



DIALOGGRUPPE

– om forebyggelse som alternativ til anbringelse ●

FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER 0-4 ÅR

DIALOGGRUPPE – OM FOREBYGGELSE SOM ALTERNATIV TIL ANBRINGELSE



10:22

DELRAPPORT 2

METTE LAUSTEN
ANNE-KIRSTINE MØLHOLT
HELLE HANSEN
LISE HEINER SCHMIDT
MAJA AAQUIST

10:22

FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER 0-4 ÅR

DIALOGGRUPPE – OM FOREBYGGELSE SOM
ALTERNATIV TIL ANBRINGELSE. DELRAPPORT 2

METTE LAUSTEN
ANNE-KIRSTINE MØLHOLT
HELLE HANSEN
LISE HEINER SCHMIDT, COWI A/S
MAJA AAQUIST, COWI A/S

KØBENHAVN 2010
SFI – DET NATIONALE FORSKNINGSCENTER FOR VELFÆRD

FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER 0-4 ÅR. DIALOGGRUPPE – OM FOREBYGGELSE SOM ALTERNATIV TIL ANBRINGELSE. DELRAPPORT 2.

Afdelingsleder: Anne-Dorthe Hestbæk
Afdelingen for børn og familie

Undersøgelsens følgegruppe:

Anne-Dorthe Hestbæk, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Turf Böcker Jakobsen, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Geert Jørgensen, LOS og Børnesagens Fællesråd
Lene Jørgensen, FBU ForældreLANDSforeningen
Trine Møller Lagoni, Servicestyrelsen
Annette Juul Lund, Børnerådet
Mia Nordstrand, TABUKA
Jessie Brender Olesen, KL – Kommunernes Landsforening
Jakob Brixtofte Petersen, Servicestyrelsen
Elisabeth Marian Thomassen, Servicestyrelsen
Jette Wilhelmsen, Børns Vilkår

ISSN: 1396-1810

ISBN: 978-87-7487-984-8

Layout: Hedda Bank

Forsidefoto: Michael Daugaard

Oplag: 800

Tryk: Rosendahls – Schultz Grafisk A/S

© 2010 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

Tlf. 33 48 08 00

sfi@sfi.dk

www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.
Skrifter, der omtaler, anmelder, henviser til eller gengiver SFI's publikationer, bedes sendt til centret.

INDHOLD

| | | |
|----------|---|-----------|
| | FORORD | 7 |
| | RESUMÉ | 9 |
| 1 | INDLEDNING | 15 |
| | Præsentation af projektet | 15 |
| | Udvalgte kommuner og foranstaltninger | 17 |
| | Rapportens struktur | 19 |
| 2 | VIDENSOPSAMLING OM FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER FOR 0-4-ÅRIGE | 21 |
| | Præsentation af vidensopsamlingen | 21 |
| | Socioøkonomiske ressourcer | 22 |
| | Skæv fordeling af udsatte familier | 25 |
| | Identifikation af udsatte børn | 27 |
| | Tidlig indsats i daginstitutionen | 29 |
| | Tidlig indsats i familien | 31 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3 | FAXE KOMMUNE: FAMILIECENTER OG 'FAGMODELLEN' | 41 |
| | Målgruppe, formål og indhold | 41 |
| | Henvi sning og visitering | 44 |
| | Metoder | 45 |
| | Medarbejdere og faglighed | 47 |
| | Organisering og ledelse | 49 |
| | Samarbejde med andre | 50 |
| | Dokumentation og resultater | 50 |
| 4 | HELSINGØR KOMMUNE: DET LILLE FAMILIEHUS (FLERFAMILIEARBEJDET) | 51 |
| | Målgruppe, formål og indhold | 51 |
| | Henvi sning og visitering | 55 |
| | Metoder | 57 |
| | Medarbejdere og faglighed | 59 |
| | Organisering og ledelse | 61 |
| | Samarbejde med andre | 61 |
| | Dokumentation og resultater | 63 |
| 5 | HILLERØD KOMMUNE: FØDSEL-SPÆDBARN- SAMARBEJDET | 67 |
| | Målgruppe, formål og indhold | 67 |
| | Henvi sning og visitering | 69 |
| | Metoder | 74 |
| | Medarbejdere og faglighed | 76 |
| | Organisering og ledelse | 77 |
| | Samarbejde med andre | 78 |
| | Dokumentation og resultater | 79 |
| 6 | THISTED KOMMUNE: FAMILIEN I VÆKST | 83 |
| | Målgruppe, formål og indhold | 83 |

| | | |
|----------|--|------------|
| | Henvisning og visitering | 85 |
| | Metoder | 87 |
| | Medarbejdere og faglighed | 88 |
| | Organisering og ledelse | 89 |
| | Samarbejde med andre | 90 |
| | Dokumentation og resultater | 90 |
| 7 | ÅRHUS KOMMUNE: VUGGESTEDET | 93 |
| | Målgruppe, formål og indhold | 93 |
| | Henvisning og visitering | 94 |
| | Metoder | 95 |
| | Medarbejdere og faglighed | 97 |
| | Organisering og ledelse | 97 |
| | Samarbejde med andre | 98 |
| | Dokumentation og resultater | 98 |
| 8 | NØGLETALSANALYSE MED FOKUS PÅ 0-4-ÅRIGE | 101 |
| | Præsentation af nøgletal | 101 |
| | Strukturelle forhold i kommunerne | 102 |
| | Sociale forhold i kommunerne | 105 |
| | Kommunal praksis i forhold til forebyggelse og anbringelse | 110 |
| | Opmærksomhedspunkter fra nøgletalsanalysen | 119 |
| 9 | STATUS FOR EFFEKTEVALUERING FOR 0-4-ÅRIGE | 121 |
| | Præsentation af data til effektevalueringen | 121 |
| | Resultater fra den foreløbige dataindsamling | 123 |
| | Karakteristik af de 0-4-årige | 126 |
| | Samarbejde og dokumentation | 127 |
| | Familierne i de forebyggende foranstaltninger | 128 |
| | Relationer | 131 |
| | Opmærksomhedspunkter fra dataindsamlingen | 138 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 10 | OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I FOREBYGGENDE ARBEJDE MED 0-4-ÅRIGE | 141 |
| | Præsentation af sammenfatningen | 141 |
| | Målgruppe, formål og indhold | 142 |
| | Henvi sning og visitering | 144 |
| | Metoder | 145 |
| | Medarbejdere og faglighed | 147 |
| | Organisering og ledelse | 148 |
| | Samarbejde med andre | 149 |
| | Dokumentation og resultater | 150 |
| | BILAG | 153 |
| | Bilag 1: Eksempel på Børneplan fra Faxe Kommune | 154 |
| | Bilag 2: Eksempel på samarbejdsaftale i Faxe Kommune | 155 |
| | Bilag 3: Eksempel på '5 step-modellen til refleksion' fra Helsingør Kommune | 156 |
| | Bilag 4: Dagsprogram fra Flerfamiliearbejdet i Helsingør Kommune | 157 |
| | Bilag 5: Børnelinealen fra fødselspædbarn-samarbejdet i Hillerød Kommune | 159 |
| | Bilag 6: Henvi sningsskema til familiehuset i Hillerød Kommune | 161 |
| | Bilag 7: Netværk skort på baggrund af genogram fra Thisted Kommune | 163 |
| | Bilag 8: Eksempel på indholdet i en babysvømning s lektion i Thisted Kommune | 164 |
| | Bilag 9: Eksempel på spørgsmål til genogram i Århus Kommune | 165 |
| | Bilag 10: Dokumentation af behandlingsforløb fra Århus Kommune | 166 |
| | Bilag 11: Eksempel på brugerundersøgelse af Vuggestedet i Århus | 169 |
| | LITTERATUR | 173 |
| | SFI-RAPPORTER SIDEN 2009 | 179 |

FORORD

Denne rapport er den anden delrapport om projektet 'Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse'. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og COWI A/S gennemfører projektet for Servicestyrelsen fra foråret 2009 til foråret 2013.

Det overordnede formål med projektet er at bidrage med viden til, at landets kommuner bliver bedre i stand til at iværksætte den støtte og hjælp, som udsatte børn og unge har behov for. Målet er at sikre børnenes og de unges trivsel og udvikling. Projektet bygger på omfattende datamateriale om 23 forebyggende foranstaltninger i 10 udvalgte kommuner fordelt over hele Danmark. Foranstaltningerne er alle tilbud baseret på Lov om Social Service § 52, stk. 3. De 10 udvalgte kommuner, der deltager i projektets 4-årige periode, er: Assens, Brøndby, Faxe, Fredericia, Helsingør, Hillerød, Mariagerfjord, Thisted, Aalborg og Århus.

Der vil igennem hele projektperioden løbende blive udgivet delrapporter, ligesom der ved projektets afslutning vil udkomme en sammenfattende rapport om hele projektet. Udvalgelsen af kommuner og forebyggende foranstaltninger til at deltage i projektet blev beskrevet i delrapport 1 (Lausten, Mølholt, Hansen & Jensen, 2010). De mere indgående beskrivelser af foranstaltningerne samt analyserne af det indsamlede materiale, som anvendes i forhold til en effektevaluering af foranstaltningerne, indgår i denne og de følgende delrapporter. Hensigten med den foreliggende delrapport 2 er at beskrive det forebyggende arbejde i

kommunerne centreret omkring børn i alderen 0-4 år. Herudover præsenteres der i delrapporten relevant forskning på området, såvel ud fra et nationalt som et internationalt perspektiv.

Rapporten er udarbejdet af seniorforsker Mette Lausten, der er projektleder på projektet, forskningsassistent Anne-Kirstine Mølholt og forskningsassistent Helle Hansen, der alle er fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Herudover indgår Lise Heiner Schmidt fra COWI A/S i projektgruppen, og i samarbejde med Maja Aaquist fra COWI A/S har hun bidraget med kapitler om foranstaltninger for 0-4-årige. Projektet følges løbende af en styregruppe, der ud over projektgruppen består af Elisabeth Marian Thomassen, Trine Møller Lagoni og Jakob Brixtofte Petersen fra Servicestyrelsen, Maja Marker fra Børnekontoret i Socialministeriet samt Jessie Brender Olesen fra Kommunernes Landsforening (KL). Der er ligeledes nedsat en følgegruppe (se kolofonen), der kommenterer det faglige indhold af rapporterne. Frank Ebsen har været ekstern referee på delrapport 2. Alle – de 10 kommuner, styregruppen, følgegruppen og Frank Ebsen – takkes for deres gode kommentarer.

København, oktober 2010

JØRGEN SØNDERGAARD

RESUMÉ

DIALOGPROJEKTET

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd gennemfører projektet 'Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse' i samarbejde med COWI A/S. Projektet er finansieret af Servicestyrelsen og løber over en 4-årig periode fra foråret 2009 til foråret 2013. Denne rapport er den anden af seks delrapporter, som vil udkomme i tilknytning til projektet.

Det overordnede formål med projektet er at afdække kommunernes brug af forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelse. Projektet skal tilvejebringe en bred og anvendelig viden om forebyggende foranstaltninger, der på sigt kan være medvirkende til at udvikle god praksis. Projektet skal herved bidrage til, at alle landets kommuner kan blive bedre i stand til at iværksætte den støtte og hjælp, som udsatte børn og unge har behov for, så deres trivsel og udvikling sikres. På projektets hjemmeside www.forebyggelse-boernogunge.dk er det muligt at følge projektets udvikling og finde nyttig viden og henvisninger relateret til projektet.

I forhold til udviklingen af eksempler på god praksis vil den opsamlede viden være struktureret under særlige opmærksomhedspunkter, som er inspireret af Business Excellence-modellen (Statens Center for Kompetence- og Kvalitetsudvikling, 2003). Opmærksomhedspunkterne er opdelt under *indsatsen* (foranstaltningen) med underoverskrifterne: 1.

Målgruppe, formål og indhold, 2. Henvisning og visitering, 3. Metoder, 4. Medarbejdere og faglighed, 5. Organisering og ledelse, 6. Samarbejde med andre og en beskrivelse af *resultater* under overskriften 7. Dokumentation og resultater. At den opsamlede viden struktureres under disse opmærksomhedspunkter betyder, at der i afslutningen af hvert kapitel i delrapporterne er en sammenfatning af, hvad kapitlet kan bidrage med i forhold til det forebyggende arbejde¹. Afslutningsvis i hver delrapport vil der være et sammenfattende kapitel omkring den samlede viden på tværs af kapitlerne med fokus på hvert af opmærksomhedspunkterne. Kapitlet præsenterer og kobler således den samlede viden på tværs af en række forskellige metodetilgange såsom vidensopsamling, casestudier og effekt-evalueringer blandt de deltagende forebyggende foranstaltninger.

Temaet for delrapport 2 er forebyggende foranstaltninger i kommunerne for børn i alderen 0-4 år. Omdrejningspunktet i rapporten er følgelig den viden, som vi på nuværende tidspunkt har omkring det forebyggende arbejde med 0-4-årige. Denne viden kommer dels fra de foranstaltninger, der deltager i projektet, men også fra en forskningsbaseret vidensopsamling.

I rapporten er der først en indledning med præsentation af projektet og formålet med delrapport 2. Herefter kommer kapitel 2 med pointer fra forskning og evalueringer af forebyggende arbejde med 0-4-årige. I kapitlerne 3-7 præsenteres de fem forebyggende foranstaltninger, der indgår i Dialogprojektet, og som har 0-4-årige som målgruppe. Det er disse fem foranstaltninger, der danner baggrund for viden om praksis i denne delrapport. Efter præsentationen af foranstaltningerne følger kapitel 8 med en analyse af kommunale nøgletal på området. Nøgletalsanalysen i delrapport 2 opdaterer og bygger videre på nøgletalsanalysen, som blev præsenteret i delrapport 1. Endelig vil kapitel 9 indeholde status for effektevalueringen for de 0-4-årige. Afslutningsvis følger kapitel 10 med en præsentation og kobling af den samlede viden omkring forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige på tværs af de enkelte kapitler og vidensformer.

1. Dette afsluttende afsnit findes dog ikke i kapitlerne med præsentation af foranstaltningerne, da disse kapitler i deres opbygning bygger på Business Excellence-modellen.

PROJEKTETS OPSTART, FORMÅL OG FORLØB

Projektet vil over en 4-årig periode kortlægge, analysere, måle og vurdere 10 udvalgte kommuners praksis, erfaringer og resultater i forhold til børn og unge med særlige behov, der tilbydes forebyggende foranstaltninger. Det er vigtigt at bemærke, at projektets formål ikke er at foretage effekt-evaluering af forebyggende foranstaltninger og anbringelse for at sammenligne de to former for indsatser. Når der i projektet arbejdes med forebyggende foranstaltninger som alternativ til anbringelse, sker det ud fra et ønske om at undersøge de forebyggende foranstaltninger, som kommunerne vurderer, kan være alternativer til anbringelse. Der findes en lang række af forebyggende foranstaltninger i kommunerne, og ikke alle iværksættes som et direkte alternativ til anbringelse. Vi har valgt at fokusere på foranstaltninger, der fungerer som alternativ til anbringelse ifølge kommunerne selv.

Et vigtigt grundlag for projektet er samarbejdet mellem forskere og praktikere. I starten af projektet blev der derfor udvalgt 10 kommuner, som skal være aktivt deltagende i projektet blandt andet ved at bidrage med erfaringer og data til effektevaluering. Valget af kommuner bygger på en nøgletalsanalyse, en spørgeskemaundersøgelse blandt landets kommuner samt telefoninterviews med udvalgte kommuner, hvilket er beskrevet i delrapport 1 (Lausten et al., 2010). Efter den 4-årige projektperiode vil projektets resultater bygge på såvel kvantitative som kvalitative fund. Resultaterne præsenteres ved projektets afslutning på regionale konferencer, som afholdes af projektgruppen og de 10 udvalgte kommuner, samt i en hovedrapport, der dækker hele projektets forløb.

FORSKNING OG PRAKSISVIDEN OM FOREBYGGENDE ARBEJDE BLANDT 0-4-ÅRIGE

I vidensopsamlingen præsenteres den evidensbaserede forskning og de erfaringsopsamlinger, der eksisterer inden for det forebyggende arbejde med 0-4-årige og deres familier. Kapitlet giver et overblik over de risiko- og beskyttelsesfaktorer, som forskningen oftest finder hos udsatte familier og børn, og der fremhæves en række forhold, der er vigtige for barnets og familiens udvikling. Et vigtigt formål for foranstaltninger, der henvender sig til familier med børn i 0-4-års-alderen, er at hjælpe og vejlede forældrene til fra start at indtage en tydelig forældrerolle og give barnet de bedste udviklingsmuligheder. De programmer, som præsenteres i

kapitlet, har følgelig et stort fokus på at støtte og udvikle forældrene i deres forældreskab:

- Et vigtigt element er at styrke forældre-barn-relationen.
- Der er fokus på at styrke forældrene i deres rolle som ansvarlige, autoritative rollemodeller, der kan løse konflikter uden at være overgribende.
- Forældrene lærer at knytte positive forventninger til barnet og deres egen rolle som forældre.
- Forældrene modtager undervisning i barnets udvikling og læring.

Udover forhold i familien fremhæver forskningen også fordele ved det tværgående samarbejde, fx i form af at samarbejde mere aktivt med eksempelvis daginstitutioner i forbindelse med tidlig opsporing af de udsatte børn. Inddragelsen af fagpersoner, der ser børnene i anden sammenhæng, kan styrke opsporingen, så foranstaltningerne kan få kontakt til familierne tidligere.

De fremhævede pointer fra forskningen er vigtige at have i mente ved den efterfølgende præsentation af de fem foranstaltninger, som indgår i projektet, og som har 0-4-årige som målgruppe. Disse foranstaltninger er alle tilrettelagt som familiebehandling, og nogle starter allerede inden, barnet er født. De fem foranstaltninger, som beskrives er: Familieterapi i Faxe Kommune, Det Lille Familiehus i Helsingør Kommune, Fødselspædbarn-samarbejdet i Hillerød Kommune, Familien i vækst i Thisted Kommune og Vuggestedet i Århus Kommune. Beskrivelserne er skrevet på baggrund af interviews og casestudier i de fem foranstaltninger, hvor der blandt andet er foretaget interviews med foranstaltningens leder, medarbejdere, brugere og kommunens børne- og ungechef.

Fælles for de fem foranstaltninger er, at de alle ifølge de lokale deltagere og interessenter har stor succes med at arbejde forebyggende. Et synligt resultat heraf er, at meget få af de henviste børn anbringes. Dette er kommunernes og foranstaltningernes egne vurderinger, da de ikke er effektevaluerede endnu.

Interviewene har afdækket en række fællestræk, herunder at de fleste af de fem foranstaltninger har modtaget midler fra Satspuljen og således er startet op som udviklingsprojekter. Et andet interessant forhold, som beskrivelserne viser, er, at ingen af de fem foranstaltninger har

valgt at basere deres tilbud på ét program eller ét teoretisk udgangspunkt. Endelig er der blandt de fem foranstaltninger et ønske om yderligere fokus og redskaber til dokumentation og måling af deres indsats og resultater, herunder gerne viden om, hvad der sker med børnene og familierne efter endt behandling (og når de eventuelt er videre i andre foranstaltningsforløb). Der er med andre ord et ønske om at følge børnenes og familiernes udvikling og kunne sætte det enkelte foranstaltningsforløb ind i en større kontekst.

FORSKELLE OG LIGHEDER BLANDT KOMMUNER SKABER VARIATIONER I DET FOREBYGGENDE ARBEJDE

På trods af de mange ligheder mellem de deltagende foranstaltninger med fokus på 0-4-årige og deres familier, findes der også en lang række af forskelligheder. Dette skyldes blandt andet, at de danske kommuner ikke er ens, og at der derfor findes et forskelligt grundlag for det forebyggende arbejde i hver kommune. Eksempelvis peger nøgletallene på, at andelen af 0-4-årige varierer de enkelte kommuner imellem. Det forebyggende arbejde møntet på 0-4-årige tilrettelægges oftest som familierettet støtte. Dog findes der også her variationer kommunerne imellem, hvilket kan skyldes forskelle i beboersammensætning, forskelle i praksis og lignende. Det er imidlertid et centralt fællestræk blandt de 0-4-årige, at de ofte bor med både mor og far, hvorfor det synes vigtigt at inddrage begge forældre i det forebyggende arbejde med småbørn.

Overordnet set peger nøgletalsopgørelserne dog på, at den enkelte kommunes særlige karakteristika bør indtænkes ved planlægningen af det forebyggende arbejde. Eksempelvis er der en forholdsvis stor andel af teenagemødre i nogle kommuner, hvorfor det kan give stor mening at have fokus på netop denne gruppe. I andre kommuner er andelen af teenagemødre dog lig nul.

FOREBYGGENDE ARBEJDE MED 0-4-ÅRIGE

Et vigtigt fokuspunkt for projektet er at koble forskning og praksis og på baggrund af det fælles vidensgrundlag udvikle eksempler på god praksis. En væsentlig del af projektet er en effektevaluering, hvor det gennem opstarts-, afslutnings- og opfølgingsmålinger af foranstaltningsforløb undersøges, hvad der synes at fungere i praksis hvornår og for hvem.

Delrapport 2 indeholder en baselinemåling for dataindsamlingen for de 0-4-årige, hvilket vil sige, at de præsenterede data er baseret på opstartsmålinger, og at det derfor endnu ikke er muligt at tegne særlige udviklingstendenser over tid på baggrund af resultater fra evalueringen. De indledende fund peger dog i retning af, at der hos de deltagende foranstaltninger med fokus på 0-4-årige og deres familier er vigtige problematikker at arbejde med. Behandlerne vurderer, at mange af familierne lever med psykiske problemer, hvilket kan være en af årsagerne til, at der i mange familier er behov for at forbedre relationen mellem forældre og barn. Samtidig peger såvel forskningen som de foreløbige resultater af evalueringen på, at det er vigtigt at have øje for familiernes netværk – såvel familien som venner, naboer og bekendte. Vurderingerne fra behandlerne viser dog også, at størstedelen af børnene får en god pleje og har omsorgsgivende forældre.

Delrapport 2 afsluttes med en sammenfatning af de forskellige former for viden, som projektet trækker på. Disse former for viden er vidensopsamlingen, erfaringer fra praksis, nøgletalsanalysen og de foreløbige fund fra dataindsamlingen. Disse vidensformer og den viden, de hver især bidrager med omkring det forebyggende arbejde for 0-4-årige, kobles sammen i en række opmærksomhedspunkter på baggrund af Business Excellence-modellen, hvor kommuner kan hente inspiration til deres forebyggende arbejde. Kapitlet er baseret på praksiserfaringer, som endnu ikke er blevet evaluerede som en del af dette projekt. I kapitlet fremhæves imidlertid eksempler på praksisser, som de fem præsenterede kommuner i nærværende delrapport har haft positive erfaringer med at anvende i forhold til det forebyggende arbejde med børn i alderen 0-4 år og deres familier.

INDLEDNING

PRÆSENTATION AF PROJEKTET

Servicestyrelsen igangsatte i foråret 2009 projektet 'Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse'. Projektet blev igangsat, da der var et behov for viden om de danske kommuners forebyggende arbejde med udsatte børn og unge, efter anbringelses- og kommunalreformen trådte i kraft.

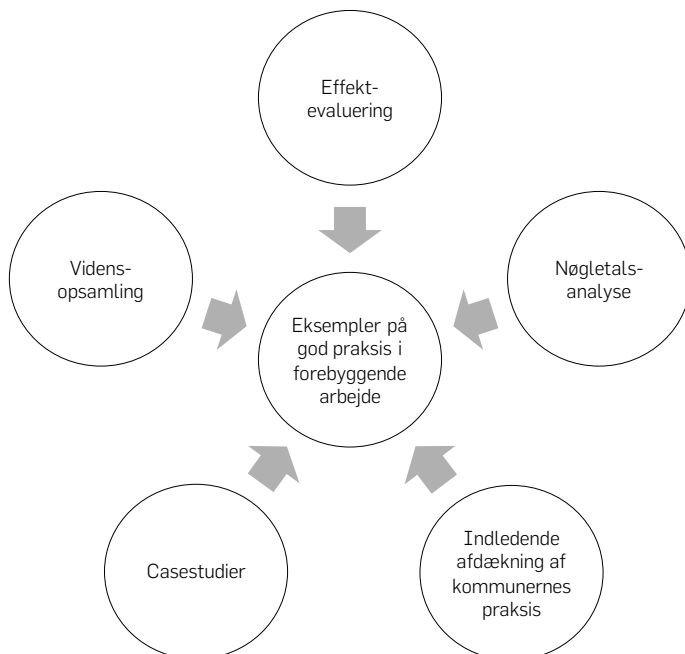
Kommunernes forebyggende arbejde med udsatte børn og unge har gennem de sidste år fået stigende opmærksomhed. Fokus i denne delrapport vil være på de mindre børn, der er kendetegnede ved at være meget afhængige af deres forældre. For denne aldersgruppe ligger en særlig udfordring i vurderingen af forældres forælderevne, herunder om der er risiko for, at forældrenes manglende eller svage forælderevne vil medføre varige skader på barnet. I tilknytning hertil er den tidlige opsporing og samarbejdet med sundhedsplejen, dagtilbud og ikke mindst forældrene en særlig udfordring for kommunernes forebyggende arbejde.

