der forud for dette opslag udarbejdet en afdækningsrapport⁸, der dels præsenterer en litteraturgennemgang, dels to landsdækkende spørgeskemaundersøgelser og interviews foretaget af Statens Institut for Folkesundhed og VIVE i både sundhedsplejeordningerne og landets socialforvaltninger. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste fund af betydning for udmøntningen af satspuljen til tidlig indsats for sårbare familier.

Opsporing og kategorisering

Det fremgår af afdækningsrapporten, at antallet af hjemmebesøg i første leveår varierer fra 1-8 i landets kommuner, men at størstedelen af kommunerne efterlever Sundhedsstyrelsen anbefalinger. Af interviews foretaget i forbindelse med afdækningsrapporten fremgår, at sundhedsplejeordningernes servicetilbud og antallet af kontakter er af betydning for opsporing af sårbare familier. Desuden fremgår det, at en systematisk og målrettet visitering er nødvendig for at nå den rigtige målgruppe til indsatser for sårbare familier. Tre studier understøtter, at sundhedsplejen identificerer flere familier med behov for støtte til forældreverner og tilknytning til barnet, når besøgene strækker sig ud over det første år af barnets liv.

Afdækningen viser, at der ikke er konsensus i kommunerne om, hvordan man opsporer og kategoriserer sårbare gravide, børn og familier, og at ca. halvdelen af kommuner alene anvender sundhedsplejerskens faglige skøn og kliniske blik som opsporings- og kategoriseringsredskab og at dette fremtræder meget forskelligartet. Ud over det faglige skøn og kliniske blik anvendes i kommunerne 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. Indenfor samme kommune er der ofte forskel på, hvilke redskaber hhv. sundhedsplejersker og sagsbehandlere har at arbejde med, fordi ikke alle medarbejdere har været på kursus i samme metode samt at tolkningen og anvendelsen kan variere meget. Nogle kommuner anvender standardiserede metoder, andre anvender metoder de selv har udviklet.

Desuden viser afdækningsrapporten, at størstedelen af de kommunale sundhedsplejeordninger ikke anvender fastlagte kriterier for, hvornår en familie har brug for en tværfaglig indsats, og 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 viser desuden, at en systematisk tilgang øger sensitiviteten i forhold til opsporing. En enkelt screeningsmetode ADBB fremhæves i interviewene som særligt væsentlig, da den har givet sundhedsplejerskerne et sprogligt værktøj, der gør dem i stand til at konkretisere deres bekymring for et barn.

Tværfagligt samarbejde

Afdækningen viser, at langt de fleste kommuner har en tværfaglig gruppe, og at denne bruges på forskellig vis. Ca. hver femte af de deltagende kommuner har et formaliseret tværfagligt samarbejde, mens langt de fleste arbejder med en kombination af ad hoc og formaliseret samarbejde. Halvdelen af kommunerne har fastlagte kriterier for viderevisitering til andre fagpersoner. I afdækningen er der også spurgt til kommunernes brug af servicelovens § 11, stk. 3, i forhold til brug af supplerende sundhedsplejeydelser. Ca. hver fjerde kommune samarbejder

⁸ Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser

ikke formelt om servicelovens § 11, stk. 3, mens de kommuner der samarbejder, gør det både med og uden tilkøb af de ydelser, der bevilges på baggrund af denne bestemmelse.

Interviewene viser, at der er væsentlige forskelle i sundhedsplejerskers og socialrådgiveres arbejdsgange og -opgaver. Det er forskelle, der kan udfordre den tværprofessionelle kommunikation og samarbejdet omkring familierne. Afdækningen beskriver også, at det er en udfordring i indsatsen for sårbare familier at skabe procedurer, tilbud og rammer, der kan fremme, at de to faggrupper kan forstå hinanden og finde hinandens løsningsforslag relevante. Endelig beskriver rapporten problemer som faglige uoverensstemmelser og mangel på retningslinjer for samarbejdet.

Fastholdelse

Afdækningen viser, at sårbare familier sjældent takker nej til hjemmebesøg, og at jævnlig kontakt, både af telefonopkald og sms'er, er vigtige redskaber. Mange kommuner beskriver betydningen af en nær relation til sundhedsplejersken. Der skal være tid til en personlig, fordomsfri og konstruktiv kontakt med de gravide og deres partner for at skabe tillid og relationer, og det er centralt at vise imødekommenhed og vedholdenhed for at kunne fastholde familien i tilbuddet.