Formålet med projektet kan overordnet inddeles i tre. For det første ønsker vi at afdække kommunernes praksis, erfaringer og resultater i forhold til børn og unge, der tilbydes en forebyggende foranstaltning efter Lov om Social Service § 52, stk. 3. For det andet ønsker vi at skabe overblik over og formidle den forskningsmæssige viden på området og

herved gøre den tilgængelig og anvendelig for kommunerne. For det tredje skaber de udvalgte kommuners deltagelse i dialoggruppen et grundlag for erfaringsudveksling såvel mellem kommuner internt som mellem praktikere i kommunerne og forskere. Projektet bygger således på en række forskellige vidensformer.

FIGUR 1.1

Projektets forskellige vidensformer.



Det enkelte kapitel trækker typisk på én form for viden, med fokus på hvad netop denne vidensform kan bidrage med i forhold til udviklingen af eksempler på god praksis inden for det forebyggende arbejde. Afslutningsvis vil der i hver delrapport være et sammenfattende kapitel, der samler viden på tværs af kapitlerne og de forskellige vidensformer. Kapitlerne præsenterer og kobler således den samlede viden på tværs af en række forskellige metodetilgange såsom vidensopsamling, casestudier og effektevalueringer blandt de deltagende forebyggende foranstaltninger. Strukturen på det afsluttende kapitel er inspireret af Business Excellence-modellen og opdelt under *indsatsen* (foranstaltningen) med underover-

skrifterne: 1. Målgruppe, formål og indhold, 2. Henvisning og visitering, 3. Metoder, 4. Medarbejdere og faglighed, 5. Organisering og ledelse, 6. Samarbejde med andre og en beskrivelse af *resultater* under overskriften 7. Dokumentation og resultater. Ved projektafslutningen vil disse sammenfattende kapitler fra de forskellige delrapporter blive samlet og videreudviklet, således at de fremstår med eksempler på god praksis i det forebyggende arbejde – eksempler, som kan formidles og omsættes til alle landets kommuner.

UDVALGTE KOMMUNER OG FORANSTALTNINGER

Baggrunden for at vælge kommuner og foranstaltninger til at deltage i projektet er en spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kommuner, en nøgletalsanalyse samt telefoninterview med en række kommuner for herigennem at få et uddybende kendskab til deres forebyggende praksis. Der blev herefter valgt 10 kommuner og 23 foranstaltninger til at deltage i dialogprojektet. Under udvælgelsen var der blandt andet fokus på at opnå en spredning i såvel foranstaltningsernes målgrupper som i deres indhold. De udvalgte kommuner og foranstaltninger fremgår af tabel 1.1.

Det fremgår af tabel 1.1, at der er store variationer imellem de udvalgte foranstaltninger i de 10 kommuner. Blandt andet arbejdes der i projektet med fem aldersgrupper. Dette er henholdsvis forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige, 5-9-årige, 10-13-årige, 14-17-årige samt 18-23-årige. Der er stor variation blandt foranstaltningserne alt efter målgruppens alder. Eksempelvis er samtlige forebyggende foranstaltninger inden for aldersgruppen 0-4 år tilrettelagt som familiebehandling, mens forebyggende foranstaltninger rettet mod aldersgruppen 14-17 år især består af støtte- og kontaktperson-ordninger og fritidstilbud. Forebyggende foranstaltninger rettet mod 5-9-årige er til gengæld ofte tilrettelagt som skolebehandlingstilbud. Det er med andre ord vigtigt at tage udgangspunkt i de enkelte aldersgruppers særlige behov ved tilrettelæggelsen af forebyggende foranstaltninger. Herudover varierer foranstaltningserne ved, at nogle er familieorienterede, mens andre er individorienterede. Desuden tager det forebyggende arbejde til tider udgangspunkt i gruppearbejde, mens der andre gange arbejdes en-til-en, og i endnu andre foranstaltninger arbejdes der på begge måder.

TABEL 1.1

Oversigt over de udvalgte 10 kommuner og de 23 forebyggende foranstaltninger samt hvilken målgruppe den enkelte foranstaltning retter sig imod.

| Kommune | Foranstaltning | 0-4 | 5-9 | 10- | 14-17 | 18-22 |
|---------------|--|-----|-----|-----|-------|-------|
| Assens | Projekt Brahesholm | | | X | X | |
| | Helhedsskolen med familiebehandling | | X | X | | |
| Brøndby | Kontaktnetværket | | | X | X | |
| | Bakkegården | | X | X | | |
| Faxe | Familiegrupper | | | | X | |
| | Familieterapi | X | X | X | X | |
| Fredericia | Basement | | | X | X | |
| | Børnehus | | X | X | | |
| Helsingør | Basen | | | | X | X |
| | Det lille Familiehus | X | | | | |
| Hillerød | Børnehuset | | X | X | | |
| | Ullerødskolen | | X | | | |
| | Fødselspædbarn-samarbejdet | X | | | | |
| Mariagerfjord | Særlig fokus på hjemgivelse | X | X | X | X | |
| | Eget værelse kombineret med kontaktperson og familiebehandling | | | | X | X |
| | Værkstedsplads | | | | X | |
| Thisted | Ådalen – Sydthy Børne- og Ungdomshus | | X | X | X | |
| | Familie i Vækst' – sårbare gravide og familier med små børn | X | | | | |
| Aalborg | Netværksjægerne | | | X | X | X |
| | Godthåbskolen | | X | X | X | |
| Århus | Ungeteam | | | | X | X |
| | Rundhøj skoledistrikt | | X | X | X | |
| | Vuggestedet – intensive behandlingsforløb på dagsbasis | X | | | | |

Kilde: Indledende spørgeskemaundersøgelse til samtlige af landets kommuner samt telefon-interviews.

Ønsket om at have stor variation blandt såvel de udvalgte kommuner som foranstaltningerne skyldes, at projektet sigter på at udvikle eksempler på god praksis inden for området generelt med udgangspunkt i hvilken foranstaltning, der fungerer, hvornår og for hvem. Vi ønsker med andre ord ikke at begrænse os til en særlig målgruppe eller en særlig form for forebyggende arbejde.

RAPPORTENS STRUKTUR

Temaet for delrapport 2 er kommuners forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige. I kapitel 2 'Vidensopsamling om forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige' præsenteres forskningsbaserede pointer omkring det forebyggende arbejde med 0-4-årige og disses familier. Kapitlet omhandler såvel dansk som international forskning på området. Herudover beskrives erfaringer med forskellige metodiske tilgange i det forebyggende arbejde med små børn og familier. Litteraturen og de præsenterede foranstaltninger er udvalgt på baggrund af forskningsbaserede kriterier.

Fra kapitel 3 til kapitel 7 præsenteres de fem udvalgte foranstaltninger, der har 0-4-årige som målgruppe. Alle disse foranstaltninger er tilrettelagt som familiebehandling, og nogle starter allerede inden, at barnet er født. Kapitlerne er skrevet af Lise Heiner Schmidt og Maja Aaquist fra COWI A/S. De fem foranstaltninger, som præsenteres er: Familieterapi i Faxe Kommune, Det lille Familiehus i Helsingør Kommune, Fødselspædbarn-samarbejdet i Hillerød Kommune, Familien i vækst i Thisted Kommune og Vuggestedet i Århus Kommune. Beskrivelserne bygger på forskellige former for dataindsamlingsmetoder. For det første er der foretaget deskstudy af diverse skriftligt materiale om de fem foranstaltninger. Det drejer sig eksempelvis om detaljerede beskrivelser af foranstaltningerne, beskrivelser af ydelse og formål, grundlagspapirer, arbejdsbeskrivelser, samarbejdsaftaler, virksomhedsplaner, ydelseskataloger, statusrapporter, skemaer, evalueringer og lignende. For det andet bygger beskrivelserne på besøg i foranstaltningerne og interviews med lederen, 2-3 af foranstaltningens medarbejdere og 1-2 forældre med børn i foranstaltningen. Herudover er kommunens børne- og ungechef blevet interviewet personligt eller pr. telefon. Kapitlerne er struktureret ens med inspiration fra Business Excellence-modellen.

I kapitel 8, 'Nøgletalsanalyse med fokus på 0-4-årige', videreføres nøgletalsanalysen fra delrapport 1. Nøgletal er information, der på en overskuelig måde belyser strukturen og udviklingen i den enkelte kommune. I præsentationen af de kommunale nøgletal tager vi udgangspunkt i danske kommuner generelt, men med særlig fokus på nøgletallene for de 10 udvalgte kommuner. Nøgletalsanalysen i denne delrapport er især fokuseret på forhold omkring de 0-4-årige. Eksempelvis ser vi nærmere på andelen af 0-4-årige i kommunerne, forebyggende foranstaltninger

rettet mod familier og andelen af anbragte 0-4-årige. Alle tal i analysen bygger på offentlig tilgængelig information fra Danmarks Statistik.

I kapitel 9, 'Status for effektvurdering for 0-4-årige', tegner vi et billede af de 0-4-årige børn og deres familier i de 10 kommuner, som modtager forebyggende foranstaltninger. Dette sker på baggrund af de data, som på nuværende tidspunkt er indsamlet ved de udvalgte foranstaltninger. Først er der en kort præsentation af metoden, som anvendes til effektmålingen i projektet og den dataindsamling, der finder sted i forbindelse hermed. Herefter kastes der lys over status på dataindsamlingen: Hvor langt er vi, og hvad ved vi på nuværende tidspunkt. Kapitlet indeholder en baseline for dataindsamlingen for de 0-4-årige, hvilket vil sige, at de præsenterede data er baseret på opstartsmålinger. Det er derfor kun muligt at tegne et billede af de børn og familier, som er indskrevet i de forebyggende foranstaltninger rettet mod 0-4-årige, ikke at lave en endelig effektvurdering. Endelig sætter vi fokus på 0-4-årige i foranstaltningerne, og hvad der karakteriserer dem og deres familier.

Afslutningsvis præsenteres 'Opmærksomhedspunkter i forebyggende arbejde med 0-4-årige'. I dette kapitel kan kommunerne hente information omkring, hvad de skal være særligt opmærksomme på ved tilrettelæggelsen af forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige og deres familier. Kapitlet bygger på såvel erfaringerne og resultaterne fra de forebyggende foranstaltninger, som indgår i projektet, som på forskningsresultater, nøgletalsanalysen og de foreløbige resultater fra indskrivningsspørgeskemaerne. Kapitlet kobler således de forskellige former for viden til en samlet oversigt.

VIDENSOPSAMLING OM FOREBYGGENDE FORANSTALT- NINGER FOR 0-4-ÅRIGE

PRÆSENTATION AF VIDENSOPSAMLINGEN

Dette kapitel ser nærmere på, hvad der kendetegner socialt udsatte familier, og hvordan udsatte børn kan identificeres tidligt. Forskningen viser, at relationen mellem barn og forældre er afgørende for barnets udvikling i alderen 0-4 år. Relationen er følgelig et centralt emne gennem kapitlet, hvor der blandt andet vil blive set nærmere på, hvilken betydning det har for barnets opvækst og adfærd, hvis denne relation er forstyrret. Afslutningsvis i kapitlet præsenteres en række programmer, der har som formål at styrke relationen mellem barn og forældre samt give forældrene mere selvtillid i voksenrollen. De fire programmer er: 'Klar til Barn', 'Minding the Baby', 'Mellow Parenting' og 'Parents as First Teachers (PAFT).

Forskningen, som dette kapitel bygger på, er udvalgt på baggrund af følgende kriterier: For det første skulle de omhandle metode- og effektbeskrivelser af forebyggende eller behandlende indsatser over for socialt udsatte 0-4-årige børn og deres forældre. I forskningsprojekter skulle forskningsdesignet være velbeskrevet, og beskrivelsen af den studerede foranstaltning skulle være systematisk og i overensstemmelse med de videnskabelige kriterier, som forskningsdesignet foreskriver. For det andet skulle undersøgelserne så vidt muligt være evidensbaseret og have vist en vis effekt over for det problem, som var udgangspunktet for in-

terventionen. Den indhentede litteratur kan stort set inddeles i to typer: forskeres artikler om egen forskning vedrørende interventioner eller foranstaltninger og oversigtsværker, hvori den eksisterende forskning er beskrevet.

Forskningen i denne vidensopsamling kommer hovedsageligt fra internationale tidsskrifter og danske udgivelser. Særligt afsnittet om tidlig indsats i daginstitutionerne bygger på amerikanske studier, da der er færre børn i daginstitutionerne i USA, hvorved det bliver nemmere at inddrage kontrolgrupper. Resultaterne herfra kombineres med dansk forskning om de danske daginstitutioner.

Den tidlige indsats er vigtig, da adfærd og personlighed grundlægges allerede ved livets start. Det tidlige samspil mellem børn og deres forældre spiller således en afgørende rolle for barnets udvikling. Omsorgssvigt, forsømmelse og mishandling kan i løbet af relativt kort tid forårsage livsvarige skader for det lille barn. En tryk og god barndom er derfor en vigtig forudsætning for, at barnet senere i livet kan udvikle sig positivt, samt at barnet kan bære den modgang og de kriser, som det uundgåeligt vil møde i livet (Christoffersen, 2002; Mortensen, 2006; Utting, 1995). Derfor vil der i denne vidensopsamling være fokus på den forebyggende indsats blandt 0-4-årige og udsatte familier med små børn. Først vil omdrejningspunktet være en beskrivelse af familiens socioøkonomiske ressourcer, de udsatte familier og børn samt relationen mellem forældre og barn. Dernæst fokuseres der på forebyggende foranstaltninger, som har dokumenteret positiv effekt på aldersgruppen 0-4 år og deres familier.

SOCIOØKONOMISKE RESSOURCER

Sammenfattende antages det i forskningen, at reaktionsmønstre, sociale, kulturelle og materielle ressourcer (og mangel på samme) overføres fra forældregeneration til børn ved påvirkninger på tre niveauer: 1. Gennem forældre som rollemodeller og familiens livsstil baseret på socioøkonomiske livsvilkår og værdigrundlag, 2. Gennem forældrenes opdragelsesstil og 3. Gennem forældres omsorg/fravær af omsorg (Jensen & Jørgensen, 1999; McAuley et al., 2006). Det fremgår af gennemgangen af programmerne senere i dette kapitel samt af præsentationen af de udvalgte foran-

staltninger, at der ofte er fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorerne, hvor der arbejdes på at styrke forældrenes ressourcer.

En familie kan opleve sociale belastninger dels i traditionel forstand gennem at tilhøre en socialgruppe, der er udsat for belastninger forårsaget af lav socioøkonomisk status, og dels i forbindelse med risikoen ved manglende social tilknytning til arbejdsmarked, vigtige netværk og betydningsfulde og nære kontakter. De manglende sociale netværk øger risikoen for marginalisering og udstødning. Tabel 2.1 viser nogle af de risikofaktorer, som i den internationale forskning fremhæves som betydelige for barnets opvækst (Bengtsson et al., 2009). Tabellen er ikke udtømmende, men disse risikofaktorer fremhæves ofte.

TABEL 2.1

Eksempler på risikofaktorer, som har betydning for barnets opvækst og familiens situation.

| Risikofaktorer | |
|---|---|
| I familien | Uden for familien |
| Svækket forældreevne | Socialt udsat nærmiljø |
| Forældrenes erfaring med omsorgssvigt | Vanskeligheder i den sociale kontakt med voksne og jævnaldrende |
| Forældrenes misbrug | Negative kammeratskabsrelationer |
| Ustabile familiestrukturer | Belastet skolemiljø |
| Kronisk disharmoni i familien | Manglende fritidsinteresser |
| En fraværende far | Dårlige skolepræstationer |
| Vold i familien | |
| Stress i familien | |
| Fattigdom | |
| Social isolering | |
| Somatisk eller psykisk sygdom hos en af forældrene | |
| Forældrenes arbejdsløshed eller sporadiske ansættelse | |

Kilde: Bengtsson et al., 2009.

Det antages, at ressourcer – og mangel derpå – kan overføres fra forældregeneration til børn, dels gennem konkrete økonomiske begrænsninger og fravær af handle- og valgmuligheder (vilkår). Dels gennem de værdier og holdninger, der formidles (processen) ved at leve som 'udsat' gruppe og at være placeret i en 'sårbar' position i samfundet (Christensen, 2003; Jensen & Jørgensen, 1999; Ploug, 2007). En svækket forældreevne eller forstyrret relation mellem barn og forældre nævnes som en af de vigtigste problemstillinger i det forebyggende arbejde, da relationen som nævnt

har stor betydning for barnets udvikling (Bowlby, 1958; Diderichsen, 1991; Gullestrup, 2005; Honneth, 1996; SFI, 1997).

Brodén & August (1986) fremhæver, at den tidlige kontakt mellem mor og barn beskytter barnet mod tidlig stress og andre risikofaktorer. Det understreges, at det er afgørende for effekten af de forebyggende foranstaltninger, at den forstyrrede relation mellem mor og barn opdages inden for det første år. Desuden er der en tendens til, at forældrene på dette tidspunkt er mere åbne over for hjælp end senere i barnets opvækst (McAuley et al., 2006; Mortensen, 2006; Sutton et al., 2004).

Bowlby (1958), som var ophavsmand til efterkrigstidens 'grand theory' om forældre-barn-relationen, fandt ved en gennemgang af egne og andres undersøgelser, at børn, der mangler forældrenes omsorg, senere i livet klarer sig relativt dårligere i skolen. Flere uafhængige studier fra forskellige lande, der anvender forskellige kriterier for en usikker forældrerelation, kommer i deres analyser frem til samme resultat som Bowlby. Resultaterne fra disse studier viser, at både den motoriske, følelsesmæssige og sproglige udvikling hos barnet ligeledes bliver påvirket af den usikre kontakt med forældrene. Desuden har undersøgelserne i tråd med Bowlby fundet, at en usikker tilknytning til forældrene tidligt i livet hænger sammen med senere adfærdsvanskeligheder og kan være medvirkende til at fremme en adfærd, som skaber konflikter med både omsorgspersoner og kammerater. Der foretages stadig nye studier af langtidskonsekvensen af den manglende relation mellem moder og barn (Bowlby, 1958; Brodén & August, 1986; Hestbæk & Christoffersen, 2002; Honneth, 1996; Sutton et al., 2004).

Udover fokus på den usikre relation mellem barn og forældre er der de seneste år kommet øget teoretisk og forskningsmæssig fokus på en anden form for udsathed. Samfundet stiller stadig øgede krav om menneskers evner til at mobilisere personlige kompetencer, hvilket kan føre til yderligere differentiering mellem socialgrupperne og en udskillelse af de mindst 'kompetente' (Honneth, 1996; Jensen & Jørgensen, 1999). Børn af socialt udsatte forældre, hvor forældrene ikke evner at følge kravet til de personlige kompetencer, kan derfor føle sig 'uønskede' eller som en ikke-integreret del af samfundet.

Børn præges af deres opvækst – både i positiv og i negativ forstand – og det særlige er samspillet mellem sociale livsomstændigheder hos forældrene og udviklingen af bestemte personlighedstræk hos børnene (Andershed & Andershed, 2005; Christoffersen, 2002; Jensen &

Jørgensen, 1999). I forbindelse med udsatte børn og familier omtales begrebet modstandskraft, 'resiliens', som et bidrag til en forståelse af, hvad der er karakteristisk for mennesker, der klarer sig på trods af, at de er udsat for belastninger, samt hvordan forhold på individplan og på miljøplan er interaktivt forbundne. Tabel 2.2 viser nogle af de beskyttelsesfaktorer, der kan være medvirkende til at øge barnets modstandsdygtighed (Andershed & Andershed, 2005; Bengtsson et al., 2009; Christoffersen, 2002; Jensen & Jørgensen, 1999).

TABEL 2.2

Eksempler på beskyttelsesfaktorer, som har betydning for barnets opvækst og modstandsdygtighed.

| Beskyttelsesfaktorer | |
|---|---|
| I familien | Uden for familien |
| Nært forhold til en omsorgsfuld forælder eller anden voksen | Bånd til engagerede sociale voksne, fx lærere eller pædagoger samt organisationer |
| Autoritativt forældreskab | Deltagelse i fritidsliv |
| Socioøkonomiske ressourcer | God daginstitution eller skole |
| Familiens forbindelse til uformelle støttende netværk | |

Kilde: Bengtsson et al., 2009.

Eksemplerne på beskyttelsesfaktorer nævnt i tabel 2.2 stammer fra en vidensopsamling, der kortlægger kommuners foranstaltninger til udsatte unge (Bengtsson et al., 2009). Af vidensopsamlingen fremgår det, at de forebyggende foranstaltninger, som viser en vedvarende positiv effekt på barnets adfærd og udvikling, arbejder med at styrke de beskyttelsesfaktorer, som familien besidder, eller de hjælper familien med etableringen af nye beskyttelsesfaktorer. Dette gøres eksempelvis ved at sikre, at familien får mulighed for at deltage i et støttende netværk.

SKÆV FORDELING AF UDSATTE FAMILIER

De risikofaktorer, der er nævnt i tabel 2.1, findes i et vist omfang i alle udsatte familier, uanset hvor i Danmark familieforholdene undersøges. Dog viser SFI's Børneforløbsundersøgelse, at der er nogle overordnede tendenser i familiernes problembillede alt efter, hvor disse er bosat (Christensen, 2003; Christoffersen, 2002). De geografiske karakteristika

fremhævet i boks 2.1 kan dog kun betegnes som refleksioner, men de kan være medvirkende til at give et billede af de udfordringer, som kommunerne står over for, når de skal beslutte, hvilken type foranstaltning, der passer bedst til de enkelte familier.

BOKS 2.1

Geografiske karakteristika for socialt udsatte familier.

- I landdistrikter og i bymæssige bebyggelser med 2.000 eller færre indbyggere er udsatte familier relativt oftere parfamilier præget af fædre uden erhvervsuddannelse.
- I de større byer er de udsatte familier relativt oftere eneforsørgerfamilier med en mor uden arbejde og uden erhvervsuddannelse.
- I København er de udsatte familier relativt oftere præget af, at far er arbejdsløs. Samtidig med det generelt højere uddannelsesniveau i København end i resten af Danmark kan dette medføre en marginalisering af dem, som ingen uddannelse har.
- Hovedstadens forstæder og de mindre byer har ikke nogen træk, der peger i bestemte retninger med hensyn til en typologi af de socialt udsatte familier.

Kilde: Christensen, 2003; Christoffersen, 2002.

Tendenserne fra boks 2.1 tydeliggør, at udsatte familier kan være kendetegnede af forskellige karakteristika afhængigt af i hvilken region eller kommune, de befinder sig. På landet vil familien relativt oftere være en parfamilie med få uddannelsesmæssige (og erhvervmæssige) ressourcer. Dog vil der relativt oftere være en far, der har arbejde set i forhold til udsatte familier på landsplan. I de større byer vil billedet være domineret af en enlig mor uden arbejde og uden uddannelse, mens billedet i København vil være præget af både enlige mødre og parfamilier med en relativt høj arbejdsløshed til trods for et generelt bedre uddannelsesniveau.

Det er vigtigt at tydeliggøre forskellene i, hvordan familiernes socioøkonomiske problemer ser ud. Denne viden kan nemlig hjælpe i arbejdet med de forebyggende foranstaltninger ud fra en anerkendelse af, at ikke alle udsatte familier ligner hinanden og har forskellige behov. I forhold til betydningen for og påvirkningen af barnet er det underordnet, hvor barnet bor. Det afgørende er, om barnet vokser op i en familie med så markant færre ressourcer end den almindelige børnefamilie, at det kan påvirke barnet negativt (Christensen, 2003; Christoffersen, 2002).

Det fremgår således, at kommunerne har familier med forskellige problemer og behov, alt efter befolkningssammensætning. Det skal

understreges, at der ikke er en automatisk relation imellem få socioøkonomiske ressourcer og dårlig forældre-barn-relation. Der er dog en overhyppighed af bestemte problemer hos familier, der har få socioøkonomiske ressourcer, eksempelvis psykisk sygdom eller et misbrugsproblem.

IDENTIFIKATION AF UDSATTE BØRN

Ovenfor har vi særligt fokuseret på de forældrerelaterede problemer. For at kunne forstå helheden i børnefamiliernes problemer er det vigtigt at anerkende, at børnene kan have en række selvstændige problemer, som spiller ind på familiens situation. Dette kunne være en psykisk sygdom eller et fysisk handicap. Derfor vil det ikke altid være tilstrækkeligt at forsøge at afhjælpe forældrenes problemer. I nogle socialt belastede familier har børnene selv en adfærd, som dels er svær for forældrene at håndtere, dels udgør en risiko for, at børnene får vanskeligheder i deres relationer til andre børn og voksne. Ofte vil det være svært med sikkerhed at sige, om der er tale om noget medfødt (for eksempel at moderen har drukket alkohol under graviditeten, eller barnet er blevet skadet under fødslen), eller om det er en såkaldt erhvervet tilstand. Uanset hvad der har forårsaget barnets adfærd, har det stor betydning for et barn, hvis det har en uhensigtsmæssig adfærd set i forhold til jævnaldrende allerede i en meget tidlig alder. En eventuel indsats må derfor tage dette forhold med i betragtning (Christensen, 2003; Mortensen, 2006).

Werner & Smith (1982, 1992) var blandt de første, der forskede i hvordan sociale relationer kunne antages at opveje belastende erfaringer fra barnets opvækst. De gennemførte en omfattende forløbsundersøgelse af børn, der er vokset op under højrisikoforhold på øen Kauai (Hawaii, USA). Højrisikobørn defineres i deres undersøgelse som børn fra opvækstmiljøer med store belastninger, hvor barnet havde oplevet fire eller flere af følgende belastninger inden de fyldte 2 år: Svære fysiske eller psykiske handicap fra fødslen, et opvækstmiljø med vedvarende fattigdom, forældre med ingen eller lav uddannelse, forældres alkoholisme og/eller mental sygdom, skilsmisse og/eller desorganiserede familier præget af disharmoni (Werner & Smith, 1982; Werner & Smith, 1992).

I undersøgelsen finder Werner & Smith en række risiko- og beskyttelsesfaktorer, der har betydning for barnets opvækst. Modsat tabel 2.1 og 2.2 relaterer disse faktorer sig i højere grad til barnet.

TABEL 2.3

Eksempler på risiko- og beskyttelsesfaktorer, som har betydning for barnets opvækst og modstandsdygtighed.

| Risikofaktorer | Beskyttelsesfaktorer |
|--|--|
| – Hvis barnet oplever langvarig separation fra den vigtigste omsorgsperson under barnets første leveår | – Et godt temperament med en kærlig og godmodig følelsesmæssig disposition |
| – Alvorlige eller gentagne sygdomme i barndommen | – Positiv respons på omgivelserne |
| – Tilstedeværelse af søskende med handicap eller med indlærings- eller adfærdsproblemer | – Har en positiv social indstilling |
| – Flytning af bolig og skole | – Er selvstændig |
| | – Er alderssvarende, hvad angår motorik |
| | – God til at kommunikere |
| | – Formår at være koncentreret og har impuls kontrol |
| | – Har en positiv selvopfattelse |
| | – At der har været positiv opmærksomhed på spædbarnet i det første leveår |
| | – At der findes andre omsorgspersoner end moderen |
| | – At søskende og bedsteforældrene deltager i omsorgen af barnet |
| | – At moderen er i beskæftigelse |
| | – At slægt og naboer er tilgængelige for emotionel støtte |
| | – At der findes struktur/regler i hjemmet |
| | – At familien deler værdier |
| | – At der er adgang til medicinsk og social service samt skolegang |

Kilde: Werner & Smith, 1992.

Resultaterne af Werner & Smiths forløbsundersøgelse viste, at børnene på trods af belastninger under opvæksten klarede sig overraskende godt som voksne. En tredjedel af de 550 børn havde levet med kronisk fattigdom, forældres alkoholisme og mentale lidelser samt forældres konflikter, skænderier og skilsmisser. Mange af de børn, der havde været udsat for disse alvorlige belastninger i barndommen, udviste følelsesmæssige, intellektuelle og skolemæssige problemer som 10-årige (Werner et al., 1968; Werner & Smith, 1982). Herefter blev sammenhængen mellem barndomsbelastningerne, og hvordan de klarede sig som voksne mindre. (Werner & Smith, 1992).

Masten & Garmezy (1985) konkluderer på grundlag af en række forskningsprojekter, at der især er tre faktorer, der virker beskyttende: 1. Personlige egenskaber som autonomi og selvværd, 2. Familiesammenhold og varme samt 3. Tilgængeligheden af ydre støttende systemer. Rutter (1990, 2000) pointerer betydningen af de sociale relationer for

udvikling af barnets selvværd. Et udviklet selvværd medfører en modstandskraft, der kan forklare disse børns større chance for at klare sig godt på trods af, at de blev udsat for belastninger.

Som nævnt tidligere kan et barn, der har levet med en betydelig belastning, have opbygget uhensigtsmæssig adfærd i en meget tidlig alder. Adfærden er allerede på dette tidspunkt blevet en del af barnets grundlæggende måde at forholde sig til verden på. Denne adfærd holder ikke nødvendigvis op, fordi risikofaktorerne ændrer sig, eksempelvis ved at forældrene får arbejde, får det bedre psykisk eller en bedre økonomi. For barnet kan en negativ reaktion på omverden, selvom denne kan medføre problemer, være en måde at beskytte sig på. For at ændre adfærden hos barnet, kræves der en direkte og konkret indsats (Christensen, 2003; Diderichsen, 1991; Gullestrup, 2005; Sutton et al., 2004). I det følgende vil vi beskrive en række indsatsformer målrettet (familier med) børn i alderen 0-4 år.

TIDLIG INDSATS I DAGINSTITUTIONEN

I forbindelse med indsatsen over for udsatte børn spiller daginstitutionerne en væsentlig rolle. I Danmark passes omtrent 97 pct. af de 3-5-årige børn i en daginstitution (Danmarks Statistik, Statistikbanken). Forskningen viser, at der kan opnås positive effekter ved at indarbejde specifikke forebyggende elementer i daginstitutionernes pædagogiske arbejde. Pædagogerne har gode muligheder for at observere adfærd, fremme barnets styrker samt støtte barnet i at skabe gode relationer til andre (Bengtsson, 2007; Hestbæk & Christoffersen, 2002; Jensen, Barrett & Christoffersen, 2003; Nielsen & Christoffersen, 2009).

I daginstitutionen får de socialt udsatte børn mulighed for, gennem samvær med de andre børn og voksne, at lære og mærke fordelene ved at opføre sig socialt acceptabelt og etablere en mere stabil voksenkontakt. For nogle børn vil dette kunne afhjælpe en del af problemerne, mens det for de mere belastede børn ikke vil være tilstrækkeligt. Desuden indebærer en vanskelig adfærd hos barnet en øget risiko for, at der opstår konflikter mellem børnene. Ikke alle udsatte børn har lært spillereglerne for den almindelige kontakt med andre, og derfor kommer de til at skabe konflikter i stedet. Dette kan få andre børn til at reagere afvisende, hvorved barnet kommer til at opleve nye nederlag i kontakten med andre

mennesker (Christensen, 2003; Diderichsen, 1991; Gullestrup, 2005; Hestbæk & Christoffersen, 2002; Jensen, Barrett & Christoffersen, 2003; Jensen et al., 2009; Mortensen, 2006; Nielsen & Christoffersen, 2009).

Det positive ved den brede forebyggelse i institutionerne er, at pædagogerne har et bredt erfaringsgrundlag og viden omkring, hvorvidt barnet har problemer med relationer til jævnaldrende, specielt når det drejer sig om signaler, der vedrører barnets funktion i daginstitutionen, det vil sige relationerne til andre børn og voksne (Bengtsson, 2007; Christensen, 2003; Jensen, Barrett & Christoffersen, 2003; Nielsen & Christoffersen, 2009; Ploug, 2007).

I det danske forskningsprojekt 'Handlekompetencer i pædagogisk arbejde med socialt udsatte børn og unge' (HPA-projektet) blev der gennemført et interventionsforsøg, hvor pædagogerne i tilfældigt udvalgte institutioner ('randomiseret allokering') fik mulighed for mere efteruddannelse i arbejdet med udsatte børn og unge. Pædagogerne i eksperimentgruppen blev præsenteret for den nyeste forskning på området, fik mulighed for at lære nye metoder og udvikle deres egen programindsats. Pædagogerne i kontrolgruppen, som ligeledes var tilfældigt udvalgt, blev ikke præsenteret for den sidste nye forskning på området (Jensen et al., 2009). Forsøget varede i 2 år, og resultaterne viser, at de børn, hvis pædagoger deltog i forsøget, generelt udviklede sig bedre end kontrolgruppens børn i forhold til standardiserede skalaer for deres sociale, emotionelle og kognitive kompetencer (Jensen et al., 2009). Relevant videreuddannelse og efteruddannelse til de faggrupper kan således i højere grad være med til at sikre et miljø, hvor børn får de mest optimale betingelser for at trives og udvikles.

Udenlandske erfaringer med specifikke interventioner er langt mere omfattende end de danske. I USA har der i mange år været tradition for indsatser i daginstitutionerne målrettet mod en bestemt gruppe af børn. Der arbejdes ud fra en lang række lokale programmer med forskelligt indhold, som ofte ikke omfatter ret mange børn. I flere tilfælde er programmet evalueret på mindre end 100 børn. Grundstenen i alle programmerne er høj kvalitets-dagpasning af børnene. Dette er karakteriseret ved, at personalet har en uddannelse inden for børnepasningsområdet ofte suppleret med efter- og videreuddannelse, hvoraf en del kan være særligt målrettet indholdet i det pågældende program. Desuden henvender en del programmer sig til forældrene og omfatter for eksempel forskellige former for opfølgende hjemmebesøg og kursusaktivitet, hvor der

sættes fokus på forælderrollen og forældrekompetence. Effektanalyserne viser, at flere af disse programmer på kort sigt har positiv betydning for relationerne mellem børn og forældre, mellem børn og personalet og mellem forældre og personalet. Endvidere findes der på langt sigt en positiv effekt på børnenes videre forløb i uddannelsessystemet og senere hen på arbejdsmarkedet (Jespersen, 2006; Nielsen & Christoffersen, 2009).

Det er vigtigt at holde sig for øje, at rammerne og kulturen i Danmark er anderledes end i USA, og resultaterne kan derfor ikke overføres direkte til en dansk kontekst. I USA findes ingen udbredt offentlig dagpasning, og det er langt fra alle amerikanske børn, der går i daginstitution. Programmerne er typisk målrettet en lille gruppe af særligt udsatte børn, eksempelvis ghettobørn fra storbyer. Det betyder, at de meget positive effekter, der ofte er af programmerne, formentlig ikke i samme udstrækning ville være gældende i en anden samfundsmæssig sammenhæng eksempelvis med mindre udpræget fattigdom og ghettoisering. De forskellige rammer betyder imidlertid ikke, at indholdet i de amerikanske programmer ikke kan anvendes i en tilpasset form over for problemstillingen om socialt udsatte børn i det danske samfund (Jespersen, 2006).

TIDLIG INDSATS I FAMILIEN

Forældreuddannelse indgår i mange lande som hjørnesten i den offentlige støtte til forældre generelt, særligt i arbejdet med 'risikofamilier' (Christoffersen, 2002; McCabe & Cochran, 2008). Forældreprogrammer tidligt i barnets liv iværksættes med henblik på at reducere sandsynligheden for omsorgssvigt og vold mod børn og anses derfor som en væsentlig komponent i ethvert forsøg på en målrettet og sammenhængende forebyggende indsats over for udsatte børn og familier (Ertmann, Guldager & Nørgaard-Nielsen, 2006; Hansson, 2001; McAuley et al., 2006). Flere studier af den tidlige indsats (Jensen et al., 2009; Piquero et al., 2008) viser, at forældreuddannelse har en positiv effekt på børns problemadfærd og kan samtidig gøre barnet mere skoleparat.

Boks 2.2 viser fællestræk i indholdet i de amerikanske programmer, som har vist positive effekter. Det er ikke et enkelt program, der beskrives, men elementer der har vist positiv effekt. Ligesom det var tilfældet med interventioner i daginstitutioner, skal der i forbindelse med

anbefalingerne og effekten tages højde for de forskellige rammer og kulturelle forskelle mellem USA og Danmark.

BOKS 2.2

Forhold der i USA har betydning for, om forældrekurser virker.

- Forældrene skal have forøget deres viden om børns fysiske og følelsesmæssige udvikling
- Forældrene skal blive mindre autoritære i deres opdragelses-attitude
- Forældrene skal blive mere ansvarlige beslutningstagere
- Forældrene skal have større tillid til deres egne evner som forældre

Kilde: Ertmann, Guldager & Nørgaard-Nielsen, 2006; Children's Law Office, 2001.

Både engelsk og amerikansk forskning peger på, at de mest succesfulde programmer bygger videre på familiens styrker og undervejs indarbejder de færdigheder, der bedst opfylder familiens behov. Dette resultat findes ligeledes i evalueringer fra Sverige (Children's Law Office, 2001; Hansson, 2001; McCabe & Cochran, 2008; Socialstyrelsen, 1988; Utting, 1995). Desuden er frivilligheden og familiernes egen motivation en vigtig forudsætning for arbejdet. Familien skal selv være en drivkraft i forløbet og har ansvaret for, at der sker forbedringer i et uhensigtsmæssigt familiemønster (Hansson, 2001; Socialstyrelsen, 1988).

REKRUTTERING OG GENNEMFØRELSE

Ved implementeringen af forældreuddannelse i den forebyggende indsats er det vigtigt at gøre sig klart, hvordan man får forældrene til at deltage, herunder særligt hvordan programmet præsenteres for forældrene (Capacent, 2009; Ertmann, Guldager & Nørgaard-Nielsen, 2006). Der er eksempelvis ofte faglige og etiske diskussioner om, hvorvidt man på forhånd kan udpege de forældre, hvis adfærd kan udgøre en risiko i forhold til barnets opvækst. Dette har vist sig at være en barriere i forhold til iværksættelsen af forældreuddannelser rettet mod en meget specifik problemstilling. Eksempelvis er det få, som godtager en henvisning til et kursus for potentielt voldelige forældre, uanset om de er voldelige eller ej. Evalueringen fra Capacent (2009) anbefaler derfor en bredere målgruppe for at forbedre mulighederne for at rekruttere tilstrækkeligt med deltagere. Dog er det vigtigt, at målgruppen af forældre ikke bliver for bred og med for mange forskelligartede problemer, da dette kan medføre, at

formålet ikke opnås og den positive effekt dermed udebliver (Hansson, 2001).

En anden ting, der skal overvejes i forbindelse med implementeringen, er, hvordan begge forældre motiveres til at gennemføre programmet/kursusforløbet. Erfaringer har vist, at der forekommer et højt frafald på denne type kurser. Særligt fædrenes frafald er stort, og det er derfor vigtigt at overveje, hvordan de motiveres. Dette kan ske ved at engagere forældrene i, hvad projektet kan tilbyde dem, få dem til at lytte, deltage i udvalgte elementer af kurser og eksempelvis lave hjemmearbejde (Capacent, 2009; Hansson, 2001; McAuley et al., 2006). Der forelægger ingen klare anbefalinger i den gennemgængede litteratur til, hvordan indholdet i forløbet tilpasses, så frafaldet mindskes.

INDSATS UNDER GRAVIDITETEN

Flere undersøgelser fokuserer på langtidseffekter af en indsats tidligt i graviditeten. Eckenrode et al. (2000) har gennemført et longitudinelt studium i USA, hvor i alt 400 gravide kvinder med sociale belastninger indgik i et randomiseret forsøg. Kvinderne var inddelt i tre grupper. En gruppe modtog kun rutineundersøgelser i graviditeten. En anden gruppe modtog rutineundersøgelse og hjemmebesøg i graviditeten, mens den tredje gruppe modtog rutineundersøgelse og hjemmebesøg i graviditeten kombineret med op til 23 hjemmebesøg, indtil barnet var 2 år. Ved et opfølgingsstudium 15 år efter interventionen (hvor 324 af de oprindelige 400 kvinder deltog) viste det sig, at der var signifikant færre anmeldelser af omsorgssvigt over for børnene i de familier, der havde modtaget besøg under graviditeten og i barnets 2 første leveår. Lignende resultater er fundet i andre opfølgingsstudier i USA og Canada med randomiserede forsøg med en øget indsats tidligt i graviditeten (Axelsen, 2001).

Opfølgingsstudierne viser generelt en række vigtige effekter også på kort og mellemlangt sigt. Forældre, der modtager besøg i hjemmet både under graviditeten og i barnets første leveår, anmeldes sjældnere for omsorgssvigt, ligesom der er færre anmeldelser om vold i hjemmet. Derudover er der en større afstand mellem børnefødslerne, sådan at forældrene får flere kræfter til hvert enkelt spædbarn. Hvis der er mindre end 2 år mellem hvert barn i en familie, forøges risikoen for en negativ udvikling hos barnet. Familierne får sjældnere behov for at få tilført ekstra økonomiske ydelser fra det offentlige, og familiernes børn udsættes

sjældnere for seksuelle overgreb, sammenlignet med andre børn med samme vilkår (Axelsen, 2001; Eckenrode et al., 2000).

MINDING THE BABY

'Minding the Baby' er et intensivt behandlingstilbud for unge familier, som betegnes som værende i højrisikogruppen for, at deres barn mistriives. I denne indsats kombineres handling og støtte i form af en sygeplejerske og en socialarbejder, der besøger forældrene. Programmet udspringer af et samarbejde mellem Yale University Child Study Center, the Yale University School of Nursing og the Fair Haven Community Health Center (FHCHC) fra 2003. Målgruppen er unge familier, der er socialt isolerede og har begrænsede økonomiske ressourcer, hvilket medfører et mentalt stress for familien (Slade et al., 2005).

Indsatsen starter under graviditeten, hvor forældrene har besøg i hjemmet en gang om ugen, indtil barnet er 2 år. Der fokuseres på relationen mellem forældre og barn, relationen mellem mors og barns helbred, samt hvordan forældrene omgås og opdrager deres barn. Programmet adskiller sig ved at anvende mentalisering som redskab til at oparbejde en sikker relation mellem forældre og barn allerede fra starten. Mentalisering er en metode til at blive opmærksom på ens egne og andres mentale tilstande, da dette er afgørende for interpersonelle relationer, selvbevidsthed og adfærd over for andre mennesker (Slade et al., 2005).

KLAR TIL BARN

Programmet er en af de forebyggende foranstaltninger, udviklet i Danmark, hvor indsatsen starter tidligt i graviditeten, og der er særligt fokus på kommende forældre med risiko for at behandle børnene hårdhændet. Kurserne henvender sig særligt til forældre, der: 1. Er unge eller usikre, 2. Har haft en turbulent barndom eller 3. Har et lille socialt netværk. Det er et forældrekursus, hvor kommende forældre hjælpes til at knytte positive forventninger til barnet og forælderollen (Capacent, 2009; Servicestyrelsen, 2006a). Der er fokus på relationen mellem forældre og barn samt en styrkelse af familiens egne ressourcer, så de i højere grad kan klare sig uden bistand. Dette sker ud fra empowerment-metoden, hvor forældrene skal uddybe deres forventninger og følelser for barnet. Forældrene får desuden viden om spædbørn og deres udvikling samtidig med, at de arbejder med egne holdninger til opdragelse. Forældrene skal ud fra dette

opbygge evnen til at udfylde en tydelig voksenrolle over for barnet, da dette vil give barnet tryghed, selvtillid og skærpe tilknytningen mellem barn og voksen. Studier viser, at et varmt og kærligt forældreskab (parental warmth) har en tydelig positiv effekt på relationen mellem forældrene og barnet (Mooney, 1995; Servicestyrelsen, 2006a).

Kurset er kortvarigt og består af fire møder, tre før og et efter fødslen og tilbydes tidligt i graviditeten af sundhedspersonalet, som er i kontakt med forældrene. Kurserne samler deltagere fra lokalområdet, så det er muligt at hjælpe hinanden og danne et netværk, som forældrene kan benytte sig af, efter forløbet er afsluttet (Servicestyrelsen, 2006a).

Af evalueringen, som vel at mærke ikke er en effektmåling, fremgår det, at de forældre, der har fulgt 'Klar til Barn'-programmet, efterfølgende bruger mere tid sammen med barnet end andre forældre i en kontrolgruppe. De fokuserer på at stimulere positiv adfærd, eksempelvis ved at give bedre og mere hensigtsmæssige beskeder til deres børn, så konflikter og eskalering af problemer undgås (Ertmann, Guldager & Nørgaard-Nielsen, 2006).

Etableringen af et lokalt netværk blandt forældrene er centralt i forhold til programmets succes. Det netværk, der opbygges, kan være medvirkende til at nedbringe forældrenes sociale isolation, og forældrene har et sted, hvor de kan dele erfaringer, efter kurset er afsluttet. Desuden modvirker netværket stress, idet forældrene får mulighed for at drøfte forhold, som de oplever som belastende. Det kan være ægteskabelige problemer, økonomiske vanskeligheder eller problemer i forbindelse med forældrerollen. Forældrene får et sted, hvor de kan lufte frustrationer, så de ikke kommer til at fylde for meget i hjemmet. Internationale studier peger ligeledes på denne positive sammenhæng imellem forældres deltagelse i programmer, dannelsen af et større netværk og barnets positive udvikling (Ertmann, Guldager & Nørgaard-Nielsen, 2006).

MELLOW PARENTING

Programmet henvender sig til forældre med børn under 5 år, der ligesom ved 'Klar til Barn' har et begrænset netværk, og hvor der er øget risiko for at behandle børnene hårdhændet. Programmet anvendes i England, Skotland, Wales, Slovenien, Tyskland, Sverige og USA (Servicestyrelsen, 2006a). Målgruppen er mødre, der over længere tid har udvist en usikker relation til deres barn og kæmper med psykiske problemer. Der er meget fokus på betydningen af moderens psykiske helbred, dog med den er-

kendelse, at forbedring heraf ikke nødvendigvis forbedrer relationen til barnet. Dette er grunden til, at der sideløbende med forbedringer af moderens psykiske helbred arbejdes med mor-barn-relationen ved hjælp af blandt andet videooptagelser (Hansson, 2001; Puckering et al., 1996).

Programmet 'Mellow Parenting' anvender adfærdskorrigerende principper. Det er blandt andet metoder, som opbygger forældrenes tiltro til, at de kan magte forældrerollen. Herved bliver forældrene bedre til at finde egne løsninger på de problemer og udfordringer, børnene skaber i dagligdagen. Programmet benytter sig også af empowerment-strategier, der skal øge forældrenes engagement, åbne for gensidig støtte imellem forældrene og minimere behovet for 'ekspert'-bistand (Service-styrelsen, 2006b). Programmet er organiseret som et 14-ugers kursus, hvor der i stort omfang anvendes diskussionsgrupper. Forældrene udtrykker stor tilfredshed med grupperne, da udvekslingen af erfaringer og råd giver deltagerne følelsen af at besidde ressourcer og erfaringer, som kan hjælpe andre i gruppen (Puckering et al., 1996; Hansson, 2001).

Udenlandske evalueringer af programmet viser positive resultater i forhold til at involvere forældre, der traditionelt falder fra familietræningsprogrammer. Baggrunden for dette antages at være kombinationen af en mindre terapeutisk præget tilgang og en øget inddragelse af praktiske opgaver og forældrenes egne erfaringer. Forløbet er medvirkende til, at forældrenes relation til barnet forbedres, og opfølgende studier viser, at den positive effekt er stabil i mindst 1 år efter, at programmet er afsluttet (McAuley et al., 2006; Puckering et al., 1996; Servicestyrelsen, 2006b).

En evaluering, der sammenligner 'Mellow Parenting' med andre familiekurser, finder, at der opnås en bedre relation imellem mor og barn, samt at barnets adfærdsproblemer mindskes, og der sker forbedringer i dets sprog. Der ses også en væsentlig forbedring af moderens psykiske helbred. Denne forbedring medfører, at hun har større overskud og tillid i forhold til opdragelse og forældreomsorg. Disse forbedringer er målt ved en opfølgning halvandet år efter programmets afslutning (McAuley et al., 2006; Servicestyrelsen, 2006b). Det angives imidlertid ikke, hvilke dele af programmet 'Mellow Parenting', der fremmer disse resultater. Det er derfor ikke muligt at fremhæve enkelte dele eller elementer i programmet som afgørende for de positive effekter (Hansson, 2001; McAuley et al., 2006; Servicestyrelsen, 2006b).

PARENTS AS FIRST TEACHERS (PAFT)

Der findes en del programmer, hvor fokus er på den tidlige læring hos barnet, og hvordan forældrene fremmer barnets udvikling og læring igennem sang, leg og andre dagligdags aktiviteter. Det er blandt andet det engelske program Peep, det amerikanske HighScope og det New Zealandske Parents as First Teachers². Den fælles filosofi i programmerne er, at forældrene er barnets vigtigste læremester, og det er derfor vigtigt, at forældrene vedkender sig den omsorgsrolle, de har over for deres barn. Ligesom i 'Klar til Barn', starter indsatsen ofte allerede under morens graviditet, hvor forældrene undervises i barnets udvikling og sundhed med henblik på, at de opnår større selvtillid i forhold til opdragelsen. Samtidig er der fokus på barnets sprog og sociale kompetencer (Servicestyrelsen, 2006a).

Målgruppen for programmet 'Parents as First Teachers' er forældre med børn i alderen 0-3 år, der tilhører lavindkomstgruppen, og som føler, at de mangler viden om opdragelse. Programmet er rettet mod familier med forøget risiko for en problematisk opdragelse og vanskelige opvækstbetingelser. Familierne, der modtager denne indsats, kommer med forholdsvis forskellige problemstillinger.

Behandlingen afhænger af forældrene og de behov, som familien har. Hjemmeopgaver og øvelser, som forældrene og barnet sammen skal løse, udgør en stor del af forløbet. Endvidere kan opgaverne kombineres med hjemmebesøg, hvor uddannede forældretrænere regelmæssigt kommer på besøg og giver råd og vejledning, som er specielt tilpasset familien. Derudover er der mulighed for, at forældrene kan deltage i gruppemøder både med og uden børn alt efter behov (McCabe & Cochran, 2008; Pfannenstiel & Zigler, 2007; Servicestyrelsen, 2006b).

Foranstaltningen anvendes af ca. 8000 familier hvert år i New Zealand og benyttes ligeledes i dag i England via engelsk Røde Kors og i Israel i forbindelse med et før-skole-program. Resultaterne fra de første evalueringer viser, at forældreevnen forbedres. Med andre ord tager forældrene mere ansvar for barnets læring og skoleudvikling. Derudover deltager familien i stigende grad i lokale aktiviteter og sociale tiltag fra kommunens side. Forældrene påpeger, at programmets fokus på famili-

2. Oplysninger om de nævnte programmer kan findes på: <http://www.peep.org.uk> og <http://www.highscope.org/>.

ens egne styrker og brug af hjemmebesøg fører til de positive resultater (Servicestyrelsen, 2006b).