Det kan være svært at fastholde sårbare familier i gruppetilbud, hvor også ressourcestærke forældre deltager. Der bør således udvikles gruppetilbud målrettet sårbare familier disses særlige behov, idet det fremmer deltagelsen, når man har fælles problemstillinger. Deltagelse i forløbene fremmes ligeledes af, at den, der faciliterer møderne, er en person, som familien er tryk ved, hvorfor gruppetilbud bør varetages af få fagpersoner.

Samarbejde og tidlig opsporing i dagtilbud

Stort set alle kommuner har etableret samarbejde mellem sundhedsplejen og dagtilbud, men opgaven varetages på meget forskellig vis og er af meget varieret omfang. Det er således forskelligt fra kommune til kommune, om samarbejdet omfatter alle børn eller udelukkende sårbare børn og deres forældre. I vidt omfang anvendes ikke fælles kriterier til beskrivelse af barnets sundhed og trivsel. I interviewene lægges bl.a. vægt på, at sundhedsplejen ønsker bedre samarbejde med dagtilbuddene med fokus på at støtte forældre og børn i overgangen til institution.

3. FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME PÅ FIRE NIVEAUER

Med dette satspuljeprojekt introduceres en niveauinndeling af sundhedsplejeydelser på fire forebyggelses- og sundhedsfremmeniveauer, sådan som det er kendt fra svangreomsorgen. Formålet med at indføre niveauinndeling, som en del af satspuljeprojektet, er at afprøve, hvorvidt en sådan inddeling kan styrke sundhedsplejerskers vurdering af, hvilke behov familier har for yderligere indsats, når den generelle indsats ikke er tilstrækkelig. Niveauinndelingen kan desuden bidrage til at klargøre, hvornår en familie har brug for en tværprofessionel indsats og dermed også bidrage til styrket samarbejde mellem socialforvaltning og sundhedsplejen med henblik på tidlig og målrettet indsats for sårbare familier.

I projektperioden skal udvikles og afprøves såvel mono- som tværfaglige indsatser med udgangspunkt i opkvalificering af fagpersonale, afprøvning af fælles metoder på tværs af forvaltninger og udvikling af fælles sproglige værktøjer og forståelse for de sårbare familiers be-

hov for støtte til vækst. Indsatserne skal virke i forhold til opsporing, kategorisering og fastholdelse af forældrene i kommunens tilbud.

Niveau 1 er de universelle tilbud fra sundhedsplejen til alle familier med henblik på tidlig opsporing af såvel sundhedsfaglige som psykosociale vanskeligheder⁹.

Niveau 2 er monofaglige, sundhedsplejefaglige behovsydelser til familier med problemer af sundhedsfaglig karakter. Ydelserne har til formål at understøtte forældrenes egne kompetencer i et sundhedsfremmeperspektiv, 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 afklaring¹⁰.

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 depression¹¹ eller om familier, hvor en eller begge forældre har en svær barndom med svigt og traumer bag sig med deraf følgende tilknytningsproblemer. Det kan desuden dreje sig om familier med pludseligt opståede alvorlige problemer som dødsfald eller alvorlig sygdom i familien eller familier, der er belastede af kronisk sygdom af såvel somatisk som psykiatrisk karakter¹² eller handicap, forældre i en svær skilsmisse eller andre psykosociale belastninger eller sundhedsmæssige udfordringer¹³, hvor der er behov for en særlig målrettet individuel ydelse i en kortere periode.

Niveau 4 er indikerede, specifikke indsatser på individniveau, hvor højt specialiseret viden er nødvendig, og kan fx blive givet med hjemmel i serviceloven. Det drejer sig fx om familier med rusmiddelproblemer, børn, som er udsat for anden omsorgssvigt og børn med tilknytnings- og udviklingsforstyrrelser¹⁴.