En amerikansk evaluering af 'Parents as First Teachers' viser, at de mange hjemmeopgaver og øvelser med børnene betyder, at forældrene, der har deltaget i forløbet, oftere læser højt for deres børn end forældrene i en kontrolgruppe, og langt flere børn bliver indskrevne i preschool (et amerikansk førskoletilbud). Begge disse forhold kædes positivt sammen med skoleparathed og med tiden bedre skolepræstationer (Pfannenstiel & Zigler, 2007).

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER FRA VIDENSOPSAMLINGEN

Forskningen fremhæver en række punkter, som det er vigtigt at være opmærksom på i forhold til det forebyggende arbejde med småbørn og sikringen af barnets og familiens udvikling. Med inspiration fra Business Excellence-modellen vil vi i det følgende præsentere de opmærksomhedspunkter, som kapitlet har været med til at kaste lys over.

Når det gælder målgruppe, formål og indhold peges der på en række punkter. Overordnet set er det vigtigt at være opmærksom på, at der findes regionale forskelle i karakteristikken af socialt udsatte familier. Der er dog en lang række fællestræk familierne imellem. Det forebyggende arbejde med småbørn og familier handler generelt om, at forældrene skal opbygge en klar forælderrolle over for barnet. At den tidlige indsats er vigtig understreges blandt andet af Brodén & August (1986), idet de fremhæver, at det er afgørende for effekten af forebyggende foranstaltninger, at en forstyrret relation mellem mor og barn opdages inden for barnets første leveår. Væsentligheden af en god forældre-barn-relation fremhæves ligeledes i de gennemgåede programmer.

De fleste programmer arbejder med sociale belastninger i traditionel forstand såsom det at tilhøre en socialgruppe med en lav socioøkonomisk status. Der arbejdes imidlertid også med de sociale belastninger, som forårsages af eksempelvis en families manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, til vigtige netværk og til betydningsfulde og nære relationer. Forskningen har vist, at manglende sociale netværk øger risikoen for marginalisering og udstødning, hvorfor det er vigtigt at have fokus på familiernes netværk under det forebyggende arbejde.

Endelig understreges det i vidensopsamlingen i forhold til målgruppe, formål og indhold, at det er vigtigt at have øje for, at barnet kan have en række selvstændige problemer, som spiller ind på familiens situa-

tion. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at have fokus på forældrenes problemer. Barnet kan have tillagt sig en uhensigtsmæssig adfærd – nogle gange som overlevelsesmekanisme – som det er nødvendigt at behandle selvstændigt.

I forhold til metoden arbejdes der ofte ud fra risiko- og beskyttelsesfaktorer, hvor hensigten er at styrke forældrenes ressourcer. Forskningen peger på, at der kan være fordele ved en bred forebyggelse i institutioner, hvor pædagoger uddannes i arbejdet med socialt udsatte børn og unge. Pædagogerne kan hurtigt gennemskue, hvorledes det enkelte barn agerer i relation til jævnaldrende og voksne. Herudover viser forskningen i forhold til den anvendte metode, at forældre, der modtager besøg i hjemmet både under graviditeten og i barnets første leveår, klarer sig væsentligt bedre end tilsvarende familier, som ikke modtager samme intensive behandling.

I forhold til henvisningen og visiteringen til de forebyggende foranstaltninger peger forskningen på fordele ved at styrke indsatsen i eksempelvis daginstitutioner i forbindelse med tidlig opsporing af de udsatte børn. Inddragelsen af fagpersoner, der ser børnene i anden sammenhæng, kan styrke opsporingen, så foranstaltningerne kan få kontakt til familierne tidligere. Endvidere peger forskningen på, at familiens egen motivation er en vigtig drivkraft under foranstaltningsforløbet og som forudsætning for, at det forebyggende arbejde lykkes. Der bør fokuseres på motivationen af forældrene – særligt fædrenes motivation, da det især er blandt dem, der er et frafald, hvis de overhovedet indgår i det forebyggende arbejde til at starte med. Motivationen kan ske ved at fremhæve, hvad kurset kan tilbyde familierne, ved at sikre, at de lytter, men også at de er aktive deltagere eksempelvis ved at skulle udvælge elementer af kurser og lave hjemmearbejde. Endelig er det vigtigt, at målgruppen ikke har en for snæver eller negativ definition. Der kan i så fald opstå problemer med rekrutteringen til foranstaltningen eller problemer med at udnytte de ressourcer, der er i målgruppen til at støtte hinanden. Den enkelte foranstaltning bør dog på den anden side ikke dække over for mange forskellige problemprofiler, da det kan medføre, at formålet ikke opnås.

FAXE KOMMUNE: FAMILIE- CENTER OG 'FAGMODELLEN'

AF LISE HEINER SCHMIDT, COWI A/S

BOKS 3.1

Fakta om foranstaltningen.

- Alder for børn i foranstaltningen: 0-18 år
- Antal: 80-110 familier årligt. Der var i 2009 ca. 70 igangsættelser
- Årligt driftsbudget: 7.678.000 (2010)
- Antal ansatte: 15 medarbejdere
- Gennemsnitlig behandlingstid: 1 gang om ugen i ca. 1-2 timer
- Gennemsnitlig behandlingsperiode: 1 år for børn i alderen 0-4 år
- Teoretisk udgangspunkt: Systemiske og psykodynamiske teorier.

MÅLGRUPPE, FORMÅL OG INDHOLD

Faxe Kommunes familiebehandlingsindsats i forhold til børn i alderen 0-4 år er forankret i kommunens familiecenter, der har lokaler i henholdsvis Faxe by og i Haslev by. Målgruppen for foranstaltningen er bredere end børn i alderen 0-4 år. Børn og unge i alderen 0-18 år har således sammen med deres forældre mulighed for at blive henvist eller visiteret til foranstaltningen. Der er tale om særligt udsatte børn og familier, hvor der er stor bekymring for barnets trivsel.

Faxe Familiecenter tilbyder en række forskellige behandlingstilbud. Familiebehandling/Flerfamilietilbud, PMTO-forældreprogrammet,

psykologsamtaler, skilsmissegruppe for børn samt en åben anonym rådgivning for forældre med børn i alderen 0-18 år.

Foranstaltningens formål er at understøtte den enkelte familie i dens bestræbelser på at klare egne problemer med henblik på, at barnet trives i sin familie og i dagsinstitution eller skole. For at nå disse mål arbejdes der med udvikling af relation og tilknytning mellem barn og forældre, opbygning af struktur og nødvendig omsorg. Findes der psykiske problemer, alkoholmisbrug, trusler eller vold, tages der ligeledes hånd om dette. Lederen af foranstaltningen, Pia Jannie Frydkjær, siger:

Vi møder familierne med en tro på, at de kan noget, og vi lægger vægt på, at forældre oplever, at de har stor betydning for deres børn.

Faxe Familiecenter har udviklet en familiebehandlingsmodel, en såkaldt 'Fagmodel', som fundament for familiebehandlingsarbejdet. Fagmodellen indebærer, at der er en fast professionel ramme og struktur, som foranstaltningens familiekonsulenter følger i behandlingen af børnene og deres familier.

Faxe Kommune fik i perioden 2004 til 2008 midler fra Satspuljen til at udvikle fagmodellen. Modellen bygger på 'best practice' samt inddragelse af relevant teori. Dette er blandt andet tilknytningsteorier, affektive neuropsykologiske teorier samt iscenesættelser, hvor forældre eksperimenterer med løsninger. Fagmodellen består af en række faste elementer og 'pejlemærker', som familiekonsulenterne skal følge, medmindre de kan argumentere fagligt for, at det ikke er relevant i forhold til et givent barn og dets familie.

Modellen er ikke statisk. Ny viden og erfaringer inddrages løbende, og modellen kigges igennem minimum en gang årligt af ledelse og medarbejdere i forbindelse med såkaldte 'Stop-op-uger', hvor Familiecenteret lukkes for borgere, og personalet blandt andet drøfter måden, der arbejdes med fagmodellen på. Derudover opsamles forskellige temaer omkring brugen af fagmodellen løbende. Disse temaer kan være initierede af såvel leder som medarbejdere på baggrund af den konkrete brug af fagmodellen eller af ny viden.

BOKS 3.2

Fagmodellen indebærer følgende elementer.

Opstart:

- Henvisning/visitation - via sundhedsplejerske eller sagsbehandler.
- Forsamtale, hvor aktører mødes første gang, forældrenes historie og ønsker præsenteres, og forældrene præsenteres for Familiecentrets tilbud, og hvilke forventninger der er til et samarbejde. Efter en uge ringes familien op for at høre, om de vil starte i Familiecenteret.
- Igangsættelsessamtale – udarbejdelse af samarbejdsaftale, evalueringsplan og børneplan. Forældre, barn og Familiecentret deltager. Sagsbehandler deltager i udarbejdelse af samarbejdsaftale og på efterfølgende evaluerings-møder (se bilag 1 for eksempel på børneplan og bilag 2 for eksempel på samarbejdsaftale).

Afdækning og behandling:

- Systematisk afdækning ved hjælp af relationsobservation (en videooptagelse) og udarbejdelse af genogram³ (Familiecenterets familiekonsulent og forældre/barn deltager).
- Afholdelse af netværksmøder (statusmøder med forældre, sagsbehandler og Familiecentret samt andre relevante aktører inkl. daginstitution og lignende), samarbejds-møder (med forældre, barnet og dele af familiens netværk) og arbejds-møder (mellem de professionelle i en given opgave).
- Løbende udarbejdelse af statusrapporter.

Afslutning:

- Afsluttende netværksmøde (forældre, sagsbehandler og Familiecentret samt andre relevante aktører inklusiv daginstitution deltager).
- Udarbejdelse af afslutningsrapport om forløbet (Familiecenterets familiekonsulent udarbejder).
- Afslutningsmøde med barnet og dets forældre, hvor evalueringsrapport gennemgås og kommenteres af forældre (forældre, barn, sagsbehandler og Familiecentret deltager).

'Stop-op-ugerne' betyder, at modellen (for)bliver erfaringsbaseret, hvilket ifølge lederen af foranstaltningen, Pia Jannie Frydkjær, er styrken ved modellen:

Modellen betyder, at der er konsistens hele vejen rundt om indholdet af modellen, og hvad den indeholder. Den giver os et fælles sprog og udgangspunkt, som giver ro til at udføre arbejdet og fokusere på familierne. Men vi er ikke bare forelskede i en måde

3. Et genogram er et familietræ/stamtræ udarbejdet af familien (forældrene) i samarbejde med en familiekonsulent. Se bilag bagest i delrapporten for eksempel på spørgsmål, som familiekonsulent kan stille forældrene i forbindelse med udarbejdelse af genogram.

at gøre det på. Vi laver om efter den enkelte familie. Vi spørger altid til, 'hvad tager du med dig i dag', og så justerer vi i forhold til det. Det kræver, at medarbejderne kan springe fra en forholdemåde til en anden. Det er ikke metoden, som styrer familien – det er familiens problemstilling, som styrer os.

Behandlingsarbejdet har fokus på inddragelse af barnet og dets familie med henblik på at sikre, at indsatsen fører til en bedre trivsel og livssituation for barnet. Familien er ved igangsættelsessamtalen med til at definere, hvilke mål der skal arbejdes med i behandlingen, og alle aktører informeres løbende om, hvad der tages af beslutninger, og hvad status er. Dette gøres blandt andet på netværksmøder og i forbindelse med udarbejdelse af statusrapporter, som sendes til alle aktører (inklusive familien).

Der er som udgangspunkt tilknyttet én familiekonsulent pr. familie, men er der behov for yderligere ressourcer, kan endnu en familiekonsulent træde til. Familiecentret kan således supplere indsatsen internt ved at være to familiekonsulenter på opgaven eller supplere med psykologsamtaler eksempelvis til en af forældrene.

Intensiteten af behandlingsforløbet afhænger af situationen, men de fleste familier ses med 'deres' familiekonsulent 1 gang om ugen i ca. 1½-2 timer. Behandlingen kan enten foregå i familiens hjem eller i Familiecenteret. I takt med at familierne selv formår at sikre deres barns trivsel og har fået redskaber til at have en velfungerende hverdag, nedtrappes antallet af behandlinger, før forløbet til sidst afsluttes.

De 0-4-årige børn og deres familier er i gennemsnit i behandling i Familiecenteret i 1 år (for ældre børn og unge er den gennemsnitlige behandlingstid 1½ år). Nogle familier har dog været tilknyttet familiecentret i mange år, da det vurderes, at barnet/børnene ellers ville blive anbragt. Foranstaltningen fungerer her som et supplement til forældreskabet og modvirker anbringelse.

HENVISNING OG VISITERING

Henvisning til Faxe Familiecenter foregår via kommunens sagsbehandlere. Herudover kan henvisning også ske via sundhedsplejerskerne, når det drejer sig om gravide og sårbare familier med børn op til 1 år. Familiecentret har ikke optegnelser over, hvor der henvises fra, men lederen af

foranstaltningen, Pia Jannie Frydkjær, vurderer, at ca. 80 pct. bliver henvist via de kommunale sagsbehandlere, mens resten kommer fra sundhedsplejen.

Behandlingen startes med en forsamtale, jf. oversigten ovenfor, men på grund af ventetid kan der godt gå op til 4 måneder før igangsættelsessamtalen afholdes. I 2010 har der været ventetid på ca. 1½ måned. Familierne kan dog altid efter forsamtalen henvende sig og få rådgivning, hvis der er noget, der forværrer situationen. De vil så blive tilbudt 2-3 samtaler i den åbne anonyme rådgivning, der også er en del af Familiecenteret.

Faxe Familiecenter har oprettet en mødregruppe for unge mødre, som ikke frekventerer de almindelige mødregrupper i kommunen. Mødrene mødes en gang om ugen i Familiecentrets lokaler i Haslev. En familiekonsulent fra Familiecenteret og en sundhedsplejerske er tilknyttet mødregruppen, men det er op til mødrene selv at beslutte, hvad der skal ske på de ugentlige møder. Mødregruppen har vist sig at have den sidegevinst, at mødre, som har behov for hjælp, hurtigt identificeres via mødregruppen, og fordi mødrene har deres ugentlige gang i Familiecenteret, har mødrene været åbne over for at starte i behandling, hvis det har været relevant.

Faxe Familiecenter har udarbejdet forskelligt informationsmateriale målrettet henholdsvis familier, der henvises via de kommunale sagsbehandlere og familier, der henvises via sundhedsplejersker og lignende. Der er tale om små pjecer, som kort beskriver, hvad Familiecenteret kan hjælpe med, hvor det er placeret, og hvordan man kan kontakte Familiecenteret.

METODER

Familiecenteret anvender to faste metoder til at afdække en families problemstillinger: Video og udarbejdelse af et genogram sammen med familien. Video bruges til at give et billede af familiens interaktion, hvilket hjælper familien og familiekonsulenten til hurtigere og bedre at indkredse problemfelter og temaer, der kan arbejdes videre med. Videoptagelsen kan både foregå i familiens hjem og/eller i Familiecenteret.

Brug af video er et ofte anvendt redskab under hele behandlingsforløbet. Videoen vises efterfølgende for familien, og familiekonsu-

lenten får her mulighed for at høre forældrenes refleksioner. En mor til tre børn, som vi interviewede, siger om brugen af video:

Vi er blevet filmet flere gange, og det er super, hvad man kan få ud af 10 minutters klip. Jeg så filmen sammen med familie-konsulenten. Jeg fik gode råd til, hvad jeg kan gøre bedre. Ikke noget med løftede pegefingre, kun råd og vejledning. Jeg har fået øjnene op for, hvad jeg gør, og hvad jeg skal gøre. Jeg er blevet bedre til at kunne sætte ord på børnenes følelser. Jeg kan mærke, at vi er blevet meget bedre til at være sammen.

Når Faxe Familiecenter anvender video, gør de brug af elementer fra Marte Meo-metoden (se boks 3.3), men de følger ikke denne metodes principper rent. I stedet tilpasses brugen af video til den enkelte familie og den givne situation. De interviewede familie-konsulenter og lederen af Faxe Familiecenter oplever, at brug af video er et velegnet redskab i forhold til især de små børn i alderen 0-4 år, da det bliver meget tydeligt for forældrene, hvilke virkninger deres adfærd har på deres børn.

BOKS 3.3

MARTE MEO-metoden.

Marte Meo (Latin: Ved egen kraft) er en pædagogisk metode, der benytter sig af videooptagelser af samspillet mellem for eksempel børn og voksne. Med udgangspunkt i videooptagelserne analyseres interaktionen mellem personerne. Formålet er at skabe en udviklingsstøttende kommunikation mellem børn og voksne.

Marte Meo blev udviklet af den hollandske undervisningsvejleder Maria Aarts i slutningen af 1970'erne og i de tidlige 1980'ere. Hun indså, at det er meget komplekst og besværligt at forklare og give indsigt omkring et barns problemer til forældre og andre pårørende, som ofte ikke forstår pædagogisk sprogbrug og har svært ved at identificere pædagogens iagttagelser i dagligdags situationer.

Videooptagelse og analyse af samspil mellem barn og forældre i almindelige dagligdags situationer gør det muligt at få øje på barnets og forældrenes sociale kompetencer og ressourcer og herfra sætte nye mål for hensigtsmæssig udvikling og samspil - trin for trin.

I analysen fokuseres på:

- Hvad kan barnet og forælderen/forældrene allerede, og hvad viser optagelsen, at barnet og forælderen/forældrene har brug for at lære?
- Hvad gør den forælderen/forældrene allerede, som er støttende for barnets/personens udvikling?

- Hvad har forælderen/forældrene brug for at få informationer om at gøre noget mere af eller gøre på en bestemt måde for at hjælpe barnet videre i sin udvikling?

Informationer videregives til forælderen/forældrene med afsæt i fastfrosne, udvalgte klip fra videooptagelsen af deres interaktion med barnet. Der gives konkrete handleanvisninger, som kan forbedre samspillet og støtte udviklingen. Videoklippene supplerer Marte Meo-terapeutens iagttagelser, hvilket gerne skulle resultere i en mere optimistisk tilgang til opdragelsen og en bedre mulighed for at ruste den voksne til selv at finde sine egne løsninger fremover. Det vigtigste redskab for at nå disse mål er en forbedring af kommunikationen. Marte Meo-metoden er blevet udbredt i Danmark siden 1994. Se mere på Servicestyrelsens hjemmeside: www.servicestyrelsen.dk.

Formålet med afdækningsfasens brug af video, udarbejdelse af genogram og det efterfølgende behandlingsarbejde er at sætte barnets perspektiv i fokus. Det indebærer blandt andet at tydeliggøre for forældrene, at de har en væsentlig betydning for deres børn, og til at hjælpe dem eventuelt andre betydningsfulde voksne i netværket – til at fokusere på, hvad det er for behov, barnet har. Udgangspunktet for arbejdet er således, at det ufødte barn og særligt spædbarnet har brug for forældre, der kan etablere en omsorgsfuld relation, hvor barnet er omdrejningspunktet. En god relation mellem forældre og barn ses dermed som en forudsætning for en sund udvikling og beskyttelse senere i livet.

Foruden brug af genogram og video anvendes også en række andre metoder. I behandlingsforløbene anvendes eksempelvis ofte en veksling mellem samtaler og samarbejdsøvelser. Forældre støttes gennem samtaler til at arbejde med deres rolle som ledere af hele familiens trivsel og til gennem samarbejdsøvelser at praktisere dette.

MEDARBEJDERE OG FAGLIGHED

Faxe Familiecenter har 15 ansatte fordelt på de to lokaliteter i henholdsvis Faxe og Haslev. Medarbejderne er uddannet som pædagoger, psykologer, socialrådgivere og lignende. Alle medarbejdere har en terapeutisk efteruddannelse eller tilbydes en. Det er ofte en diplomuddannelse i familierapi fra Den Sociale Højskole. Uddannelsen efterfølges ofte af Marte Meo-uddannelse, kognitiv uddannelse eller lignende, ligesom der ad hoc tilbydes mindre temadage og kursusdage for alle. Leder Pia Jannie Frydkjær udtaler:

Vi arbejder med kompetenceudvikling på mange niveauer i det daglige, på de faglige fredage, gennem ekstern supervision samt mulighed for efteruddannelse. Fagmodellen og den fagprofessionelle struktur skal sikre dels kompetenceudvikling for medarbejderne i det daglige arbejde, dels udvikle kvaliteten af familiebehandlingsarbejdet.

Faglig sparring er et prioriteringsområde i Faxe Familiecenter. Familiecentret har nedfældet retningslinjer for den faglige sparring, der beskriver, dels hvornår det kan være relevant at gøre brug af faglig sparring – eksempelvis drøftelse af problemstilling i aktuell opgave 3 måneder efter igangsættelsessamtalen og ved 9-måneders-status – dels hvad familiekonsulenten skal bidrage med i sparringen.

Formålet med den faglige sparring er, at familiekonsulentens egne faglige refleksioner vendes (og deles) med kollegaer i et tværfagligt miljø. Det anses som vigtigt, da familiekonsulenterne arbejder alene i de fleste familier. Ifølge de interviewede familiekonsulenter og lederen er resultatet af den faglige sparring, at perspektiverne omkring en opgave udvides, og at det sikres, at børneperspektivet hele tiden er inddraget.

Udover gevinsterne i forhold til en konkret sag har den faglige sparring også andre fordele, idet den skaber en fælles faglighed og et fælles sprog blandt familiekonsulenterne, ligesom den sikrer løbende erfaringsopsamling og vidensdeling. Hermed bidrager den faglige sparring til, at der skabes et fælles fundament for behandlingsarbejdet og den bidrager til en evalueringsproces, som foregår kontinuerligt.

Ud over den faglige sparring har Familiecentret en række andre initiativer, der skal sikre kvaliteten af den faglige kunnen. Ekstern supervision giver ca. en gang om måneden medarbejderne i Familiecentret mulighed for at tale om udfordringer, der knytter sig til behandlingsarbejdet. Der afholdes endvidere ugentlige faglige møder, hvor familiekonsulenterne drøfter behandlingsarbejdet, ligesom Familiecenteret opererer med 'stop-op-uger' (se beskrivelse ovenfor) og med 'faglige fredage', hvor personalet drøfter faglige forhold. Dette kan eksempelvis være input fra en medarbejder, der har været på kursus, en medarbejder, der har læst en artikel med videre. Lederen af foranstaltningen, Pia Jannie Frydkjær, siger:

Erfaring og efteruddannelse i familiebehandling er afgørende!
Der skal være plads til drøftelser!

ORGANISERING OG LEDELSE

Foranstaltningen er organiseret med en leder og 14 medarbejdere fordelt på de to familiecentre. Lederen, der har ansvar for begge familiecentre, har sit kontor i familiecentret i Haslev. Lederen refererer direkte til kommunens rådgivningschef, der er ansvarlig for børne-ungeområdet. Der afholdes 3-4 gange årligt en-til-en-samtaler mellem disse to. Herudover afholdes der ugentlige møder i Rådgivningsenheden sammen med andre ledere. Lederen af Familiecenteret er økonomisk ansvarlig for de to familiecentre. Forholdet mellem lederen af familiecentrene og kommunens rådgivningschef er karakteriseret ved, at lederen af familiecentrene har stor selvbestemmelse og indflydelse på, hvordan foranstaltningen 'køres' i det daglige.

Foranstaltningen er ikke præget af udskiftning blandt personale, sygdom og ustabil fremmøde. Ifølge lederen af foranstaltningen, Pia Jannie Frydkjær, fordi det er en god arbejdsplads, der lægger vægt på faglig kvalitet, og hvor modellen giver mening i det faglige arbejde. To medarbejdere, som vi har interviewet – Anne Holde og Kirsten V. Madssen – bekræfter dette og siger:

Vi har en leder, som er på forkant, er ambitiøs, og det smitter af. Vores leder kender sagerne og sine medarbejdere. Vi har en god stemning, højt fagligt niveau og frihed til at planlægge.

Ifølge de to medarbejdere er det vigtigt med en ansvarlig og nærværende leder, samt at de i Familiecentret har opbygget en kultur, hvor medarbejderne møder ind på samme tid og går på samme tid, hvor medarbejderne er afhængige af hinanden, og hvor alle har et vigtigt bidrag at yde.

Socialt er der nedsat en 'trivselsbande', hvor medarbejdere på skift arrangerer sociale arrangementer for deres kollegaer: fx biograftur, motion og middage.

SAMARBEJDE MED ANDRE

Der samarbejdes med sagsbehandlere, barnets daginstitution/skole, psykologer, egen læge og lignende. Samarbejdet foregår via netværksmøder (jf. boks 3.2), hvor relevante aktører inviteres til at mødes med Familiecentrets familiekonsulenter og familien til en snak om status og det videre behandlingsarbejde. Netværksmøderne afholdes løbende og efter behov. Der vil altid være et netværksmøde i forbindelse med igangsættelse og afslutning.

DOKUMENTATION OG RESULTATER

Faxe Familiecenter har i forbindelse med udviklingen af fagmodellen beskrevet modellen og dens elementer. Der er også udarbejdet en ekstern kvalitativ evaluering af Faxe Familiecenter som afslutning på satspuljebevillingen.

Ved afslutningssamtalen for hver sag aftales, hvad det videre forløb er for et givent barn/familie, men Faxe Kommune har ikke opbygget et system, der gør det muligt at kunne måle på, hvad der sker med børnene efterfølgende, så det kan udledes, hvad de reelle effekter er af den forebyggende foranstaltning. Den eksterne kvalitative evaluering viste, at familier, familiekonsulenter og samarbejdspartnere gav udtryk for, at foranstaltningen bidrog til øget trivsel for børnene og deres familier, ophør af indberetninger og udvikling af forældrenes forældreevne og deres selvforståelse.