4. SATSPULJEPROJEKTETS TO MODELLER

På baggrund af ovenstående udmøntes midlerne i dette satspuljeprosjekt til to modelprojekter:

- A. *Styrkelse af den opsøgende indsats fra sundhedsplejen og målretning af de eksisterende sundhedsplejeydelser* i forhold til opsporing sårbare børn og familier (niveau 1), herunder etablering af faste kriterier for henvisning til ydelser ud over det ordinære tilbud (niveau 2). Udvikling af det tværprofessionelle samarbejde med henblik på at udvikle fælles sprog og kategorisering af sårbare og udsatte familier (niveau 3) samt

⁹ Jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 § 8, stk. 2

¹⁰ Jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 § 12 og 13

¹¹ Jf. rapporten ”Sygdomsbyrden i Danmark” (Sundhedsstyrelsen 2015) er angst og depression almindelig og udbredte sygdomme, der har store implikationer for både samfundet og de borgere, der rammes heraf

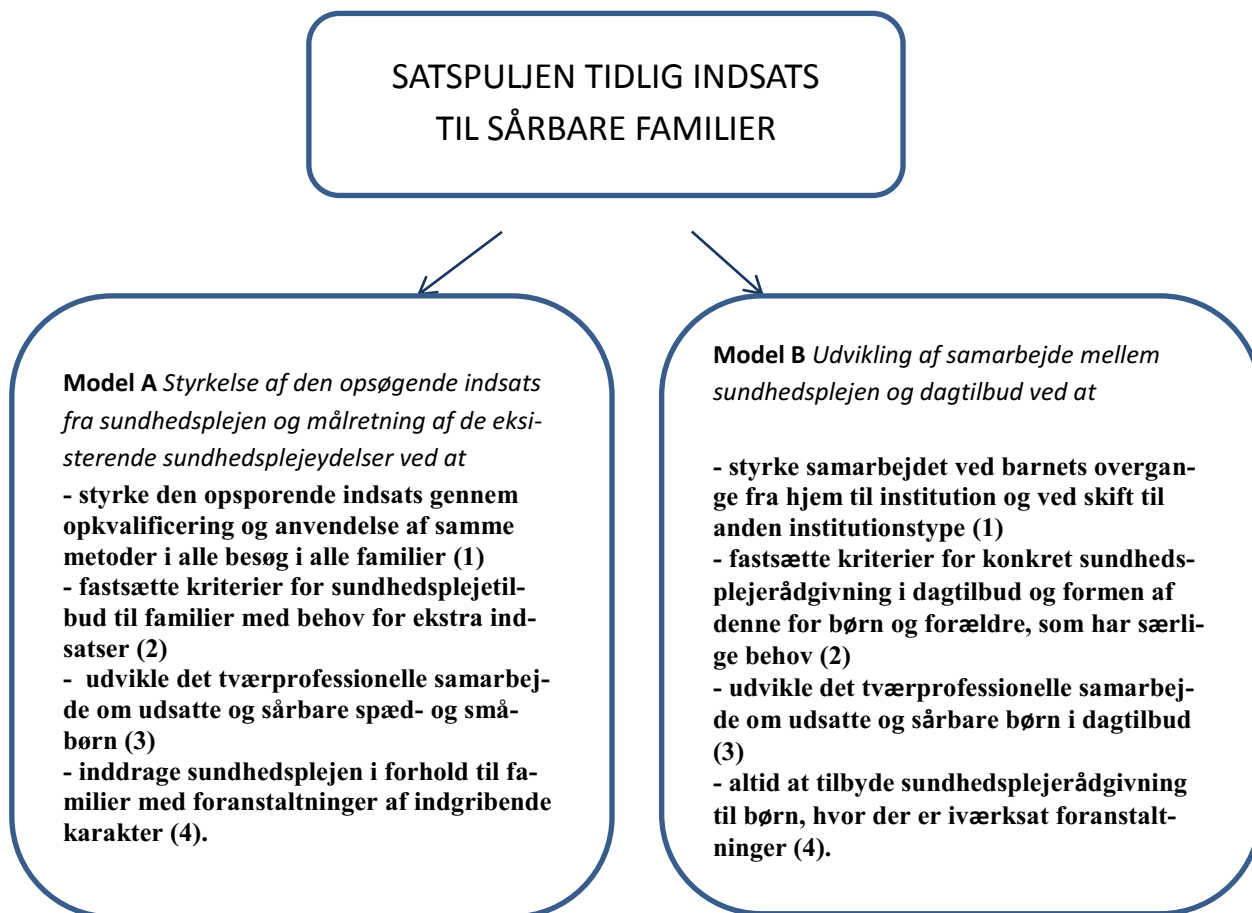
¹² Evaluering af satspuljen om lighed i håndteringen af børn og unge med en kronisk somatisk sygdom. Sundhedsstyrelsen 2017

¹³ Jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 § 8, stk. 3, § 12 og 14. Serviceloven § 11 og 46

¹⁴ Jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 §§ 14-15 og Serviceloven LBK nr. 369 af 18/04/2017 § 19, 46 og 49 a samt vejledning nr. 3 om støtte til børn og unge med særlige behov punkt 15 og 19

inddragelse af sundhedsplejerskens kompetencer og viden i forhold til familier, hvor foranstaltninger har vist sig nødvendigt (niveau 4).