Familiecenteret er i øjeblikket i gang med at se på, hvordan de kan blive endnu skarpere i forhold til præcisering af mål i samarbejdsaftalerne, så det ved afslutning på et behandlingsforløb er helt klart, om de opstillede mål er nået.

Læs mere om Faxe Familiecenter på Dialogprojektets hjemmeside: www.forebyggelse-boernogunge.dk.

HELSINGØR KOMMUNE: DET LILLE FAMILIEHUS (FLERFAMILIEARBEJDET)

AF LISE HEINER SCHMIDT, COWI A/S

BOKS 4.1

Fakta om foranstaltningen.

- Alder for børn i foranstaltningen: 0-6 år
- Antal: ca. 70 i hele Familiehuset. I Flerfamiliearbejdet ca. 6-7 børn/familier ad gangen
- Årligt driftsbudget: Flerfamiliearbejdetilbuddet indgår som en del af Familiehusets samlede tilbud. Familiehuset har et årligt driftsbudget på ca. 10 mio. kr.
- Antal ansatte: 3 medarbejdere i Flerfamiliearbejdet (eksklusiv leder)
- Gennemsnitlig behandlingstid: 2 x 6 timer om ugen (Flerfamiliearbejdet). Herudover kan familien modtage eventuelle andre ydelser
- Gennemsnitlig behandlingsperiode: Maksimalt 12 måneder, men har en familie behov for længere tid, er der mulighed herfor
- Teoretisk udgangspunkt: Systemisk teori, tilknytningsteorier, narrativ teori samt Marlborough-modellen – Flerfamilieметоден.

MÅLGRUPPE, FORMÅL OG INDHOLD

'Flerfamiliearbejdet' er en del af Helsingør Kommunes Familiehus, som er placeret midt i Helsingør midtby i en ældre ejendom, som også huser beboelseslejligheder og butikker i stueetagen. Flerfamiliearbejdet har deres 'egen' lejlighed med fem værelser, køkken, badeværelse og en stor entre, som også har pusleplads og garderobe. På etagen nedenunder holder 'Familiehuset' til, som Flerfamiliearbejdet er en del af. Før 1. ok-

tober 2009 havde Flerfamiliearbejdet til huse i en anden ejendom i Helsingør, og blev der kaldt 'Det lille Familiehus'. Efter flytningen til Familiehusets lokaler kaldes tilbuddet nu Flerfamiliearbejdet.

Det lille Familiehus blev oprettet den 1. oktober 2007 som følge af en satspuljebevilling fra Socialministeriet. Der var tale om et 2-årigt udviklingsprojekt. Helsingør Kommune var så tilfredse med projektet, at det efter projektperiodens udløb blev integreret i Familiehuset som en af flere ydelser, Familiehuset tilbyder. Familiehusets målgruppe er børn og unge i alderen 0-18 år, og Familiehuset tilbyder flere ydelser. I forhold til de mindre børn og deres forældre drejer det sig bl.a. om støttende samtaler til forældre, anonym familierådgivning en gang om ugen til forældre med 'almindelige' børne- og familieproblemstillinger, Tidlig-Indsats-sundhedsplejersker, sundhedsplejersker på skoler, børne- og ungerådgivning (PPR) og lignende.

For Flerfamiliearbejdet er målgruppen 0-6-årige og gravide. Da tilbuddet hed Det lille Familiehus var alderen for målgruppen 0-3 år, men aldersgrænsen er nu udvidet til børn op til 6 år. Dette skyldes, at andre børn fra en given familie således kan integreres i arbejdet.

Tilbuddet er rettet mod:

- Vordende forældre, der ikke uden særlig støtte vurderes at være i stand til at varetage barnets behov for omsorg, stimulation og udvikling. Herunder forældre med nyligt diagnosticeret handicap eller sygdom.
- Forældre med børn i alderen 0-6 år, hvor der er tegn på mistriivsel eller bekymring for et eller flere børns trivsel, og hvor barnet antages inden for en kortere periode at være anbringelsestruet, såfremt forældrene ikke får støtte og hjælp til at styrke deres forældreansvar og sikre barnets behov for omsorg, stimulation og udvikling.

En intern evaluering af udviklingsprojektet Det lille Familiehus udarbejdet i 2009 viser blandt andet, at flere af forældrene, som kom i Det lille Familiehus, havde store problemer, da de startede i behandling. Det drejede sig eksempelvis om psykosociale problemer, psykosomatiske problemer, sociale fobier, tilknytningsforstyrrelser, at de selv kommer fra familier med mange brud, at 2/3 af forældrene havde været udsat for seksuelle grænseoverskridelser som incest og voldtægt, at nogle forældre havde været anbragt som børn, at flere havde kortvarig skolegang og

mange skoleskift, at kun én mor havde en uddannelse og et arbejde – de andre forældre havde ingen uddannelse og arbejde, og at flere af forældrene var opvokset i misbrugsfamilier, ligesom et par af forældrene selv havde haft et misbrug eller har levet i parforhold med misbrug.

Den interne evaluering viser endvidere, at børnene, som kom i Det lille Familiehus – og som var i alderen 0-2 år – havde store tilknytningsforstyrrelser ved start på behandlingen. Det viste sig blandt andet ved, at børnene var meget motorisk urolige. De slog sig selv og andre børn, de råbte højt og løb rundt. Andre børn var indadvendte og undlod at stille krav til selv basale behov som sult, tørst, aktivering og søvn. De havde ikke et alderssvarende sprog eller alderssvarende motorisk kunnen. Fælles for børnene var, at de ikke reagerede, når deres forældre ville i kontakt med dem, eller hvis forældrene forsøgte at irttesætte eller opdrage på dem.

Der har i perioden 1. oktober 2009 til 1. marts 2010 (hvor tilbuddet overgik fra at være Det lille Familiehus til Flerfamiliearbejdet) været indskrevet otte drenge og en pige i Flerfamiliearbejdet. Syv af disse børn var ved indskrivningen i alderen 1-10 måneder. De to øvrige børn var startet i et forløb i Det lille Familiehus, det vil sige før 1. oktober 2009, og var begge tre år gamle. Der er således i perioden, hvor foranstaltningen har heddet Flerfamiliearbejdet, støttet ni børn samt disses ni mødre, ligesom to fædre har deltaget i Flerfamiliearbejdet. Af de ni familier er der en familie, hvor faderen har anden etnisk baggrund end dansk.

Foranstaltningens formål er at forbedre forældrekompetencen via fokus på:

- sikker tilknytning mellem barn og forældre
- forøget og stabil forældreomsorg
- forøget trivsel og stabil udvikling hos børnene
- forældrene kommer i stabile livsforløb (fast bolig, uddannelse eller arbejde)
- flertallet af familier opnår selv at kunne varetage omsorgen for børnene uden eller med kun lidt støtte
- børnene opnår eller bevarer kontakt/samvær med begge forældre
- familier opnår eller bevarer kontakt/samvær med vigtige og positive ressourcepersoner i deres liv.

Konkret gøres dette ved, at familierne to gange om ugen mødes i Flerfamiliearbejdets lokaler i Helsingør midtby, hvor der er åbent fra kl. 9 til ca. kl. 13. Her arbejder familierne sammen med de andre forældre i gruppen med deres forældreskab og med de konkrete mål, som de har udarbejdet sammen med 'deres' familiekonsulent. Der fokuseres på barnets udvikling og på udvikling af forældreskabet, ligesom et vigtigt element er, at forældrene lærer af hinanden i gruppen.

Herudover kan familierne få individuel støtte ved en af familiekonsulenterne. Det kan foregå i familiernes eget hjem, hvor støtten kan være praktisk og pædagogisk vejledning og rådgivning til at få familiens hverdag til at fungere bedre, par samtaler og individuelle samtaler af mere terapeutisk karakter. Forældrene støttes også i at forholde sig til fremtiden i forhold til eksempelvis uddannelse og job.

Herudover er der mulighed for, at familierne kan modtage psykologisk terapi sammen eller individuelt ved Flerfamiliearbejdets psykolog, at de kan få fysioterapi til børnene og deltage i fædregruppe. I forhold til fædregruppe er muligheden der, men der har på nuværende tidspunkt ikke været nok fædre til at starte en gruppe. Personalet i Flerfamiliearbejde arbejder i teams, når gruppen af familier er samlet, mens de ofte arbejder individuelt, når familierne får individuel støtte i hjemmet.

Gruppen af familier, der deltager i Flerfamiliearbejdet, har en størrelse på ca. 6-7 familier, og der optages løbende nye familier og afslutning af familier, som er færdige i forløbet. Erfaringen er, at det fungerer godt, at 'gamle' familier introducerer nye familier til Flerfamiliearbejdet, og at de øser af deres erfaringer og fortæller, hvordan de har løst forskellige udfordringer. De 'gamle' familier videregiver (loyalt) de råd, som de oprindeligt har fået af familiekonsulenterne, og det fungerer oftest godt, når rådene kommer fra en ligesindet. En mor til en dreng på 3 måneder, som har været i Flerfamiliearbejdet siden graviditeten, fortæller om Flerfamiliearbejdet:

Jeg er meget glad for de andre kvinder. Det er noget helt andet end mødregrupper, hvor der er en berøringsangst mht. de svære ting. Det er befriende, at der her er en, som sidder og græder, at en siger 'I dag skal jeg til psykiater' – ligesom hvis man skal til tandlæge. Jeg er rigtig glad for at komme her. Det betyder meget for mig, at der er mange kvinder ansat, at jeg får moderlig omsorg, får et knus og en kop kaffe. Vi får rigtig meget hjælp, og

jeg har lært en masse om mig selv, og hvad jeg kan gøre for at skabe en bedre tilknytning til min søn og få struktur på mit liv.

Det er forskelligt, hvor lang tid børnene og deres familier er i behandling. For nogle er det et halvt år, for andre længere. Som udgangspunkt er det hensigten, at en familie kan være i foranstaltningen, til målet er nået.

HENVISNING OG VISITERING

Henvisning til Flerfamiliearbejdet foregår via kommunens sagsbehandlere (Familierådgivningen). Ved akutsager og for børn under 1 år kan sundhedsplejerskerne henvise til foranstaltningen. Der kan gå blot 1 døgn fra henvendelse fra sundhedsplejen, og til behandlingen kan begyndes. En forudsætning er, at der sendes en underretning til forvaltningen.

Ved ikke-akutte sager går der typisk fra 1 til 3 uger, før en familie kan starte, hvis der er plads i foranstaltningen. Er der ikke plads, startes der op i hjemmet, indtil familien kan starte i Flerfamiliearbejdet. Pædagog Birgit Christiansen, der arbejder som familiekonsulent i Flerfamiliearbejdet, forklarer:

I øjeblikket tager vi imod alle, selvom vi godt kan mærke, at vi er ved at nå kanten [har 5-6 familier i Flerfamiliearbejdet]. Der kommer mange henvendelser. Vi har bl.a. haft en snak med sundhedsplejen om, hvad vi synes er bekymring, og hvad de synes er bekymring, og det har givet et fælles billede og har givet flere henvisninger.

Det er for Flerfamiliearbejdets medarbejdere vigtigt, at børnene henvises så tidligt så muligt, så det undgås, at børnene er på vej ud i en egentlig fejludvikling, og at der konstateres skader på dem. Der fokuseres derfor på at informere relevante fagpersoner om foranstaltningen, så tidlig opsporing sikres og fejludvikling og skader undgås. Det gøres bl.a. via nyhedsbreve til familierådgiverne på kommunen og via en tæt kontakt til Tidlig-Indsats-jordemødre på Hillerød Hospital, Tidlig-Indsats-sundhedsplejersker, læger og sundhedsplejersker.

Når en familie henvises til Flerfamiliesamarbejdet, besluttet det på et visitationsmøde – hvor lederen af Familiehuset og en til to af familiekonsulenterne fra Flerfamiliearbejdet deltager – om en given familie skal tilbydes plads i Flerfamiliearbejdet. Hvis det er tilfældet, indkaldes forældrene og barn til et første møde i Flerfamiliearbejdets lokaler, hvor forældrene under vejledning af en af de tre familiekonsulenter opstiller delmål for de ting, de gerne vil arbejde med.

BOKS 4.2

Eksempler på delmål forældre har opstillet for deres arbejde.

- Få mere kontakt til mit barn
- Få mere ro på mig selv som person og forælder
- Hjælpe mit barn med at fordybe sig i leg og aktiviteter
- Lære mit barn at spise med ske
- Lære at lege med mit barn
- Lære hvordan jeg bader mit barn
- Lære at aflæse, hvornår mit barn skal have mad, sove, trøstes og aktiveres.

Der sørges for, at der er overensstemmelse mellem de overordnede mål, som familien har udarbejdet sammen med kommunens familierådgiver i handleplanen, og de delmål, som familien opstiller for deres arbejde i Flerfamiliearbejdet. Herefter indkaldes til første netværksmøde (for beskrivelse heraf, se afsnittet om 'Samarbejde med andre' nedenfor).

Flerfamiliearbejdet har, da de var Det lille Familiehus, udarbejdet en pjece, der beskriver foranstaltningens tilbud. Der er tale om en generel pjece, der henvender sig til 1) familier, som er henvist til foranstaltningen, 2) familier, som overvejer at blive henvist eller selv henvender sig (selvhensivere) og 3) fagpersoner. Pjecen beskriver de udfordringer, familier kan stå med, hvordan man får kontakt til foranstaltningen, ydelser der tilbydes, en kort beskrivelse af en dag i familiegruppen, samtykke og tavshedspligt samt kontaktoplysninger. Flerfamiliearbejdet er på nuværende tidspunkt i gang med at revidere pjecen.

METODER

Flerfamiliearbejdet er inspireret af 'Marlborough-modellen', som er en 'flerfamilie(terapi)metode', der bygger på strukturel systemisk tænkning og er en kontekstbaseret behandlingstilgang.

BOKS 4.3

Marlborough-metoden.

Marlborough-metoden er en flerfamilieterapi-metode udviklet af Marlborough Familiecenter (Marlborough Family Service) i London, der hører under det offentligt støttede National Health Institute i England, som arbejder med multifunktionelle tilbud til socialt udsatte familier. I metoden arbejdes der ud fra systemiske principper med familier, som bringes sammen i en gruppe og gennem gensidig feedback støttes til at være eksperter i eget liv og egne problemer. Udgangspunktet er, at alle familier besidder ressourcerne til at løse deres egne problemer. I flerfamilieterapi opfordres familierne til at give hinanden gensidig feedback gennem fælles aktiviteter. Terapien giver familierne mulighed for at overvinde social isolation og stigmatisering, udvide sociale netværk og opleve solidaritet. Marlborough-metoden anvendes i Danmark også i forhold til skoleområdet. For mere herom se Servicestyrelsens hjemmeside om Familieklasser og Familieskoler.

Et vigtigt element i flerfamiliemetoden er, at de deltagende forældre og børn under vejledning af familieeksulenterne skal deltage i skiftevis strukturerede og ustrukturerede aktiviteter, der engagerer familierne i aktiviteter, der afspejler familiens normale udfordringer. Det kan eksempelvis være leg med tog, byggeklodser, dukker, rangler, putte ting i en kasse, lave mad sammen, gå på en legeplads, gå en tur til søen og fodre ænder og købe ind.

Aktiviteterne formuleres af familieeksulenterne. Formålet er at genindsætte forældrene som 'opdragere', at lade dem stå for opdragelsen og beslutningerne i familien, herunder at beslutte, hvad der er forældreansvar, og hvad der kan varetages af barnet selv. Dette sker i en trykbehandlingskontekst, hvor rammer og struktur er tydelige for forældrene. Der er eksempelvis kun det legetøj og de materialer, som skal bruges i aktiviteten, andet ryddes væk, så familierne ikke distraheres. Familierne sidder alle i samme rum og kan selv vælge, om de vil sidde ved et højt bord, et børnebord eller være på gulvet, eksempelvis på en madras foran et stort spejl. Forældrene kan vælge at sidde alene med sit barn/sine børn eller sammen med de andre familier. Forældrene iagttager også hinan-

dens aktiviteter, men må først kommentere det, når aktiviteten er slut, og det er tid til efter-refleksion.

Der er to familiekonsulenter til stede under aktiviteten. Den ene sidder og iagttager, hvordan aktiviteten forløber, og kan spørge ind til, om det, familien har valgt at arbejde med, fungerer. Den anden optager aktiviteten på video.

Der benyttes således følgende systemiske metoder:

- Den ene familiekonsulent iagttager og reflekterer kort over forældre og børns adfærd, mens der er aktivitet. Herefter italesætter familiekonsulenten, hvad hun har observeret. Det kan ske ved brug af værktøjet '5 step-modellen' udviklet af den tysk-engelske læge og børnepsykiater Eia Asen (se bilag 3 for '5 step-modellen til refleksion'). Fokus er på, hvordan forældrene kan overføre den viden og de erfaringer, de har opnået i en given aktivitet til de hjemlige forhold.
- Den anden familiekonsulent laver videooptagelser af forældrenes samvær med barnet med henblik på at bruge videooptagelsen i efter-refleksionen. Konkret sker det ved, at forældre og familiekonsulenter sammen ser videoen. Der tales både om det, der gik godt, og det, der var svært ved aktiviteten. Forældrene skal desuden måle sig og give sig selv og deres barn karakterer i forhold til de mål, de har sat. Forældrene deler, hvad de ser hos de andre familier, og som de kan genkende hos sig selv. Familiekonsulenternes rolle er at stille åbne og nysgerrige spørgsmål til det, de ser, familierne gør.

Når videoseancen er afsluttet, aftaler familiekonsulenterne med forældrene, hvad de skal arbejde med derhjemme til næste gang. Familiekonsulent Janne Theilgaard siger:

Udfordringen er at få familierne til at tage læring fra Flerfamiliearbejdet med hjem i eget hjem. Vi afslutter altid med at spørge dem, hvad de tager med hjem fra i dag. Herved får vi familierne til selv at reflektere over, hvad de tager med hjem, og hvordan de vil arbejde med det.

Flerfamiliearbejdet kører med et fast dagprogram de 2 dage om ugen, hvor familierne mødes i Flerfamiliearbejdets lokaler i tidsrummet kl. 9-13 (se bilag 4 for Beskrivelse af dagsprogram i Flerfamiliearbejdet). Den

sidste onsdag i hver måned afholdes en voksentemadag, hvor forældrene kommer alene (kun de spædbørn, der ikke kan passes, kommer med). På voksentemadagen arbejdes med temaer om forældreskabet. Aktiviteter kan være, at forældrene på skift interviewer hinanden og hermed får kendskab til de værdier, den enkelte forælder har til sit forældreskab. Metoden er inspireret af den australske psykolog Michael White.

Foranstaltningens leder Ulrik Jessen siger om flerfamiliemetoden:

Vi tror på, at familier kan spejle sig i hinandens drømme og give feedback til hinanden. Det skaber netværk. Forældrene har selv foreslået, at de kan samles en gang om måneden og spise i Familiehuset. Vi håber, at effekten af metoden er, at det er forældrene selv, der siger, hvor de vil hen, frem for at vi siger det.

De tre familiekonsulenter Birgit Christiansen, Janne Theilgaard og Inger Svanberg bekræfter dette og siger:

Det gode ved flerfamiliemetoden er, at den bringer flere familier sammen, og at de kan bruge hinanden og spille sammen. Det er der mere læring i, og der er højere grad af lydhørighed. Det bidrager med følelsen af 'at jeg ved noget og er god til mit barn'. Flerfamiliemetoden er især god i kombination med andre ydelser. Med de multiproblem-familier vi har, kan det ikke stå alene. Vi får ved brug af Flerfamiliearbejdet hurtigere afdækket nogle ting, som det ellers ville tage lang tid at finde frem til ved individuel tilgang i en enkelt familie.

MEDARBEJDERE OG FAGLIGHED

Flerfamiliearbejdet har tre ansatte familiekonsulenter eksklusiv lederen, som er leder for hele Familiehuset, som Flerfamiliearbejdet hører under. Personalet er tværfagligt sammensat og består af en pædagog, en socialrådgiver og en psykolog. De tre familiekonsulenter arbejder dels med Flerfamiliearbejdet, dels med individuelt familiearbejde i familierne. Herudover arbejder de med andre familier, som hører under Familiehuset, det vil sige familier, som ikke deltager i Flerfamiliearbejdet. Familiekon-

sulenterne har alle minimum en 1-årig systemisk uddannelse og uddannelse i Marte Meo.

Lederen af foranstaltningen Ulrik Jessen siger:

Det er medarbejdere med lang erfaring inden for behandlingsområdet og lang erfaring i det hele taget. Vi er gået efter at få nogle fælles systemiske forståelser. Alternativer kan godt rummes, men der er et fælles syn eksempelvis på at arbejde ressourcerorienteret. Det holder en gnist og et engagement i huset.

Hver uge afholdes et fællesmøde for alt personale i Familiehuset, hvilket inkluderer de tre familiekonsulenter fra Flerfamiliearbejdet. Mødet er et vigtigt forum, hvor sagsfordeling og stillingtagen til, om en sag skal til familiekonsulent i Familiehuset eller til Flerfamiliearbejdet, diskuteres. Herudover er gensidig orientering et fast punkt på dagsordenen. De tre medarbejdere i Flerfamiliearbejdet holder efter hver flerfamilieaktivitet en refleksion over dagen (i praksis lykkes det ikke altid at fastholde denne intention grundet arbejdspressen). Derudover holder de tre medarbejdere halvårslige heldagsmøder, hvor aktuelle problemstillinger tages op:

Vi har eksempelvis det sidste trefjerdedel år udelukkende haft spædbørnefamilier. Her har vi haft brug for at justere på metoden. Børn i alderen 0-12 måneder kan ikke puttes ind i en fast struktur, fortæller familiekonsulent Janne Theilgaard.

Medarbejderne får ekstern supervision cirka hver tredje uge af 2,5 timers varighed. De tre familiekonsulenter får forsat undervisning og supervision ved den psykolog, som har været tilknyttet tilbuddet siden dets opstart. Medarbejderne i Familiehuset har mulighed for at deltage i relevant efteruddannelse. Efteruddannelsen inviteres også 'ind i huset', så hele medarbejdergruppen får fælles input og dermed fælles referenceramme. Familiehuset har også haft nedsat medarbejdergrupper, der har skullet udvikle nye metoder (eksempelvis i forhold til tværfaglighed og tværororganisatoriske indsatser), ligesom der er nedsat en Tænketank, der kan håndtere og vinkle problemstillinger.

ORGANISERING OG LEDELSE

Lederen af foranstaltningen, som desuden er leder af hele Familiehuset inklusiv Flerfamiliearbejdet, anvender sin tid på administration, personaleledelse, udvikling og sparring. Lederen refererer til kommunens familie- og handicapchef, og de to afholder månedlige møder samt efter behov. Forholdet mellem lederen af Familiehuset og kommunens familie- og handicapchef er afslappet og karakteriseret af gensidig tillid, hvor lederen af Familiehuset har stor selvbestemmelse og indflydelse på, hvordan foranstaltningen 'styres' i det daglige. Ulrik Jessen, leder af foranstaltningen, siger:

Man er nødt til at være selvledende for at køre Familiehuset. Der er i organisationen lagt vægt på, at vi kan være selvledende. I forhold til den metodemæssige del og den udviklingsmæssige. Så der er god plads.

Foranstaltningen er ikke præget af udskiftning blandt personale og ustabil fremmøde. Ulrik Jessen fortæller videre:

Medarbejderne trives og er glade for deres arbejde og for den store selvforvaltning. Der er udvikling, forskellige opgavetyper, som forandrer sig over tid, og vi har et dejligt hus med et godt miljø. Der er mange, der har været her i mange år, og det er godt, fordi der er meget erfaring, men det giver en udfordring med et generationsskifte. Mange er 55 år eller derover. Ville være rart med mere blanding af køn og alder.

I forhold til sygemeldinger er Familiehuset karakteriseret ved lav kort-tidssygemelding, men som følge af, at flere af medarbejderne er 55 år eller derover, har foranstaltningen nogle langtidssygemeldinger, som skyldes alder.

SAMARBEJDE MED ANDRE

Der samarbejdes løbende med Familierådgivningen og med Tidlig-Indsats-jordemødre fra Hillerød Hospital, Tidlig-Indsats-Sundheds-

plejersker samt læger og psykologer. Der afholdes samarbejds møder med de forskellige faggrupper, både hver for sig og med flere ad gangen. På møderne drøftes eksempelvis opsporing og kontakt med familier, arbejds gange og samarbejdet i forhold til konkrete familiesager og generelt.

Foruden disse møder afholdes der netværksmøder med deltagelse af relevante personer fra familiens private netværk og fagpersoner, som er inde over sagen. Forældrene bestemmer selv, hvem der skal indkaldes til netværksmøderne, men forældre, familierådgiver/sagsbehandler og en familiekonsulent fra Flerfamiliearbejdet er obligatoriske. Flerfamiliearbejdet har den praksis, at forældrene altid skal deltage i netværksmøderne, da "forældrene er eksperter på deres eget liv, og det er dem, der skal arbejde med at ændre deres liv som forældre", som familiekonsulent Birgit Christiansen udtrykker det.

Der afholdes som minimum tre netværksmøder: Ved start, når der er udarbejdet mål og handleplan sammen med familien (det vil sige, før familien er startet i selve behandlingen), efter 3 måneder og ved afslutning. For nogle familier er praksis, at der holdes netværksmøder hver 3. måned, for andre afholdes de efter behov.