- B. *Udvikling af samarbejde mellem sundhedsplejen og dagtilbud* i forhold til overgangen fra hjem til institution og ved skift til anden institutionstype (niveau 1), udarbejdelse af kriterier for konkret rådgivning fra sundhedsplejen samt udvikling af formatet på denne vedrørende de børn, som det pædagogiske personale finder, har særlige problemer (niveau 2), og udvikling af fælles sprogligt værktøj gennem tværprofessionelt samarbejde om sårbare og udsatte familier i dagtilbud (niveau 3). For sidstnævnte indgår også samarbejde med kommunens børne- og unge forvaltning, PPR m. fl.



Inden for hver model udvikles indsatser i forhold til såvel de universelle indsatser som de målrettede ydelser, som beskrives nedenfor.

Niveau 1 - De universelle ydelser

Model A har fokus på at *styrke den opsøgende indsats* fra sundhedsplejen gennem monofaglig opkvalificering af sundhedsplejerskerne *gennem brug af fælles metoder* i sundhedsplejen med henblik på at opspore sårbare børn tidligt og målrette ressourcerne.

Model B har fokus på at *udvikle samarbejdet mellem personale i sundhedsplejen og dagtilbud* ved at udvikle og styrke samarbejdet i overgangene i børns liv, hvor sårbarheden kan være ekstra udtalt: Overgangen fra hjemmet til start i dagtilbud, overgang fra vuggestue/dagpleje til børnehave og overgangen fra dagtilbud til skole.

Niveau 2 – Monofaglige behovsydelser

Model A har fokus på at *udvikle og anvende faste kriterier* for at tilbyde monofaglige ydelser fra sundhedsplejen i form af hjemmebesøg, hvor den ordinære besøgsprofil ikke rækker til at støtte barnets sundhed og familiens trivsel med henblik på at målrette ressourcerne.

Model B har fokus på at *fastsætte kriterier for konkret sundhedsplejerådgivning* i samarbejde med pædagogerne. Desuden skal formen af denne *udvikles og afprøves* med henblik på tidlig opsporing og fastholdelse af målgruppen.

For begge modeller gælder, at der blandt sundhedsplejersker og pædagoger skal anvendes samme kategoriseringsredskab til at understøtte målretning af de tildelte ressourcer på området.

Niveau 3 – Tværprofessionelle målrettede ydelser

Både model A og B har fokus på *ydelser, der skal iværksættes i en tværprofessionel sammenhæng* i såvel en akut, måske midlertidig fase, som i en mere langsigtet indsats¹⁵. Sårbare børn og familier fremtræder på mange forskellige måder og har mange forskellige behov, og indsatser, der udvikles på dette niveau, skal have et *bredt sammensat tværprofessionelt og fleksibelt team, der kan matche familiernes behov for støtte*.

Tværprofessionalismen udvikles i projektperioden gennem etablering af fælles sprogligt værktøj bl.a. gennem fælles uddannelse og anvendelse af samme kategoriseringsredskab i såvel børn- og ungeforvaltningen som i sundhedsplejen, dagtilbud, PPR mm.

Der skal til begge modeller udvikles og afprøves en vifte af såvel kortvarige intensive som mere langvarige tværprofessionelle tilbud og indsatser, der som udgangspunkt udgår fra *servicelovens § 11, stk. 3*, men som også kan iværksættes i forhold til *sundhedslovens §§ 122 og 123*.

Niveau 4 – Indikerede, specifikke ydelser

De indikerede specifikke ydelser har til formål i et tværprofessionelt team af højt kvalificerede professionelle at yde behandling af svære forhold i familien med det formål at forebygge gennemgribende foranstaltninger som fx anbringelse uden for hjemmet eller ydelser til børn, der allerede er anbragt uden for hjemmet. Der er her tale om familier med substantielle sociale, psykiatriske og psykologiske problemer, som overskygger deres evne til at varetage barnets sundhed, trivsel og udvikling uden omfattende støtte.

Niveau 4 ydelser gives som oftest efter servicelovens bestemmelser. Disse børn og familier skal imidlertid altid sikres sundhedsplejeydelser, uanset de sociale forhold umiddelbart er mest påkrævede at handle på.

5. INDHOLDET I DE TO MODELLER

Nedenfor beskrives, hvilke metoder og øvrige indholdselementer de ansøgende kommuner forpligter sig til at udvikle, afprøve og anvende. Inden for hver model er der frihedsgrader, inden for hvilke kommunerne individuelt kan udvikle projektet i henhold til formålet med dette satspuljeprosjekt. Projektkommunerne skal med udgangspunkt i nedenstående udvikle indsat-

¹⁵ Oldrup, HO & Vitus K: Indsatser over for udsatte 0-3-årige og deres forældre. En systematisk forskningsoversigt 11:32. SFI. Det Nationale Center for Velfærd 2011

ser, der matcher målgruppens behov – dvs. målrettede ydelser med høj grad af fleksibilitet og brugerinddragelse, som gør det muligt at fastholde målgruppen gennem en længere indsatsperiode, hvis nødvendigt.

5.1 MODEL A

Niveau 1

Projektkommunerne skal:

- tilbyde graviditetsbesøg til alle gravide, barselsbesøg ved udskrivning fra fødested før 72 timer efter fødslen samt minimum 5 hjemmebesøg til alle nye familier i første leveår¹⁶ samt et hjemmebesøg mellem 15 og 18 måneder
- uddanne alle kommunens sundhedsplejersker i brug af EPDS og Gotlandskalen^{15, 16}.
- tilbyde både mor og far screening for fødselsdepression inden 2 måneder efter barnets fødsel¹⁷
- uddanne alle kommunens sundhedsplejersker i opsporingsredskabet ADBB (Alarm Distress Baby Scale)^{18, 19} (såfremt de ikke allerede er uddannet). ADBB anvendes i alle hjemmebesøg i alle familier i kommunen i projektperioden. Sagsbehandlere, pædagogisk konsulent og andre relevante fagpersoner fx psykolog uddannes sammen med sundhedsplejerskerne i ADBB med henblik på at skabe fælles sprog blandt de, der har ansvar for opsporing af sårbare familier samt tilbud om støttende foranstaltninger til sårbare familier.
- anvende fælles kategoriseringsværktøj blandt alle ansatte, der har med børn og familier at gøre. Ansøgende kommune skal anvende samme kategoriseringsredskab i de involverede forvaltninger.

Niveau 2

- Projektkommuner skal udvikle og afprøve faste kriterier for aflæggelse af behovsbesøg til familier med børn under 1 år, samt udvikle og beskrive, hvorledes man sikrer, at kriterierne anvendes og hvorledes nyuddannede og nyansatte sundhedsplejersker oplæres i brug af kriterierne.

Niveau 3

- Projektkommunerne skal udvikle besøgspakker til familier med problemstillinger opstået i forbindelse med graviditet, fødsel, spæd- og småbarnsalder. Pakkerne, der udvikles i henhold til bestemmelserne om sundhedsplejens ydelser til børn og unge med særlige behov²⁰ og servicelovens bestemmelser om forebyggende tilbud²¹, skal indeholde såvel mono- som tværfaglige løsningsfokuserede tilbud med henblik på at kunne skræddersy målrettede ydelser ud fra barnets og familiens konkrete og individuelle behov. Besøgspakkerne skal som minimum indeholde:
 - fælles hjemmebesøg med sundhedsplejerske og sagsbehandler til familier med behov for akut eller længerevarende tværprofessionel støtte.

¹⁶ Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Sundhedsstyrelsen 2011

¹⁷ Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Mental sundhed 2012

¹⁸ Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Inf Ment Health J*, 2001; (5): 559-575

¹⁹ Metoden er valgt på baggrund af afdækningsrapportens resultater og metodeworkshop afholdt i Sundhedsstyrelsen juni 2017 med det formål at kunne pege på en specifik metode, der virker i forhold til opsporing af målgruppen.