1. NETVÆRKSMØDE:

Formålet er, at alle deltagere bliver bekendt med den handleplan og de delmål, der er opstillet for den givne families arbejde i Flerfamiliearbejdet. Forældrene fortæller om deres udfordringer, og hvad de ønsker at få ud af arbejdet i Flerfamiliearbejdet. Familiekonsulenten fortæller om Flerfamiliearbejdet og om vigtigheden af tavshedspligt, da man i Flerfamiliearbejdet får kendskab til andre familiers problemer. Det er Flerfamiliearbejdets erfaring, at det vigtigt, at der på første netværksmøde deltager en rådgiver fra kommunen (det kunne være fra Beskæftigelsesforvaltningen), som kan sikre, at familien kan få fri to gange om ugen (hvis de modtager offentlig forsørgelse), og at der også deltager en pædagog fra barnets daginstitution, hvis barnet går i en sådan, så vedkommende kan fortælle, hvordan de oplever barnet, og så de er informerede om den behandling, som barnet og forældrene har sagt ja til.

2. NETVÆRKSMØDE:

Formålet er at gennemgå de delmål, som familien har opstillet for deres arbejde i Flerfamiliearbejdet. Hvor langt er de kommet med dem? Og er der eventuelt behov for opstilling af nye delmål? Forældrene fortæller om

deres oplevelser i Flerfamiliearbejdet, og hvad de får ud af at deltage i Flerfamiliearbejdet og de eventuelle andre ydelser, de får.

3. NETVÆRKS MØDE:

Formålet er at afslutte forløbet i Flerfamiliearbejdet. Forud for mødet har familiekonsulent/-erne sammen med forældrene udarbejdet en beskrivelse af familiens arbejde, og hvor langt de er nået i forhold til de mål, der er opstillet. Beskrivelsen indeholder også en vurdering af, om familien har behov for eventuel fortsat støtte samt forslag til, hvilken støtte der kan være relevant. Herudover beskrives, hvor barnet er i sin udvikling, og hvad der eventuelt fortsat bør være fokus på samt forslag til eventuel uddannelse eller job(forløb), som forældrene kan starte på.

DOKUMENTATION OG RESULTATER

Der er i forhold til Flerfamiliearbejdet udarbejdet en række interne og eksterne evalueringsrapporter, der evaluerer Det lille Familiehus og den indsats, der var i gang fra 1. oktober 2007 til 1. oktober 2009.

BOKS 4.4

En intern evaluering gennemført i 2009 af familiekonsulent Birgit Christiansen fra Det lille Familiehus/Flerfamiliearbejdet og projekt-konsulent Eva Gaihede fra staben Familie Handicap, Helsingør Kommune peger på følgende resultater.

Resultater for forældrene:

- Forældrene har arbejdet med at udvikle deres identitet og har fået mere selvværd og mere selvtillid
- De er blevet bedre til at reflektere og forholde sig til egne problemer og evt. finde andre løsninger
- De har oplevet, at der er andre end 'mig', der har problemer med deres barn
- De kan indleve sig i andre familiers problemer
- De har fået større social kompetence
- De er blevet mere rolige
- De tør stille aldersrelevante krav til deres barn
- De kan nu udtrykke glæde ved deres barn
- De har styrket relationen til deres barn
- De sætter forandringsprocesser i gang

Resultater for børnene:

- Nærvær med forældrene og relationen mellem børn og forældre er styrket

- Børnene er blevet mere koncentrerede, fokuserede og rolige
- De kan bedre bære frustrationer
- Der er færre konflikter mellem barn og forældre og børnene imellem
- De har udviklet deres samspil både i forhold til forældrene og de andre børn
- De har udviklet sig motorisk, sprogligt og kommunikativt

UdviklingsForum gennemførte i slutningen af 2009 en ekstern evaluering, hvor fokus var på familiernes oplevelse af familiebehandling i dag-regi. Evalueringen peger på, at forældrene oplever, at de har lært en række ting, som de kan anvende hjemme. De har blandt andet lært at tage beslutninger, de har fået redskaber til at skabe ro i hverdagen, de har lært at sætte grænser, de udviser større konsekvens i forhold til barnet, de har fået større kendskab til deres barn, de har lært at være mere realistiske og ikke at være så fokuserede på omgivelsernes holdninger. De har også lært at være mere nærværende, at skabe og holde kontakten, at være mindre frustrerede, at være mere bevidste om barnets sprog, at have en større accept af barnet og sig selv, at være mere afslappede, og at råbe og skrigere mindre ad barnet.

Den interne evaluering viser, at det er udslagsgivende for resultaterne:

- At der er en tydelig forudsigelig ramme for Flerfamiliearbejdet.
- At der gives omsorg til forældrene, der giver omsorgen videre til deres børn.
- At forældrene møder forældre i samme situation.
- At forældrene knytter an til samme problemstillinger, der gør, at de kan reflektere over sig selv og deres børn.
- At familiebehandlerne er i stand til at rumme familierne i forhold til det kaos, de lever i.

Der er i perioden blevet anbragt 1-2 børn. Leder af foranstaltningen Ulrik Jessen fortæller:

Den støtte, vi giver til forældre herfra, giver barnet den støtte, der lige nøjagtig gør, at trivselsniveauet – rammen for udvikling – hæves, sådan at barnet kan blive hjemme og ikke anbringes.

Praksis i Flerfamiliearbejdet i dag er, at familierne ved afslutningsnetværksmødet får en beskrivelse af familiens arbejde, og hvor langt de er nået i forhold til de mål, der er opstillet. Herudover beskrives, hvad det videre forløb er for et givent barn/familie. Helsingør Kommune har ikke opbygget et system, der gør det muligt at måle på, hvad der sker med børnene efterfølgende, således at det kan udledes, hvad de reelle effekter er af den forebyggende foranstaltning. Lederen af foranstaltningen Ulrik Jessen siger hertil:

Vi har ikke umiddelbart denne viden. I forhold til evidens ville det da være fint at vide. Den kan hentes, men det vil være et stort arbejde, men det kunne være godt til at påvise, hvilke metoder der virker. Det, vi i stedet for gør, er, at vi sammen med familierne opstiller delmål, som bygger på den handleplan, som familierådgiveren har lavet. Der arbejdes med indikatorer. Vi snakker med forældrene om, hvordan vi så kan nå målene. Så tager vi løbende op med forældrene, hvorvidt vi har nået målene, og om vi skal gøre mere af det samme eller prøve noget nyt. Til sidst i et forløb kan vi tage en pejling på, om de fastsatte mål er nået. Denne viden får familierådgiveren på kommunen også, så de også ved, om målene er opfyldt. En vigtig erfaring, vi har gjort os, er, at familiekonsulenterne fra foranstaltningen skal tale direkte med rådgiverne på kommunen og vise versa. Det har vi nu oprettet en kultur for sker, og det er vigtigt i forhold til dokumentation.

Familiekonsulent Birgit Christiansen supplerer:

Vi måler på børnenes trivsel – kommer de i trivsel, udvikler de sig væk fra den fejludvikling, de har været inde i. Vi sammenligner hele tiden med normalområdet. Vi tjekker for eksempel motorisk udvikling via fysioterapeut, det sproglige område, det følelsesmæssige område. Altså sker der en udvikling eller ej. Når man laver så struktureret arbejde som vores, så viser børnene ofte vejen for forældrene, og det er dér, man kan se, om forældrene kan holde til disse nye krav fra barnet, og om de kan følge med barnets udvikling.

Læs mere om Flerfamilieterapi på Dialogprojektets hjemmeside:
www.forebyggelse-boernogunge.dk.

HILLERØD KOMMUNE: FØDSEL-SPÆDBARN- SAMARBEJDET

AF LISE HEINER SCHMIDT, COWI A/S

BOKS 5.1

Fakta om foranstaltningen.

- Alder for børn i foranstaltningen: Under 2 år
- Antal: 121 familier i 2009, heraf 62 nyhenviste
- Årligt driftsbudget: 2,0 mio. kr. (2009)
- Antal ansatte: 4 medarbejdere (inklusive leder)
- Gennemsnitlig behandlingstid: Forskelligt
- Gennemsnitlig behandlingsperiode: Forskellig, maksimalt til barnet fylder 2 år
- Teoretisk udgangspunkt: Psykodynamisk referenceramme, tilknytningsteorier (det vil sige fokus på relation mellem barn og forældre), kognitions-psykologi og kognitive metoder, Daniel Stern, neuroaffektiv udviklingsteori, gruppeteorier bl.a. inspireret af Marlborough-metoden (flerfamiliemetode) og Ken Heap samt en anerkendende og ressourcefokuserende tilgang til familierne.

MÅLGRUPPE, FORMÅL OG INDHOLD

Fødselspædbarn-samarbejdet er Hillerød Kommunes familiebehandlingsindsats fra graviditeten og i forhold til børn i alderen 0-2 år. Foranstaltningen er bosiddende og forankret i Familiehuset. Fødselspædbarn-samarbejdet havde tidligere til huse andet steds sammen med 'Legeteket', men pr. 1. januar 2010 flyttede Fødselspædbarn-samarbejdet til den nuværende lokalitet, hvor Fødselspædbarn-samarbejdet og Familiecentret

blev sammenlagt til Familiehuset. Familiehuset modtager henvisninger på børn i alderen 0-14 år.

Kønsfordelingen mellem børnene i Fødselspædbarn-samarbejdet var i 2009 ca. ligeligt fordelt mellem drenge og piger. I omtrent 40 pct. af de henviste familier i 2009 var en eller begge forældre af anden etnisk baggrund end dansk (tallet dækker også familier, hvor en eller begge af forældrene er skandinaver eller fra Vesteuropa).

Fødselspædbarn-samarbejdet benytter børnelinealen med fem kategorier i deres daglige arbejde (se bilag 5 for beskrivelse af de fem kategorier). Knap halvdelen af de henviste i 2009 var 'svært belastede familier', der har en følelsesmæssig (inklusive psykisk syge) og socialt belastet baggrund. I disse tilfælde har børnene behov for særlig støtte (kategori 4), eller der er tale om børn med åbenbar risiko for at lide alvorlig skade (kategori 5). En tredjedel af børnene hører til i midtergruppen, hvilket vil sige, at der er tale om børn med specifikke behov, der kan være af mere kronisk karakter (kategori 3). Sidste del af børnene er børn med midlertidig risiko for udviklingsproblemer (børn med faldende trivsel) (kategori 2). Børn i optimal trivsel (kategori 1) henvises ikke, da de ikke er målgruppen. Foranstaltningen er således alene for børn og familier, som har behov for hjælp, der går ud over, hvad det almene system kan tilbyde.

Ifølge lederen af foranstaltningen Karen Madsen er det karakteristisk for de henviste børn og deres familier, at der er tale om "Forældre, der har svært ved at tage fuld vare på omsorgen af barnet. Børnene er ofte ved henvisning i god trivsel. Der henvises på baggrund af forældrene."

I 2009 oplevede Fødselspædbarn-samarbejdet, at seks børn blev anbragt. Det er aldrig sket før. Hidtil har det drejet sig om gennemsnitlig et barn om året. Lederen af foranstaltningen ved ikke hvorfor, der i 2009 blev anbragt flere og henregner det derfor som en statistisk tilfældighed.

Foranstaltningens formål er:

- At yde en forebyggende og behandlingsmæssig indsats overfor gravide forældre og forældre med børn fra 0-2 år, der har alvorlige vanskeligheder i forælderrollen eller skønnes at ville få det.
- At forebygge og behandle relationsforstyrrelser ved at reparere og opbygge samspillet mellem forældre og barn.

- At sætte særlig fokus på indsatsen over for familier med psykiske lidelser, misbrug, udviklingshæmmede og socialt belastede familier.
- At medvirke til at give børnene en bedre start på livet og til at mindske antallet af anbringelser uden for eget hjem.

Der er 1-4 behandlere tilknyttet en familie afhængig af opgaven. I forhold til kategori 4 og 5 (jf. Børnelinealen) er der to behandlere på, hvor en vil være den primære kontaktperson, mens der i forhold til kategori 2 og 3 oftest er en behandler på. I de helt svære sager kan der være op til fire behandlere på en sag. Det tværfaglige samarbejde betyder, at "vi udvikler vores viden ved at tage fra hinandens faggrupper og supplere hinanden," udtaler leder af foranstaltningen Karen Madsen.

Omfanget af behandlingen af et barn og dets familie afhænger af situationen, og der er derfor ikke et fast mønster for interventionen. Der er familier, hvor familiens behandler er i kontakt med dem hver dag. Andre kommer 1-2 gange om ugen for derefter at blive 'nedtrappet', så der er længere intervaller imellem behandlingen. Behandlingen foregår både i foranstaltningens hus eller i familiens hjem alt efter familiens situation og opgavens karakter. Fødselspædbarn-samarbejdet har åbent mandag til torsdag kl. 8-16 og fredag kl. 8-13 samt efter aftale i tilfælde af særlige behov.

Det er forskelligt, hvor lang tid børnene og deres familier er i behandling. For nogle er det nogle måneder, for andre kan det være fra graviditeten op til barnet er 2 år. Når barnet fylder 2 år, viderehenvises barnet og familien til en anden foranstaltning, hvis forløbet ikke kan afsluttes inden. Afslutningsperioden strækker sig undertiden over længere tid, så barnet er mellem 2½ og 3 år ved afslutningen af forløbet.

HENVISNING OG VISITERING

Henvi sning til Fødselspædbarn-samarbejdet foregår via kommunens sagsbehandlere (Familierådgivningen). Herudover er der mulighed for, at eksempelvis sundhedsplejersker og jordemødre kan henvise børn under 1 år og deres familier til et ambul ant specialrådgivningstilbud i Fødselspædbarn-samarbejdet. Der er til dette formål udarbejdet et 'henvi sningsskema', som sundhedsplejersker, jordemødre med videre sender til

Familiehuset/Fødselspædbarn-samarbejdet (se bilag 6 for eksempel på dette 'henvisningsskema').

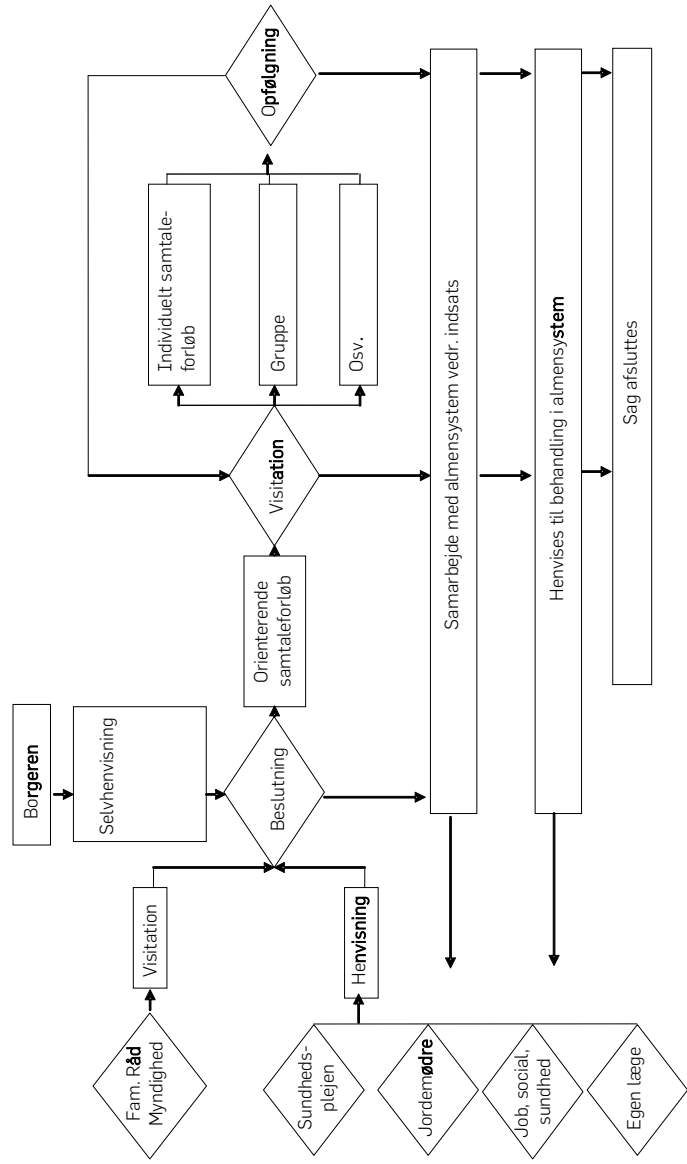
Lederen af foranstaltningen, Karen Madsen, har udarbejdet en database, hvor hun registrerer oplysninger om den henviste families livsform, forsørgelsesgrundlag, henvisningsårsag (voksen), henvisningsårsag (barn), barnets tilstand (trivsel) og familiens tilstand. I løbet af behandlingen registreres det endvidere i systemet, hvilken type behandling familien modtager, og hvilke instanser der har været samarbejdet med. Ved afslutningen vurderes barnets og familiens tilstand. Registreringssystemets optegnelser viser, at af de 121 familier, som var i foranstaltningen i 2009, var næsten halvdelen (ca. 50 pct.) henvist via sundhedsplejersker, 17 pct. var henvist via jordemødre fra Tidlig Indsatsgruppen ved Hillerød Hospital, 9 pct. var selvhenvisere (familierne henvender sig selv, hvilket oftest er familier, som tidligere har været i foranstaltningen), 8 pct. blev henvist af kommunens 'Familier og Børn'-afdeling. De resterende er henvist via egen læge, Familiecentret, dagsinstitutioner, kommunens 'Job-, social- og sundheds'-afdeling, barselsgangen og eksempelvis via krisecenter.

Af de 121 henviste familier i 2009 var ca. 40 pct. ufødte børn, det vil sige moderen var gravid ved henvisning. Det høje antal gravide er bl.a. et resultat af foranstaltningens indsats i forhold til at få opbygget et godt samarbejde med sundhedsplejerskerne og jordemødrene fra Tidlig Indsatsgruppen ved Hillerød Hospital. Hermed sikres en tidlig indsats, og det er personalets opfattelse, at det er vigtigt at få familierne ind allerede i graviditeten, da de så kan få hjælp fra starten, og man får opbygget en gensidig, bæredygtig kontakt.

Diagrammet i figur 5.1 viser Fødselspædbarn-samarbejdets forskellige processer fra henvisning og visitation, til sagen afsluttes.

På baggrund af henvisningsskemaets oplysninger fordeles sagen ved et ugentligt visitationsmøde, hvor lederen fra Fødselspædbarn-samarbejdet og lederen fra Familiehuset deltager, og hvor de to fordeler de henviste familier mellem sig. Herefter afholdes en orienterende samtale med forældrene og en eller to behandlere i Fødselspædbarn-samarbejdet samt eventuelt henviser. Efter den orienterende samtale beslutes, hvilket tilbud familien skal have i det videre forløb. Kommer henvisningen fra kommunens Familierådgivning, vil første samtale ofte finde sted i samarbejde med familie-/handicaprådgiveren.

FIGUR 5.1
 Diagram over Fødselsspædbarn-samarbejdets processer.



Almindeligvis tager det maksimalt 1 uge fra en familie henvises, til familien modtager et brev fra Fødsel-spædbarnsamarbejdet med tilbud om en indledende samtale. Ved akut behov kan familien tilbydes første samtale inden for få timer.

FØDSELSPÆDBARN-SAMARBEJDET TILBYDER

FØLGENDE TYPER AF YDELSER

Den orienterende samtale finder så vidt muligt sted med begge forældre. Afhængigt af oplysningerne fra henvisningen vil der være en eller to medarbejdere med i samtalen. Den orienterende samtale kan også ske i samarbejde med henviser – ofte sundhedsplejerske eller familierådgiver fra Familierådgivningen.

Det individuelle forløb er regelmæssige samtaler med en af forældrene – i de fleste tilfælde moderen. Disse finder sted efter behov i forhold til problemets art. Nogle forældre kan i en kort periode have brug for samtaler flere gange om ugen, derefter kan samtalerne være med 1 eller 2 ugers intervaller. Det drejer sig om en korterevarende indsats. Der tilbydes også *individuelle forløb*, der strækker sig over et længere forløb, eksempelvis for familier, som har kontakt med foranstaltningen fra graviditeten, til barnet fylder 2 år (og viderehenvises til en anden foranstaltning). De individuelle forløb drøftes regelmæssigt i et internt behandlingsmøde, hvor den samlede behandlingsindsats tilrettelægges af foranstaltningens leder og behandlere.

Forældreforløb og -samtaler sker i de samme sager som beskrevet ovenfor, hvor forældrene deltager i fællessamtaler. De fleste individuelle samtaleforløb suppleres med forældresamtaler – hyppigheden er afhængig af problemstillingen i familien, men grundlæggende ses det som et vigtigt udgangspunkt, at begge forældre er involverede.

Korterevarende gruppeforløb er et tilbud, der tilbydes, når der er en gruppe forældre, der samtidig har brug for et specielt gruppebehandlingstilbud. Det drejer sig eksempelvis om *graviditetsgruppe*, en *ung mor-gruppe for mødre under 25 år*, som foranstaltningen har sammen med en sundhedsplejerske fra Sundhedsplejen, en *café-gruppe* for mødre og deres børn, som har afsluttet forløbet i den almindelige mor/barn-gruppe, tilbud til fædre og deres børn, *'Mit og min far'*, som oprindeligt blev støttet via Satspuljemid-

ler, og hvor fædrene og deres børn mødes hver 14. dag i tidsrummet kl. 16.30-18.00. Målet er at styrke fædrene i deres far-rolle og i barnets udvikling. Disse forløb sker sammen med de individuelle/forældretilbud. Grupperne ledes af to medarbejdere.

Længerevarende gruppeforløb, som retter sig mod mødre og deres børn. Det er et tilbud til mødre, som ikke magter det almindelige gruppetilbud fra Sundhedsplejen. De kræver særlig støtte i deres rolle som mødre og hjælp til at følge barnets udvikling. Mødrene kan komme i gruppen kort efter fødslen, og de fleste fortsætter, til de starter på arbejde. Nogle mødre er ikke i stand til at gå på arbejde efter endt barselsorlov, og nogle vælger at fortsætte, til barnet fylder 2 år. Disse mødre har alle et individuelt samtaletilbud om, hvad de ønsker at arbejde med gennem gruppeforløbet, og hvordan de oplever at være i gruppen. Gruppen ledes af to medarbejdere og de individuelle opfølgningssamtaler sker ved en medarbejder.

Samspilsbehandling i barnets hjem, hvor en behandler er sammen med den ene af forældrene og barnet, og hvor fokus er på vejledning og støtte til forælderen i at se og opleve barnet og støtte og fremme dets udvikling. Samspillet suppleres ofte med brug af videooptagelser, hvor forælderen ved et senere møde får lejlighed til at se sig selv og sin kontakt med barnet og lære ud fra dette.

Aktivitet sker efter nøje planlægning med forælderen/forældrene om, hvad der for dem er svært, når de skal have barnet med ud af hjemmet, og hvordan de skaber oplevelser for barnet og eventuelle søskende. Det kan være ture af kortere eller længere varighed om dagen. Sammen med familien sker der en grundig efterbearbejdning af aktiviteten/turen. Afhængigt af opgavens art vil det være med en eller to medarbejdere.

Psykologisk undersøgelse sker i meget få sager, når der er brug for at få en nøjere udredning af et barns udviklingsstadium og udviklingspotentiale for at kunne pege på den mest optimale indsats.

Der lægges i foranstaltningen vægt på dialog med brugerne, hvilket vil sige forældrene. Det gøres via forældresamtaler og individuelle samtaler:

"Vi har en meget åben dialog med familierne og tænker også højt sammen med dem", fortæller Karen Madsen, leder af foranstaltningen.

Fødselspædbarn-samarbejdet har udarbejdet en pjece, der beskriver foranstaltningens tilbud. Der er tale om en generel pjece, der både henvender sig til familier, som er henvist til foranstaltningen og til henviseren. Pjecen beskriver, hvilken type vanskeligheder, familierne kan få hjælp til at håndtere, hvordan familierne inddrages i behandlingen, hvem der kan henvise til foranstaltningen, hvad foranstaltningen tilbyder familierne, hvilke faggrupper der er ansat samt kontaktoplysninger.

METODER

Fødselspædbarn-samarbejdets behandlere arbejder ud fra den psykodynamiske referenceramme, hvor fokus er på tilknytningen og relationen mellem barn og forældre. Herudover anvendes kognitions-psykologi og kognitive metoder, Daniel Stern og den anerkendende og ressourcefokuserende tilgang til familierne.

BOKS 5.2

Daniel Stern-metoden.

Daniel Stern er professor i psykologi ved universitetet i Geneve. Han er amerikaner, uddannet psykiater og psykoanalytiker. Hans ærinde er at opdatere psykoanalyse, således at udviklingspsykologiens nyeste forskningsresultater indtænkes i en ny teori om, hvad spædbørn tænker og føler. I 1985 udgav han "The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology", der udkom på dansk i 1991 med titlen "Barnets interpersonelle univers – Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv". Bogen handler primært om småbørn i alderen 0 til 2 år. Daniel Stern mener, at det spæde barn er kompetent og har et selv. Barnet rummer unikke kvaliteter og ressourcer og er disponeret for at søge og engagere sig i læringsprocesser med stor motivation. At være kompetent betyder ikke, at barnet kan selv, men at barnet i relationer skal ses, forstås og understøttes i den psykologiske udvikling.