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

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

- Brug af COS-P eller Marte Meo som behandlingstilbud, hvor ADDB eller andet viser, at der er behov herfor²².
- Øvrige tilbud i besøgs pakkerne skal etableres med udgangspunkt i tilknytningsteori, netværksteori og eksisterende viden om relationskompetencens betydning for såvel samarbejdet internt i kommunen som for de sårbare familier.
- Etablering eller videreførelse af forebyggende og behandlende tværprofessionelt småbørnsteam, der kan vurdere og varetage de sårbare børn og familiers behov i en step-ped-care model /indsatstrappe. Teamet skal bidrage til at sikre faglig koordinering, og i projektperioden udvikles til at kunne tilbyde skræddersyede individuelle indsatser, såvel som gruppetilbud, såfremt besøgs pakkerne ikke er tilstrækkelige til at forebygge mere gennemgribende foranstaltninger. Til småbørnsteamet kan henvises
 - Gravide og forældre med tegn på fødselsdepression efter screening
 - Børn, der ved ADDB vurdering, viser sig at have behov for særlig indsats ud over COS-P eller Marte Meo.
 - Familier med særlige behov, der er opstået i forbindelse med graviditet og fødsel. Det kan være fødselskomplikationer, fødsel af alvorligt sygt barn eller barn med handicap, aktivering af tidligere traumer og/eller omsorgssvigt gennem barndommen i forbindelse med barnets fødsel
 - Familier med børn med kronisk sygdom eller handicap
 - Etablering af et brugerråd, der bidrager til at sikre, at kommunens tilbud er relevante for familierne og dermed, at forældrene fastholdes i tilbuddet.

Niveau 4

- Familier, der henvises til videre foranstaltninger i henhold til servicelovens bestemmelser skal sikres fortsat tilknytning til sundhedsplejens ydelser med henblik på at sikre, at der fortsat føres tilsyn med det enkelte barns fysiske, og psykiske helbredstilstand²³. Den fortsatte tilknytning skal som minimum indebære:
 - Fælles hjemmebesøg ved sagsbehandler, sundhedsplejerske og evt. anden relevant part fx pædagog. Som minimum én gang årligt
 - Inddragelse af sundhedsplejerskens og alment praktiserende læges viden om barnets sundheds- og helbredstilstand og hjemlige forhold ved fx undersøgelser efter servicelovens § 50
 - Sundhedspleje til børn anbragt uden for hjemmet²⁴, ²⁵.

MODEL B

Niveau 1

Projektkommunerne skal

- udvikle en ligeværdig samarbejdsstruktur mellem sundhedsplejen og kommunens dagtilbud
- udvikle fælles sprog om sårbare familier gennem fælles uddannelse (COS-P eller Marte Meo)

²² Metoderne er udvalgt på baggrund af workshop afholdt i Sundhedsstyrelsen juni 2017

²³ Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 § 8, stk. 2, 3

²⁴ I Sverige er det dokumenteret, at børn og unge som anbringes har flere fysiske og psykiske sygdomme end andre børn og unge på samme alder, f.eks. flere problemer med infektioner, astma, syn, hørelse, tandsygdomme, fejlnæring, hudsygdomme, social adfærd og følelsesmæssig udvikling (Kling, Vinnerljung & Hjern, 2016). De samme forhold er genfundet i et projekt i Mariagerfjord Kommune, men er endnu ikke beskrevet og evalueret (personlig meddelelse ledende sundhedsplejerske Pia Ballentin, Mariagerfjord Kommune)

²⁵ Ottesen MH, Christensen PS. Anbragte børns sundhed og skolegang. SFI – Det nationale Center for Velfærd. 2008

- tilbyde hjemmebesøg til alle familier ved sundhedsplejerske og pædagog i forbindelse med start i dagtilbud og overgang til børnehave samt ved skolestart²⁶
- tilbyde fælles undersøgelse af pædagog og sundhedsplejerske til det ca. tre-årige barn i børnehaven mhp at opspore vanskeligheder af bl.a. social, sproglig eller motorisk karakter fra et tværprofessionelt udgangspunkt²⁷.

Niveau 2

Projektkommunerne skal i et samarbejde mellem dagtilbud og sundhedspleje udarbejde kriterier for konkret rådgivning fra sundhedsplejen samt udvikle formen af denne vedrørende de børn, som det pædagogiske personale finder, har særlige behov for sundhedsfaglig støtte og rådgivning jf. bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 § 17, stk. 2, 3

Niveau 3

Projektkommunerne skal på baggrund af opsporing af børn med særlige problemer gennem indsatser på niveau 1 og 2 og viden om særlige problemer fx i udsatte boligområder eller i forhold til etniske minoriteter og/eller flygtningefamilier som minimum:

- Tilbyde hjemmebesøg ved sundhedsplejerske og pædagog efter aftale med forældrene og ved behov for mere omfattende og evt. langvarig støtte fra fx PPR eller støttepædagog. Fælles hjemmebesøg skal indgå som metode frem til barnet starter i skole
- Bruge COS-P eller Marte Meo til familier med særlige behov i dagtilbuddet i samarbejde mellem sundhedsplejersker og pædagoger, hvor dette vurderes relevant.
- Etablere (eller videreføre) forebyggende og behandlende tværprofessionelt småbørnsteam, der kan vurdere og varetage de sårbare børn og familiers behov i en stepped-care model /indsatstrappe. Teamet skal bidrage til at sikre faglig koordinering og i projektperioden udvikles til at kunne tilbyde skræddersyede individuelle indsatser, såvel som gruppetilbud, til børn i dagtilbud med behov for tværprofessionelle indsatser. Til småbørnsteamet kan fx henvises
 - børn med trivselsproblemer, der ikke kan løses ved mindre gennemgribende indsatser som COS-P eller Marte Meo
 - børn med meget fravær af uspecifik karakter
 - børn med kroniske sygdomme eller andre forhold, der har indvirkning på barnets sundhed og trivsel
 - og andre.

Indsatser i forbindelse med institutionsstart for udsatte børn og familier fx i områder med mange psykosociale og økonomiske belastninger, mange etniske minoritetsfamilier²⁸, ²⁹ herunder flygtningefamilier kan indgå som element, hvis det er relevant for ansøgende kommuner.

²⁶ Forslag fremkommet på to workshops afholdt i Sundhedsstyrelsen i maj 2017 samt på baggrund af afdækningsrapporten

²⁷ Forslag fremkommet på to workshops afholdt i Sundhedsstyrelsen i maj 2017 og på baggrund af erfaringer fra tidligere satspulje

²⁸ Petersen KA & Ladefoged L: Sundhedsplejens indsatser og betydning i samarbejdet med små udsatte børn og familier. Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Aarhus Universitet, 2015

²⁹ Københavns Kommune. Indsatsbeskrivelse for sundhedsplejen/Tingbjerg

Niveau 4

Børn, hvor der er iværksat foranstaltninger jf. servicelovens bestemmelser, skal have tilknyttet sundhedspleje med henblik på at sikre, at også barnets sundhed varetages i samarbejde med forældre eller plejefamilie – også efter den ordinære kontakt til sundhedsplejen er ophørt omkring halvandet års alderen.

5. HVEM KAN SØGE MIDLER FRA PULJEN?

Kommuner, der ønsker at kvalitetsudvikle området ”tidlig indsats for sårbare familier” i henhold til de to modeller beskrevet ovenfor, kan søge om midler fra puljen.

Ud fra grundelementerne i de to modeller (se afsnit 4) udvikles, afprøves, etableres og evalueres indsatser, der matcher udsatte og sårbare børn og familiers behov, jf. de overordnede beskrivelser i afsnit 4. Indsatserne skal styrke den opsøgende indsats fra sundhedsplejen med henblik på at kunne målrette de eksisterende ressourcer på området, så der er større fokus på målgruppen. Indsatserne skal desuden udvikle det tværprofessionelle samarbejde om tidlig indsats i kommunen med inddragelse af dagtilbud.

Der kan ansøges om midler til *enten* model A eller *model* B.

Forankring og forpligtelser

Alle projekter skal forankres i den kommunale sundhedstjeneste. For at sikre fælles ejerskab og ledelsesforankring til de påtænkte projekter skal ansøgningerne være underskrevet af de samarbejdspartnere, der bliver inddraget i indsatsen fx socialforvaltningen, ansvarlige for dagtilbud i kommunen, PPR eller andre.

Projekterne er forpligtet til at følge det evalueringskoncept, der præsenteres af Sundhedsstyrelsen og levere data, som det planlægges af evaluator samt stille op til evt. individuelle interviews, fokusgruppeinterviews eller andet.

Kommunerne er desuden forpligtet til at indsende årlige statusrapporter for projektets fremdrift og økonomi samt udarbejde egen, lokal evaluering ved projektets afslutning.

6. Hvad kan kommunerne søge midler til?

Støtten vil kunne ydes dels som udviklingsstøtte dels som driftsstøtte. Det forudsættes, at størstedelen af puljemidlerne ydes som udviklingsmidler.