Marte Meo-metoden - beskrevet andetsteds i denne delrapport - arbejder ud fra Sterns teorier.

Fødselspædbarn-samarbejdet gør brug af forskellige metoder og redskaber i arbejdet med børnene og deres familier. Lederen af foranstaltningen, Karen Madsen, udtaler:

Vi har med vilje undgået at bruge kun én metode, for eksempel den systemiske, helt konsekvent. Det er et bevidst valg ikke slaviske at bruge bestemte metoder eller have én fast struktur for et forløb.

Børnelinealen – i egen fortolkning og tilpasset form inspireret af psykoterapeut og socialrådgiver Lis Hillgaard (se bilag 5) – er dog en undtagelse. Den anvendes i forhold til alle familier som et afdækningsredskab, der bidrager til at afdække, hvilken type familie og barn der er tale om og hvilken type behandling og længde af behandling, som er relevant i forhold til familien og barnet.

Andre metoder, som bruges efter behov, er brug af video og udarbejdelse af genogram sammen med familien. Video optages som regel i hjemmet hos familien og vises efterfølgende til familien. Som noget nyt er personalet i Fødselspædbarn-samarbejdet begyndt at lave billeder af videoen, der hvor kontakten er 'lige i øjet', så forældrene kan få billedet med hjem og dermed huske, hvad de skal fokusere på.

Som illustreret i figur 5.1, arbejder Fødselspædbarn-samarbejdet gerne med kortere og længerevarende gruppeforløb. Der lægges vægt på den sociale interaktion mellem mødrene og læring via gruppeliderne. Der er til de længere gruppeforløb tilknyttet to behandlere. Gruppen mødes en gang om ugen i 3 timer inklusiv frokost, som spises sammen, hvilket også er udtryk for den omsorg, mødrene trives ved at få.

I cirka 40 pct. af de henviste familier til Fødselspædbarn-samarbejdet har en eller begge forældre anden etnisk baggrund end dansk. Ifølge de to interviewede behandlere – special sundhedsplejerske Susanne Lundbjerg og klinisk psykolog Eva Erud Jack – be tyder det, at man som behandler skal være opmærksom på nogle ting. Det handler eksempelvis om, at man som behandler har fokus på familiens betydning:

Der er behov for større lydhørhed fra vores side og for respekt for den familiestruktur, som der er. Det skal undersøges og afdækkes, hvem der er ressourcepersonerne i familien. Det betyder, at man ikke skal være for hurtig som behandler, men være opmærksom på for eksempel bedsteforældrene. De 'etniske familier' har en anden tilgang til deres børn. De har ofte lidt lege-

tøj, men har så en anden måde at være sammen med børnene på. Det handler om at være nysgerrig og ydmyg.

Ifølge de to behandlere arrangerede Fødselspædbarn-samarbejdet, Familiecentret og PPR i 2004 et 2-dages tværfagligt og tværsektorielt kursus om kulturforståelse, som var meget givtigt. En opfølgning på det kursus kunne være godt, mener de, så det i behandlergruppen fortsat diskuteres, hvordan man arbejder med familier med anden etnisk baggrund end dansk.

MEDARBEJDERE OG FAGLIGHED

Fødselspædbarn-samarbejdet har fire ansatte inklusiv lederen. Personalet er tværfagligt sammensat og består af en specialsundhedsplejerske, en socialpædagog, en klinisk psykolog og en socialrådgiver (lederen). Alle har efteruddannelse inden for det familiemæssige område med særlig fokus på spædbarnet og dets familie. Fødselspædbarn-samarbejdets medarbejdere får almindeligvis efter tur efteruddannelse og/eller kompetenceudvikling. Dette har dog været begrænset i 2010 på grund af besparelser i kommunen. Det er medarbejderne kede af og udtaler:

Der skal være efteruddannelse, ellers brænder vi ud. Vi oplever, at vores opgaver støt bliver mere og mere krævende med mere og mere komplicerede opgaver og familier, og at vi får flere og flere sager, fordi vi er blevet kendt som et professionelt sted, som gør en god indsats. Der er behov for at få flere metoder at hive ind. Ellers så trækker man så meget på sig selv, at man helt drænes. Det er også vigtigt med fælles uddannelse, så vi får et fælles sprog og metoder. Kun derved kan kerneydelsen bevares og det høje kvalitetsniveau.

Der afholdes ugentligt behandlingskonference, hvor behandlerne præsenterer deres billede af 'deres' familiers vanskeligheder og ressourcer. På den baggrund justeres behandlingsplanen for den pågældende familie. Herudover afholdes der kontormøde hver 14. dag.

Cirka en gang i kvartalet afholdes en faglig dag, hvor en udefra eller en af medarbejderne i Fødselspædbarn-samarbejdet fungerer som

oplægsholder om et fagligt emne. Der sættes 2 timer af til dette. I øjeblikket er personalet i gang med at læse og diskutere en bog af den danske psykolog Susan Hart. Gruppen har eksternt supervision (omkring 10 gange pr. år), ligesom der også tilbydes intern supervision efter behov. Supervisionen kan være sagsrelateret, personrelateret eller i forhold til det tværfaglige arbejde. Fødselspædbarn-samarbejdet har i forhold til den eksterne supervision i øjeblikket tilknyttet to eksterne supervisorer, som bruges på skift.

Behandlerne i Fødselspædbarn-samarbejdet har også gode erfaringer med at undervise samarbejdspartnere. De har eksempelvis afholdt temaeftermiddage om tilknytningsbehandling for dagsinstitutioner og familierådgivere for herved at vise, at "tingene kun kan lykkes i et tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde."

Lederen af foranstaltningen, Karen Madsen, bruger omkring halvdelen af sin tid på at arbejde som behandler:

Vi er jo et lille sted, så jeg kan som leder ikke kun lede, men jeg vil også gerne selv tage en del af behandlingen, da det holder mig ajour med, hvad der sker.

Lederens øvrige tid går med personaleledelse, faglig sparring og administrativt arbejde.

ORGANISERING OG LEDELSE

Foranstaltningen er organiseret med en leder og tre medarbejdere. Der var tidligere fire medarbejdere, men på grund af besparelser i kommunen er der sket en nedskæring. Lederen refererer direkte til kommunens børne- og ungechef. Der afholdes månedlige møder med alle kommunens syv eksterne huse og kommunens børne- og ungechef. Derudover er lederen af Fødselspædbarn-samarbejdet løbende i kontakt med kommunens børne- og ungechef efter behov.

Forholdet mellem lederen af Fødselspædbarn-samarbejdet og kommunens børne- og ungechef er afslappet og karakteriseret ved gensidig tillid. Dette betyder, at lederen af Fødselspædbarn-samarbejdet har stor selvbestemmelse og indflydelse på, hvordan foranstaltningen 'styres' i det daglige.

Foranstaltningen er ikke præget af udskiftning blandt personale, sygdom og ustabil fremmøde. Ifølge lederen af foranstaltningen, Karen Madsen, fordi:

Vi har et fælles fagligt engagement, et godt arbejdsmiljø og så passer vi godt sammen. Vi er meget åbne, taler om vores fejl, mangler og succeser. Vi kan lytte til hinanden. Vi kan le sammen og tage konflikter op.

De to medarbejdere, som vi har interviewet, bekræfter dette og siger:

Man skal være meget syg for at svigte sine familier, som er så belastede. Vi er glade for at komme på arbejde. Der er hele tiden behov for at tænke noget nyt. Der er stor frihed og tiltro til, at vi arbejder godt og formålstjenligt. Vi har en leder, som er god til at se, om vi er lidt pressede og give omsorg. Hun er god til at give anerkendelse og god til at skabe en ramme for, at vi kan være sammen – for eksempel spiser vi alle frokost sammen.

SAMARBEJDE MED ANDRE

De primære samarbejdspartnere er kommunens sundhedspleje (sundhedsplejerskerne) og Tidlig Indsatsgruppen på Hillerød Hospital (fire jordemødre). Der afholdes årligt mindst et møde mellem sundhedsplejen, mellemlideren af Fødselspædbarn-samarbejdet og lederen af Tidlig Indsatsgruppen.

Andre samarbejdspartnere er teams på kommunen (primært Familierådgivningen), handicaprådgivere, daginstitutioner, læger, psykiatere, PPR, eksterne leverandører (der kan hjælpe med aften- og weekendindsats hos familier). Lægerne informerer ofte Tidlig Indsatsgruppen, som henviser videre til Fødselspædbarn-samarbejdet i de tilfælde, det er relevant. Kommunen underrettes ligeledes af lægerne og Tidlig Indsatsgruppen. Jordemødrene har gjort en stor indsats for at synliggøre Tidlig Indsatsgruppen over for blandt andet læger. Fødselspædbarn-samarbejdet har ligeledes holdt møde med lægerne for at gøre opmærksom på deres arbejde. Karen Madsen fik en ph.d.-kandidat til at fortælle om sin afhandling, og hvad man særligt skal lægge mærke til ved de 0-5-

årige ved den almene børneundersøgelse. Det betød, at 25 læger kom til arrangementet, hvilket er et højt antal, da erfaringen ellers er, at det er svært at få lægerne til at deltage.

Samarbejdet med samarbejdspartnerne foregår via tværfaglige koordinerende møder (netværksmøder/statusmøder), hvor de relevante aktører, som er involveret i en familie, inviteres til at mødes med Fødselspædbarn-samarbejdets behandlere og eventuelt familien til en snak om status og det videre behandlingsarbejde. Møderne foregår efter behov. Der er således ikke et fast mønster, og i nogen sager er der ikke netværksmøder, hvis netværket ikke spiller en rolle i behandlingsforløbet.

De tværfaglige koordinerende møder bidrager til, at kommunens familierådgiver og andre løbende har viden om, hvor langt man er i forløbet. Hermed er familierådgiveren og andre også med til at planlægge et eventuelt afslutningsforløb – hvis behovet er der, og forløbet ikke afsluttes – hvor familien viderevisiteres til et andet specialtilbud eller fortsætter i Familierådgivningens regi.

DOKUMENTATION OG RESULTATER

Der udarbejdes årligt en virksomhedsplan for Fødselspædbarn-samarbejdet, der indeholder en årsberetning for det forgangne år, en handleplan med mål og kvalitetskrav for det nye år og statistik for det forgangne år. Hillerød Kommune har fokus på dokumentation og kvalitetsudvikling. Derfor blev der i 2007 udarbejdet en evaluering af Fødselspædbarn-samarbejdet af en evalueringskonsulent tilknyttet kommunens Familier og Sundhed-afdeling.

Lederen af Fødselspædbarn-samarbejdet har – som tidligere beskrevet – udviklet sit eget registreringsskema med oplysninger om de henviste familiers samlivsform, forsørgelsesgrundlag, henvisningsårsag (voksen), henvisningsårsag (barn), barnets tilstand (trivsel) og familiens tilstand samt en løbende registrering af behandlingstilbud og kontakt til andre samarbejdspartner. Ved endt behandling vurderes og registreres barnets og familiens tilstand. Registreringen giver brugbar viden, som dokumenterer foranstaltningens arbejde, og som kan bruges i den daglige drift og videreudvikling af foranstaltningen.

En anden ting, man gerne vil arbejde mere med, er opstillingen af præcise mål sammen med familierne ved start på behandling:

Hvis vi gjorde det, ville det gøre målet for familien lettere at arbejde hen imod. Så vil familierne vide, hvornår de har nået det, de skal, udtaler Karen Madsen, leder af foranstaltningen.

Medarbejderne er enige i dette:

Vi skal arbejde med klare mål for en indsats, og familierne skal være medinddraget. Så kan man evaluere og se, hvor langt vi er nået og få defineret, hvad det næste er. Målene kan for eksempel handle om, at barnet skal lære at sove, spise og så videre.

Ved afslutningssamtalen med familien kan der udarbejdes en afsluttende skrivelse, der beskriver det videre forløb for et givent barn/familie. Hillerød Kommune har imidlertid ikke opbygget et system, der gør det muligt at måle på, hvad der sker med børnene efterfølgende, således at det kan udledes, hvad de reelle effekter er af den forebyggende foranstaltning. Karen Madsen så gerne, at der var et sådant system, da det ville give relevant feedback til foranstaltningen om, hvad der efterfølgende sker med de familier og børn, som har været i Fødselspædbarn-samarbejdet.

Ifølge Karen Madsen er der dog ingen tvivl om, at Fødselspædbarn-samarbejdet bidrager med vigtige resultater:

Vi når rigtig mange i denne her foranstaltning, og vi når at tage mange i opløbet. Vi havde i 2009 121 børn! Vi er en billig foranstaltning. Var vi her ikke, og blev der ikke grebet ind, ville konsekvenserne være meget store, og omkostningerne ville komme senere. Vi ser jo stort set børn i god trivsel, når vi udskrifer dem. Hvis vi har kunnet give barnet en god start de første 2 år, så er der et solidt grundlag. Selv for de børn, der anbringes, har børnene fået en bedre start.

De gode resultater skyldes ifølge Karen Madsen blandt andet det gode samarbejde med sundhedsplejen og jordemødre. Samarbejdet sikrer, at en tidlig indsats iværksættes, da kvinderne henvises, mens de er gravide, eller når børnene lige er født. Andre grunde til de gode resultater er personalets engagement og deres store faglige viden. Familierne oplever, at de bliver taget seriøst og mødt på en ligeværdig måde, hvilket giver dem lyst til at investere:

Vi er gode til samspilsdelen – det at være bagved familien, være barnets stemme og få de ekstra øjne på og hjælpe familien frem til, hvad de skal gøre og til at anerkende familiens ressourcer.

Et forældrepar, som har været i foranstaltningen med begge deres børn, bekræfter dette:

Hvis vi ikke var kommet herved første gang, så havde vi ikke haft to børn, vi var ikke blevet sammen, og vores første barn havde nok været anbragt. Jeg tror, at stedet har reddet mange, fordi de kan tage folk ind allerede under graviditeten. Jeg fik besøg af Karen [leder af foranstaltningen] dagen efter fødslen. Man får en livline som nybagte forældre. De [behandlerne] kommer hurtigt ind under huden på én. De har meget føling med forældre, der er i en speciel situation. Vi er glade for at være her, for de forskellige faggrupper under samme tag.

Læs mere om Fødselspædbarn-samarbejdet på Dialogprojektets hjemmeside: www.forebyggelse-boernogunge.dk.

THISTED KOMMUNE: FAMILIEN I VÆKST

AF MAJA AAQUIST, COWI A/S

BOKS 6.1

Fakta om foranstaltningen.

- Alder for børn i foranstaltningen: Under 1 år
- Antal: 14 familier
- Årligt driftsbudget: 584.000 kr.
- Antal ansatte: 3 medarbejdere
- Gennemsnitlig behandlingstid: 2-3 timer om ugen pr. gravid/familie
- Gennemsnitlig behandlingsperiode: graviditeten og barnets første år
- Teoretisk udgangspunkt: Udviklingspsykologi (eksempelvis den russiske psykolog Lev Vygotsky), tilknytningsteorier (eksempelvis Sterns teori⁴), den sociale læringsteori, Marte Meo, systemisk tænkning.

MÅLGRUPPE, FORMÅL OG INDHOLD

'Familien i vækst – en tidlig indsats over for sårbare gravide og familier med børn' er forankret i sundhedsplejen i Thisted Kommune. Målgrup-

4. I tilknytningsteorien er der fokus på barnets behov og signaler. Moderen skal understøtte barnets vitalitetsfølelser. I tilknytningsteorien arbejdes der bevidst med relationer, og barnets udvikling er i centrum.

pen for foranstaltningen er gravide og småbørnsfamilier med børn under 1 år, som har et væsentligt behov for støtte (herunder enlige/sårbare gravide, gravide/familier med anden etnisk baggrund end dansk og socialt svage forældre).

Formålet med foranstaltningen er først og fremmest at få familierne til at erkende deres sårbarheder. På baggrund af de erkendte sårbarheder bliver det muligt at arbejde med potentialer og ressourcer, som især relaterer sig til forældredelen. Foranstaltningen er baseret på gruppetilbud for gravide og nybakte mødre i form af formiddagssammenkomster (undervisning, samvær og rundvisning). Man har i foranstaltningen valgt babysvømning og musik som gennemgående aktiviteter. Intentionen er, at de to aktiviteter fungerer som en døråbner til positivt sensitiverende relationer mellem mødre og børn.

BOKS 6.2

Beskrivelse af genogram.

I starten af forløbet udarbejdes der stamtræ (genogram) – gerne sammen med den biologiske far – og et netværksskort. Genogrammet og netværksskortet udgør grundlaget for en afdækning af de samlede ressourcer og krav/belastninger i familien (se bilag 7 for eksempel på et netværksskort).

Når der er blevet udarbejdet et genogram og et netværksskort, og der er blevet afholdt en række ad hoc samtaler om problemstillinger, der aktuelt er i spil i familien, afholdes et tværfagligt visitationsmøde.

Til det første møde (det tværfaglige visitationsmøde) inviteres – ud over familien – alle relevante tværfaglige aktører, der er tilknyttet familien. Man drøfter, hvad der skal arbejdes med og opstiller punkter herfor. Der er blandt andet fokus på tanker om at skulle være forældre. 2 til 3 måneder efter fødslen afholdes et nyt sagsteam møde, hvor punkterne gennemgås.

Det næste møde (sagsteam mødet) afholdes, når barnet er 3-4 måneder gammelt.

Det sidste sagsteam møde afholdes, når barnet er 10 måneder gammelt - det vil sige 2 måneder før, familien afsluttes i projektet. Det er meget bevidst, at det sidste møde afholdes, når barnet er 10 måneder gammelt, da man skal have planlagt, hvad der skal ske, når barnet fylder 1 år.

Der gennemføres en opfølgning på barnet, når det fylder 1 år. Sundhedsplejersken i foranstaltningen udarbejder et opfølgende referat til sagsbehandleren, jobcentret, den praktiserende læge, dagplejen samt andre involverede aktører.

I graviditeten er der tre standardmåder at være i kontakt med familien: 1. Udarbejdelse af genogram, 2. Forældre forventninger til sig selv og partneren baseret på tillempet tilknytningsinterview, 3. Det lille barns signaler og behov for omsorg. Samtidig er der ad hoc kontakter med eksempelvis

dagpasning, statsforvaltning, advokat, distriktspsykiatri, egen læge og speciallæger.

HENVISNING OG VISITERING

Henvisningen er baseret på en skønsmæssig vurdering af familiens samlede situation. Familiens livssituation skal svare til 'Da' på børnelinealen, hvilket vil sige truede børn⁵. Der går fra henvisning til foranstaltningen til visitation maksimalt 6 uger og fra visitation til optagelse i tilbuddet maksimalt 1 uge. Det vurderes, at visitationstiden ikke kan være kortere, fordi sundhedsplejen prioriterer, at der afholdes tværfaglige visitationsmøder, hvor alle relevante aktører er til stede.

Jordemødre, UU-vejledere, sagsbehandlere i forskellige forvaltninger, praktiserende læger og sundhedsplejersker kan henvise til foranstaltningen. Henvisning skal helst ske så tidligt som muligt i graviditeten. Jordemødrene og de øvrige sundhedsplejersker er ifølge lederen af foranstaltningen gode til at henvise til projektet. Derudover er det typisk jobcentre og socialforvaltningen, der henviser.

I foranstaltningen oplever man, at det har meget stor værdi, at alle fra systemet *og* familien deltager i møderne. Der er typisk en anerkendende dialog, og familien oplever, at systemet er optaget af at samarbejde med dem og ikke modarbejde dem. Et typisk forløb i foranstaltningen foregår på følgende måde:

Visitering

- Visitationspapirerne underskrives sammen med den gravide/forældrene og den henvisende fagperson.
- Visitationen varetages derefter af en tværfaglig gruppe med jordemoder, socialforvaltning, dagpasning, sundhedsplejen og familieafdelingen.

5. 'Da' svarer til 'Børn med væsentligt behov for særlig støtte, hvor der er pligt til indsats og mulighed for myndighedsudøvelse ifølge Serviceloven' på den udgave af børnelinealen, der opdeler børn i målgrupperne A, B, C, Da og Db.

- Den visiterede kommende familie inviteres til en informationssamtale med afklaring af samarbejdet og indholdet i tilbuddet hos tilbuddets to medarbejdere.

Før fødslen

- Aftaler at forældreparret – også gerne ikke-samboende forældre – udarbejder stamtræ (genogram) for det kommende barn. Her er der fokus på netværkets ressourcer og sårbarheder. Der relateres til barnet og dets fremtid.
- Et efterfølgende graviditetsbesøg med fokus på forventninger til forældrerollerne med udgangspunkt i tilknytningsinterview.
- Den gravide deltager i gruppeaktiviteter (svømning, musik).
- Hjemmebesøg med samtale om det lille barns behov.
- Deltagelse i jordemoderkonsultation mindst én gang.
- Jordemoder og andre involverede professionelle begynder med et startmøde med alle involverede til stede.

Efter fødslen

- Besøg på barselsgang umiddelbart efter fødslen, hvor samarbejde med afdelingen om familiens deltagelse er indledt inden fødslen.
- Hyppige korte og afvejede hjemmebesøg med fokus på sundhedsplejens kernefaglighed frem til 5-ugers alderen. Herefter 8-ugers besøg med EPDS⁶. Efterfølgende besøg en gang om måneden med fokus på barnet frem til 10 måneder. Afsluttende hjemmebesøg når barnet er fyldt 1 år.
- Deltagelse i gruppeaktiviteter (svømning, musik) ca. 2 x 10-12 gange i forårssemester og efterårssemester.
- Afholdelse af et tværfagligt sagsteammøde når barnet er 3-4 måneder.
- Der etableres introduktion til uddannelsessystemet og dagpasnings-systemet med aktiv medvirken fra tilbuddets medarbejdere.
- Der etableres kontakt til sundhedstilbud, aktiv medvirken fra medarbejdere i tilbuddet.

6. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). EPDS-spørgeskemaet benyttes blandt andet til at opspore og afhjælpe forældre, der er ramt af en efterfødselsreaktion.

- Der afholdes afsluttende tværfagligt sagsmøde ved barnets 10-måneders-alder – afholdes dog tidligere, hvis behov for § 50 for at sikre fremtidige forebyggende indsatser efter 1-års-alderen.

METODER

Der benyttes primært samtale-terapeutiske metoder i foranstaltningen. Der er også fokus på handlekraft i aktuelle situationer, der forudsætter handling mere end samtale.

I forbindelse med babysvømning laves der et rum omkring moderen og barnet, hvor de er nødt til at være i fuld kontakt med deres barn. Lederen af foranstaltningen, Annette Birk, udtaler:

Forældrene oplever deres kompetente barn og lærer, at man skal være vedholdende, eksempelvis ved at lære barnet at puste bobler.

Desuden er der i forbindelse med babysvømning tale om mange koordinerende og planlægningsmæssige øvelser for moderen/forældrene – eksempelvis det at pakke taske, få både sig selv og barnet klædt om, give barnet mad og lignende. Disse øvelser er med til at udvikle kvinderne/familierne (se bilag 8 for eksempel på beskrivelse af indholdet ved babysvømning).

Musikaktiviteterne, der ligeledes er gruppebaserede, har til formål at afdække forældrenes potentiale og øge tilknytningen mellem mor og barn via et sensitivt rum. Musikaktiviteterne har fokus på barnets kognitive udvikling. Musikaktiviteterne varer 1 time og er baseret på sang og dans, sanselige og motorik. Det teoretiske udgangspunkt for musikaktiviteterne er den russiske psykolog Lev Vygotskys udviklingszone, hvor der blandt andet er fokus på barnets udvikling.

Et vigtigt redskab i foranstaltningen er Timebanken, jf. boks 6.3. Idéen med Timebanken er helt konkret at tilsidesætte nogle ressourcer til eksempelvis terapeutiske samtaleforløb, der kan være med til at belyse forældrenes livshistorie og de svære odds, de måtte have med i bagagen, som kan få betydning for forældreskabet.

Foranstaltningen har også tilknyttet en form for 'reservebedste', som kan aflaste familierne ved blandt andet at passe barnet nogle timer. En mor til tvillinger udtaler:

Jeg oplevede, at Ellen fik sat struktur på hjemmet og gav mig de fornødne pusterum i starten, så jeg kunne komme ud af lejlighe-
den.

En central del af foranstaltningen er medarbejdernes fleksibilitet, hvor blandt andet sundhedsplejersken i projektet har stået til rådighed for de gravide/familierne, når der har været behov for det – eksempelvis via sms i weekenden. En af mødrene udtaler:

Jeg har nogle gange følt mig alene i weekenden. Så har jeg sms'et Merete [og fået svar], selv om jeg godt ved, at hun ikke er på arbejde.

BOKS 6.3

Timebanken.

Timebanken udgør en sum penge, der kan benyttes til fagspecifik støtte til udvalgte familier. Timebanken dækker blandt andet køb af psykologbistand, praktisk hjælp, supervision, klippekort til transport og lignende.

MEDARBEJDERE OG FAGLIGHED

Der er ansat en leder og to medarbejdere i foranstaltningen. Lederen og den ene af medarbejderne er uddannede sundhedsplejersker, mens den anden medarbejder har en pædagogisk baggrund. Lederen er endvidere uddannet Marte Meo-terapeut og babysvømmeinstruktør. Sundhedsplejersken i foranstaltningen er uddannet Marte Meo-terapeut, har en master i sundhedspædagogik og er i gang med en psykologisk tilvalgsuddannelse. Medarbejderen med den pædagogiske baggrund har erfaring med misbrugsområdet, har arbejdet med sprogstimulering for behovsbørnehavebørn og er uddannet prep-terapeut. Prep-terapien har primært fokus på at forbedre kommunikationen i parforholdene ved hjælp af konkrete redskaber. Dette bruges aktivt i foranstaltningen.