Der kan søges om midler til:

- ansættelse af projektleder og andre ansættelser i forbindelse med projektet, fx evalueringsansvarlig i projektforslaget
- uddannelse i de angivne metoder (ADBB, COS-P, Marte Meo)
- kompetenceudvikling inden for andre i ansøgningen beskrevne områder, såfremt dette er begrundet i ansøgningen fx EPDS og Gotland
- afholdelse af lokale temadage og seminarer af tværprofessionel karakter, hvad angår lokaleleje, forplejning og aflønning af oplægsholdere
- udvikling af materialer til brug for projekter
- udarbejdelse af egen-evaluering - max 100.000 kr.

Projektkommunerne skal selv dække:

- Fornøden frihed til at medarbejdere kan deltage i kompetenceudvikling og dermed bidrage til at sikre modelprojektets gennemførelse
- Udgifter til transport for medarbejdere i forbindelse med aktiviteterne, herunder uddannelsesforløb, seminarer o.a.
- Driftsomkostninger som fx kontorhold, herunder telefonudgifter, lokaleleje til projektleder og medarbejdere i forbindelse med møder i styre-, reference og arbejdsgrupper o. lign., forplejning til personale ved møder og lign.

7. Støtte til deltagende kommuner

- Proceskonsulentbistand. Proceskonsulenten forestår kick-off seminar, netværksseminarer og processuel sparring med kommunerne i hele perioden i tæt samarbejde med Sundhedsstyrelsen.
- Faglig sparring med Sundhedsstyrelsen ved vanskeligheder ydes efter behov.

8. Kriterier ved udvælgelse af projektkommuner

Ved udvælgelse af kommuner anlægges et helhedssyn, hvor der desuden lægges vægt på følgende kriterier:

- Beskrivelse af den ledelsesmæssige organisering af og opbakning til projektet, herunder beskrivelse af tydelig ansvarsfordeling.
- Hvorledes det tværprofessionelle samarbejde vil blive udviklet og kvalificeret med henblik på sammenhæng og helhed for familierne: fx hvilke faggrupper inddrage i arbejdet, i hvilket omfang og med hvilke opgaver i forhold til familien?
- Vurdering af effektiviteten af de arbejdsgange, der skitseres i projektet.
- Vurdering af i hvilket omfang man vil uddanne sundhedspersonalet og andre faggrupper fx pædagoger, sagsbehandlere, psykologer, o.a. til de metoder, der skal anvendes i projektperioden og begrundelserne herfor, herunder hvordan man vil forebygge sårbarhed i projektet ved sikring af funktioner.
- I hvilket omfang ansøgningen forholder sig til de introducerede fire niveauer i sundhedsplejen og anvender disse i udformningen af de konkrete, lokale projekter. Hvad angår model A indgår også beskrivelsen af et brugerråd i vurderingen.
- I hvilket omfang ansøgende kommune har vurderet og beskrevet mulighederne for videreførelse efter endt projektperiode.
- I hvilket omfang ansøger har taget højde for de opgaver, der knytter sig til evalueringen af projektet.

11. Økonomi

Der udmøntes i alt 77, 4 mio. kr. over 4 år. Første del af de tildelte midler udbetales ultimo 2017. Projekterne afsluttes medio 2021.

12. Tidsfrister

Ansøgningerne skal være Sundhedsstyrelsen i hænde **senest tirsdag d. 31. oktober 2017 kl. 12.00**

Sundhedsstyrelsen forventer at give svar om tilsagn **ultimo november 2017**

Projekterne forventes at starte **15. december 2017**.

Projekterne slutter **30. juni 2021**.

13. Ansøgningsprocedure

Ved ansøgning skal Sundhedsstyrelsens ansøgningskema anvendes. Ansøgningen skal være underskrevet af lederen af den kommunale sundhedstjeneste og chefen for de(n) relevante forvaltning(er), som er involveret i det tværprofessionelle arbejde.

Ansøgningskemaet sendes elektronisk til Sundhedsstyrelsen, på mailadressen **fob@sst.dk**
mrk.: Tidlig indsats for sårbare familier J.nr. 1-1010 - 294/1/ANP

Yderligere oplysninger

Spørgsmål af sundhedsfaglig karakter:

Annette Poulsen, anp@sst.dk, 7222 7597

Spørgsmål vedr. økonomi og administration af puljen:

Kasper Dahl, kad@sst.dk, 7222 7587