Lederen af foranstaltningen varetager den overordnede planlægning og fungerer som mødeleder i tværfaglige sammenhænge, eksempelvis de tværfaglige visitationsmøder. Desuden yder hun sparring til de to medarbejdere i foranstaltningen samt står for babysvømningsaktiviteterne.

Sundhedsplejersken i foranstaltningen står for kontakten til familierne lige fra starten, hvilket vil sige diverse møder under graviditeten, besøg hos jordemoder medvidere. Når barnet er født, varetager hun de sundhedsplejefaglige opgaver og hjælper desuden familien med at få struktur på dagligdagen, tage kontakt til eksempelvis jobcenter, bank og psykiatri.

Medarbejderen med den pædagogiske baggrund tager blandt andet med forældrene ud og besøger diverse daginstitutioner for at finde det rigtige tilbud til det enkelte barn/den enkelte familie. Derudover varetager hun kontakten til forældrenes uddannelsessituationer i de tilfælde, hvor der er behov for det.

ORGANISERING OG LEDELSE

Foranstaltningen er forankret i sundhedsplejen i Thisted Kommune under Børne- og Familierådgivningsafdelingen. Fysisk er den placeret i samme hus som jordemoderkonsultationen i Thisted Centrum. Lederen af foranstaltningen refererer til børne- og familierådgivningschefen i kommunen.

Lederen af foranstaltningen er i næsten daglig mailkontakt med børne- og familierådgivningschefen. De har et uformelt morgenmøde hver 14. dag, hvor de drøfter løst og fast. Derudover mødes de i en række forskellige sammenhænge.

Lederen af foranstaltningen, Anette Birk, har stor fokus på at sikre en god trivsel blandt medarbejderne. Dette sker blandt andet ved, at hun forsøger at give plads til projektmedarbejderne og deres idéer og tilgange samt skabe et rum, hvor der i videst muligt omfang er plads til faglig udvikling. Sundhedsplejerske Merethe Vinter udtaler:

Det tværfaglige element prioriteres højt i projektet og kan give nogle gode diskussioner og vinkler på de enkelte familier og de problemstillinger, der gør sig gældende.

SAMARBEJDE MED ANDRE

Konsultationsjordemødrene udgør vigtige samarbejdspartnere til foranstaltningen. Det betyder meget, at foranstaltningen er placeret i samme hus som jordemoderkonsultationen. Jævnfør de tværfaglige koordinationsmøder udgør diverse sagsbehandlere og kontaktpersoner fra kommunen ligeledes vigtige samarbejdspartner til foranstaltningen. De er blandt andet med til at sikre, at der skabes et sammenhængende forløb for familierne – også når de ikke længere er en del af foranstaltningen.

DOKUMENTATION OG RESULTATER

I forhold til resultater og virkninger af foranstaltningen er der fokus på forældrenes ressourcer. Forældrene skal blive bedre til at læse barnets signaler og behov og reagere herpå. Samtidig er der fokus på, at forældrene har nogle realistiske forventninger til hverdagen og samtidig i stigende grad har fokus på selvforsørgelse og ansvarlighed.

Effekten af foranstaltningen er ikke systematisk evalueret. Dog har lederen og medarbejderne en formodning om, at man har undgået anbringelser og mere omfattende indsatser i flere hjem.

Den tidlige indsats vurderes at være med til at skabe gode resultater i foranstaltningen:

Den tidlige indsats gør, at der inden fødslen er tid til at lave en forventningsafstemning med moderen/forældrene. Dermed sikres en bedre forståelse for vigtigheden af at have fokus på barnets behov, uanset hvad der ellers sker i moderens/forældrenes liv, udtaler lederen af foranstaltningen.

Samtidig vurderes forankringen af foranstaltningen i sundhedsplejen at have en afgørende betydning for den tillid, som medarbejderne i foranstaltningen kan opnå i forhold til de gravide/familierne. Sundhedsplejersken i foranstaltningen, Merethe Vinter udtaler:

Det er udslagsgivende for de resultater, vi opnår, at foranstaltningen er forankret i sundhedsplejen, der opfattes som en del af normalområdet og ikke som en 'farlig' foranstaltning.

Dokumentationen i hverdagen er baseret på opdatering af journal for de enkelte gravide/familier. Derudover udarbejdes der afslutningsvis i forløbene referater om familiernes situation.

Læs mere om Familien i vækst på Dialogprojektets hjemmeside:
www.forebyggelse-boernogunge.dk.

ÅRHUS KOMMUNE: VUGGESTEDET

AF MAJA AAQUIST, COWI A/S

BOKS 7.1

Fakta om foranstaltningen.

- Alder for børn i foranstaltningen: 0-1 år
- Antal: 73 familier (i 2009)
- Årligt driftsbudget: 3,9 mio. kr.
- Antal ansatte: Otte familierapeuter, en sekretær og en leder
- Gennemsnitlig behandlingstid: 1-2 gange om ugen i 2 timer
- Gennemsnitlig behandlingsperiode: Maksimalt 6 måneder. Graviditet er en særskilt periode
- Teoretisk udgangspunkt: Systemisk familierapi, kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation⁷, eutoni, dannelse af relation og tilknytning med fokus på den neuroaffektive udviklingspsykologi.

MÅLGRUPPE, FORMÅL OG INDHOLD

Vuggestedet er et dagbehandlingstilbud. Der er tale om en tidlig indsats, der er både forebyggende og behandlende. Behandlingstiden er kortvarig,

7. Psykoedukation er undervisning af patienter og pårørende i psykiatriske lidelser og/eller psykiske reaktioner på forskellige kriser: Dansk Psykologforening, www.danskspsykologforening.dk.

idet den maksimalt varer 6 måneder⁸. Lederen af Vuggestedet Birgit Moselund udtaler: "Vi har 6 måneder til det her og ikke længere. Netop en skærpet opmærksomhed på tiden gør, at vi arbejder mere intensivt. Det gælder både os og forældrene". I den tid familien er indskrevet i Vuggestedet, har familierapeuteren behandlingsansvaret samt ansvaret for at gøre familien og familierådgiveren opmærksomme på, om der kan være behov for iværksættelse af eventuelt supplerende behandlingstilbud.

Vuggestedet er et tilbud til gravide og nybagte forældre, hvor der er tegn på relationsforstyrrelser eller anden begrundet bekymring for vanskeligheder i relationen, samspillet og interaktionen mellem forældrene og deres ventede eller spæde barn.

Vuggestedets primære mål er at skabe nye betingelser for, at relationen, samspillet og interaktionen mellem forældre og barn/ventede barn kan udvikle sig, så der skabes grundlag for, at barnet kan opbygge en tryk følelsesmæssig tilknytning til sine forældre.

Foranstaltningen er baseret på et terapeutisk forløb, der kan have følgende eller nogle af følgende elementer: fødselsforberedelse, forældredannelse, film, kropsterapi (eutoni), familiehistorie (genogram, narrativ terapi), psykoedukation/undervisning, samspilsarbejde, parterapi (forældresamarbejde), videooptagelser, Marte meo, undervisning, regulering af barnet og depressionsbehandling (kognitiv terapi). Behandlingen er altid tilpasset den enkelte familie. Derudover tilbyder Vuggestedet fædrene et gruppeforløb, hvor der arbejdes særligt med relationen mellem barn og far.

HENVISNING OG VISITERING

Det er Vuggestedets leder, der har kompetencen til at beslutte, om en familie skal indskrives i Vuggestedet. Denne beslutning tages efter en visitationssamtale, se boks 7.2.

Henvisningen af gravide/nybagte forældre kan foregå på to måder:

8. En indskrivning i graviditeten betragtes som en selvstændig periode. Familien vil således fortsat kunne være i behandling op til 6 måneder efter barnets fødsel, når dette er relevant.

- Henvendelse fra familien selv eller familiens sundhedsplejerske, læge, jordemoder og lignende.
- Socialcentret fremsender en socialfaglig § 50-undersøgelse og handlingsplan vedrørende en spædbørnsfamilie.

Vuggestedet kontakter familien hurtigst muligt efter henvisningen. Der kan dog gå op til 6-8 uger, førend familierne kommer i behandling hos Vuggestedet.

BOKS 7.2

Beskrivelse af visitationen.

Det første møde med familien er et visitationsmøde. Fra Vuggestedet deltager lederen og en eller to familieterapeut(er). På mødet beskriver forældrene og eventuelt henviseren de vanskeligheder, der har ført til henvisningen. Vuggestedets leder laver en endelig vurdering af, om familiens problemstillinger falder inden for Vuggestedets målgruppe.

METODER

Vuggestedet arbejder med det lille familiesystem. Det betyder, at man har fokus på tidlige relationsforstyrrelser eller tegn på relationsforstyrrelser. Større søskende inddrages ikke i forløbet.

Der anvendes en række terapeutiske metoder i foranstaltningen i form af systemisk familieterapi, kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation, kropsterapeutisk tilgang (eutoni) og dannelse af relation og tilknytning med fokus på den neuroaffektive udviklingspsykologi.

Alle terapeuter har en grundlæggende viden inden for systemteoriene. De arbejder relationelt, hvilket vil sige, at terapeuterne taler med forældrene på en måde, hvor man ser på, hvordan forældrene påvirker hinanden relationelt. Et af forældreparrene udtaler:

Vi er ikke kæresten lige nu, men samarbejdspartnere. Vi har virkelig samarbejdet godt, og opgaverne er blevet løst. Vi arbejder som et team endnu, og forholdet har klaret skærene. Terapeuterne testede, om vi kunne samarbejde. Det ku' vi.

Inden for systemteorien arbejdes der ligeledes med den konstruktivistiske tilgang i form af det narrative, hvor der er fokus på at skabe nye historier for familien. Dette kan bidrage til at ændre det enkelte individs opfattelse.

Der arbejdes også med forældrenes tilgængelighed. Lederen af Vuggestedet Birgit Moselund udtaler:

Mors og fars tilgængelighed er vigtig. Barnet skal føle, at mor og far er der, når det har brug for det. Vi træner med forældrene – hvordan skal de holde deres barn, hvordan kan de reagere og så videre.

Den kropsterapeutiske tilgang (eutoni) – se boks 7.3 – udgør en af de metoder, som terapeuterne i foranstaltningen vurderer, at de opnår gode resultater med. En af terapeuterne udtaler:

Det er rigtigt godt, at man kan få en bedre spændingsbalance. Man kan arbejde med, at de gravide begynder at få en relation til barnet. Er meget baseret på omsorg for den gravide og barnet.

BOKS 7.3

Beskrivelse af eutoni.

Eutoni er betegnelse for den afspændingspædagogiske metode. I eutonien træder det talte sprog i baggrunden, og den enkeltes kropsbevidsthed er i centrum. Der arbejdes med naturredskaber og vejledning i – ved egen kraft – at bruge sin bevidsthed til at skabe forandringer i kroppens spændingsbalance.

Eutonien er brugbar til behandling af sårbare kommende eller nyblevne mødre. Her hjælper eutonien kvinderne til at turde/kunne mærke sig selv og deres barn – og dermed hjælpe en følelsesmæssig tilknytning mellem mor og barn på vej.

Genogrammer benyttes blandt andet med det formål at belyse den enkelte families historie og de ting, der måtte være med 'i bagagen' (se bilag 9 for eksempel på spørgsmål ved udarbejdelse af genogram). Derudover benyttes video som et vigtigt redskab til at anerkende det, som forældrene ikke selv lægger mærke til. Lederen af Vuggestedet, Birgit Moselund, udtaler:

Vores videooptagelser kan fungere på mange måder. For eksempel kan fædrene føle, at de ikke får lov til at tage sig af barnet, og det viser videoen så efterfølgende både moren og faren. Med videooptagelserne kan vi observere alle de gode ting, der sker, ligesom vi kan bruge dem til at analysere samspillet.

Foranstaltningen har ligeledes fokus på aflastning af mødrene, når de befinder sig i Vuggestedet. Terapeuterne tager sig eksempelvis af barnet i de tilfælde, hvor moderen trænger til at få hvilet sig lidt. På den måde sikrer man, at moderen er udhvilet, så hun kan få det maksimale ud af forløbet/indsatsen i foranstaltningen.

MEDARBEJDERE OG FAGLIGHED

De otte terapeuter og lederen af foranstaltningen er fordelt på følgende faggrupper: Pædagoger, socialrådgivere, sundhedsplejersker og psykologer. Medarbejderne har ansvar for at tilrettelægge behandlingen inden for de overordnede rammer, der er for arbejdet og føler sig meget privilegerede med den høje grad af efteruddannelse, de modtager. Medarbejderne vurderer, at det har stor betydning for de opnåede resultater i Vuggestedet, at de hele tiden er ajourførte med den sidste nye viden inden for deres felt.

Medarbejderne og lederen er tæt på hinanden, og de sparrer meget med hinanden i det daglige. Terapeuterne arbejder ud fra en teamstruktur, hvilket betyder, at man altid har en makker, som man arbejder sammen med omkring en given familie. Det skaber en større sikkerhed for terapeuterne og i sidste ende et bedre 'produkt' til familierne.

ORGANISERING OG LEDELSE

Vuggestedet er organiseret i Driftsområdet for familier, børn og unge (DFBU), der er ansvarlig for kommunedækkende dag- og døgnbehandlingstilbud. Samtidig er Vuggestedet et tilbud, hvor det forventes, at der er tid til at eksperimentere og udvikle arbejdsmetoder.

Lederen af Vuggestedet deltager i visitationssamtalerne. Derudover deltager hun i den faglige supervision og i behandlingsmøder. Lederen er ligeledes ansvarlig for den faglige udvikling og organisering af

arbejdet og for personaleledelsen. Lederen deltager kun i begrænset omfang i behandlingen. Personaleledelse er således lederens hovedbeskæftigelse. Lederen prioriterer sparring og opfølgning med medarbejderne højt. Lederen har generelt stor frihed til at agere og arbejde med terapeutiske metoder. Det er af stor betydning for lederen af Vuggestedet, at hun bliver udfordret i det daglige og får mulighed for at afprøve og benytte nye metoder.

SAMARBEJDE MED ANDRE

Der samarbejdes med alle relevante aktører (spædbarnsteamet, psykiatrisk hospital, lokalpsykiatri, center for spiseforstyrrelser, center for angst og personlighedsforstyrrelser, Sårbarsteamet på Skejby Sygehus, sundhedsplejersker, socialforvaltningen, praktiserende læger, mødrehjælpen og lignende).

Der er i den forbindelse etableret et fast struktureret samarbejde omkring konkrete problemstillinger i forhold til målgruppen, hvor partnerne taler om og drøfter, hvilken behandling der kan være relevant i forhold til de beskrevne problemstillinger. I møderne er der også information og dialog, hvor aktørerne orienterer hinanden om den udvikling der sker inden for de enkelte felter. Derudover er der samarbejde på netværksmøder.

DOKUMENTATION OG RESULTATER

Familieterapeuterne i Vuggestedet arbejder ud fra en række overordnede principper med det formål at opnå en række konkrete resultater/virkninger af indsatsen over for henholdsvis den gravide/de nybagte forældre og barnet.

Virkninger hos den gravide:

- Forældrene har delt deres forestillinger og forventninger om sig selv og hinanden som kommende forældre.
- Forældrene har delt deres forestillinger om deres ventede barn.
- Forældrene har forberedt sig til fødslen og til deres samarbejde under og efter fødslen.

- Moderen og faderen viser, at de har relateret sig til deres barn såvel fysisk som psykisk.
- Moderen er bevidst om sine egne fysiske og psykiske kompetencer og er i stand til at gøre brug af dem under fødslen.
- Moderen tager vare på sin fysiske og psykiske sundhed under graviditeten.

Virkninger hos spædbarnet:

- Barnet har udviklet en regelmæssig aktivitets-, spise- og soverytme svarende til barnets alder.
- Barnet har opnået en følelsesmæssig relation til en eller flere omsorgspersoner.
- Forældrene kan aflæse, indleve sig i og handle på barnets signaler.
- Forældrene er i stand til at opfylde barnets fysiske, psykiske og sociale udvikling og behov.

Øvrige resultater:

- Barnet søger og fastholder vedvarende øjenkontakt og kropskontakt med forældrene.
- Barnet viser interesse for og søger nye mennesker og genstande.
- Barnet kan tilpasse sig forskellige ændringer i hverdagen og i omgivelserne.
- Barnet har glæde ved at bruge kroppen og bevæge sig.
- Barnet udløser positive reaktioner i og fra sine omsorgspersoner.
- Forældrene følger barnets initiativer og er aktive i kontakten og samspillet med barnet.
- Forældrene taler med barnet og benævner de ting, der foregår omkring barnet og mellem dem og barnet med ord.
- Forældrene gør brug af deres netværk.
- Forældrene kan samarbejde omkring forældreopgaven.

Dokumentationen af behandlingsforløbene er baseret på ordnede optegnelser, der skal dokumentere skridtene i behandlingen (se bilag 10 for eksempel på dokumentation af behandlingsforløb via ordnede optegnelser). Resultaterne og effekten af indsatsen er således overvejende baseret på de iagttagelser, som terapeuterne registrerer løbende og ved afslutningen af forløbene. Der bliver indgået en aftale om de overordnede mål for samarbejdet mellem Vuggestedet og den enkelte familie. Dette sker over

de første tre samtaler med forældrene og eventuelt forvaltningen. I forlængelse heraf arbejdes der løbende med delmål, der skal føre til opfyldelse af de overordnede mål.

Der gennemføres løbende brugerundersøgelser i form af udelte spørgeskemaer ved afslutningen af forløbet til de familier, som kommer i kontakt med Vuggestedet (se bilag 11 for eksempel på spørgeskema til brugerundersøgelse med par). Der gennemføres ikke på nuværende tidspunkt en før-eftermåling af familierne i forbindelse med behandlingsforløbet.

Den tidlige indsats vurderes af terapeuterne i Vuggestedet at være af afgørende betydning for et godt resultat. Når kvinderne kommer i kontakt med Vuggestedet under graviditeten, skal der ikke efterfølgende foretages en masse reguleringer, når barnet er kommet til verden. Der kan laves en masse forarbejde og forberedelse hos den gravide/familien under graviditeten. Lederen af foranstaltningen, Birgit Moselund, udtaler:

Når vi sidder med en familie, som fortæller, at mor er bange for at skulle føde, og de desuden har mange konflikter med hinanden, og at hun måske ikke glæder sig så meget, som hun havde forestillet sig. Hvor starter vi med sådan en familie? Har de snakket om det at skulle være forældre? Hvilke værdier har de med? Hvordan skal deres familie se ud? Vi skal analysere problemerne og finde ud af, hvad målet med behandlingen skal være.

Terapeuterne vurderer, at indsatsen med at skabe relationer mellem forældre og barn bidrager til mere struktur i familierne og færre konflikter. Forældrene bliver samtidig bedre til at sætte ord på deres følelser. Et af forældreparrene udtaler:

Vi fik nogle redskaber til at læse vores barns signaler. Det lyder lavpraktisk, men vi var kommet ind i nogle dårlige vaner. Vi sad for eksempel helt stille inde i stuen om aftenen, fordi vi var bange for at vække vores søn, når han endelig var faldet i søvn. Vi fik en hjemmeopgave, der gik ud på, at vi skulle være vågne en time længere end ham.

Læs mere om Vuggestedet på Dialogprojektets hjemmeside: www.forebyggelse-boernogunge.dk.

NØGLETALSANALYSE MED FOKUS PÅ 0-4-ÅRIGE

PRÆSENTATION AF NØGLETAL

I dette kapitel præsenterer vi en nøgletalsanalyse. Nøgletal er offentligt tilgængelig information, der på en overskuelig måde belyser strukturen og udviklingen i den enkelte kommune. I præsentationen af nøgletallene tager vi udgangspunkt i danske kommuner generelt, men med særlig fokus på nøgletallene for de 10 udvalgte kommuner.

Nøgletalsanalysen er en opfølgning på den nøgletalsanalyse, som blev præsenteret i delrapport 1. Herudover vil der i analysen også blive præsenteret nøgletal, som gør sig gældende for det tema, som behandles i delrapport 2: Forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige. Vi vil således se nærmere på, hvad der karakteriserer kommunerne i forhold til 0-4-årige. Eksempelvis hvor mange 0-4-årige, der er indskrevet i dagpasning, hvem de bor hos, og hvor de 0-4-årige anbringes. Der vil således blive set på strukturelle forhold, familieforhold samt forhold omkring forebyggende foranstaltninger og anbringelser for de 0-4-årige i de danske kommuner.

Kapitlet er opdelt således, at vi først præsenterer de strukturelle forhold i kommunerne. Dette er forhold, der er eksternt givne og derfor ikke mulige for kommunen at ændre på kort sigt. Efterfølgende ser vi på de sociale forhold i kommunen. De sociale forhold omfatter forhold

omkring familierne og eksempelvis, hvorvidt børn passes i en institution. Sidst i kapitlet er der fokus på kommunernes praksis i forhold til forebyggelse og anbringelse, særligt centreret omkring de 0-4-årige. Her vil praksis med hensyn til brug af og udgifter til forebyggende foranstaltninger fremgå.

I hvert afsnit vil der blive tegnet et generelt billede for Danmark. Herudover vil der blive set nærmere på, hvorledes de udvalgte kommuner placerer sig i forhold til det generelle billede. Afsnittene giver endvidere en indsigt i, hvordan de udvalgte kommuner placerer sig i forhold til hinanden. Endelig vil der i denne delrapport under hvert afsnit være særlig fokus på karakteristika gældende for de 0-4-årige. Det skal understreges, at der er stor forskel på rammerne i kommunerne, hvilket påvirker den kontekst, som foranstaltningerne arbejder i. Disse forskelle vil ligeledes fremgå i gennemgangen af nøgletallene.

Alle tal og figurer i dette kapitel er baseret på allerede eksisterende og offentliggjorte tal, der kan trækkes ud af diverse databanker på nettet: CIAS, Statistikbanken og Kommunale Nøgletal. De offentligt tilgængelige nøgletal i Socialministeriets Kommunale Nøgletal er som oftest baseret på samlede tal, der skal dække alle kommunens indbyggere. Derfor bygger de fleste af dette kapitels nøgletal på Statistikbanken fra Danmarks Statistik, da vi her ofte kan trække data opgjort specifikt på aldersgrupper.

Vi gennemgår mange af nøgletallene uden at beskrive, hvilke af de 10 kommuner der ligger placeret hvor på de forskellige fordelinger. Det har ikke været afgørende for analysen at pointere, hvilke kommuner der har hvilke forhold. Kommuner har ofte et godt indtryk af, hvor omtrent de ligger placeret. Figurene giver dem mulighed for at sætte denne placering ind i en kontekst af de øvrige danske kommuner.

STRUKTURELLE FORHOLD I KOMMUNERNE

Omdrejningspunktet i dette afsnit er strukturelle og demografiske forhold i kommunerne. Der ses blandt andet på kommunernes indbyggertal og andelen af 0-4-årige i kommunerne. De fleste strukturelle nøgletal er betinget af eksterne forhold, som på kort sigt ikke kan påvirkes af kommunen, og som derfor må tages for givne.

De 10 udvalgte kommuner ligger geografisk spredt over hele Danmark. Alle regioner er repræsenteret med 1-3 kommuner, ligesom der både er udkantskommuner og centralt placerede kommuner repræsenteret. Af delrapport 1 fremgår det, at de 10 udvalgte kommuner generelt afspejler de danske kommuners strukturelle forhold såsom indbyggertal, befolkningstæthed og befolkningsandel i bymæssig bebyggelse (jf. Lausten et al., 2010). Når vi ser nærmere på indbyggertallet i de udvalgte kommuner, fremgår det, at der ikke er sket de store ændringer i hverken de udvalgte kommuner eller i Danmark generelt siden 2007.

TABEL 8.1

Indbyggertal for de 10 udvalgte kommuner og ændring i promille.

| | Indbyggertal pr. 1. januar 2007 | Indbyggertal pr. 1. januar 2010 | Ændring 2007 til 2010. Promille |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Assens | 41.816 | 42.054 | 5,7 |
| Brøndby | 33.947 | 33.795 | -4,5 |
| Faxe | 35.117 | 35.306 | 5,4 |
| Fredericia | 49.260 | 49.849 | 12,0 |
| Helsingør | 61.012 | 61.143 | 2,1 |
| Hillerød | 46.354 | 47.473 | 24,1 |
| Mariagerfjord | 42.288 | 42.604 | 7,5 |
| Thisted | 45.580 | 45.297 | -6,2 |
| Aalborg | 194.149 | 197.426 | 16,9 |
| Århus | 296.170 | 306.650 | 35,4 |
| <i>Udvalgte kommuner:</i> | | | |
| Gennemsnit | 84.569 | 86.160 | 18,8 |
| Mindste kommune | 33.947 | 33.795 | -4,5 |
| Største kommune | 296.170 | 306.650 | 35,4 |
| <i>Danske kommuner generelt:</i> | | | |
| Lands gennemsnit | 55.582 | 56.476 | 16,1 |
| Mindste kommune | 2.058 | 1.969 | -43,2 |
| Største kommune | 503.699 | 528.208 | 48,7 |

Kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik.

Samlet set er den danske befolkning vokset med 1,6 pct. Dog fremgår der af tabel 8.1 en mindre tendens i retning af et fald i indbyggertallet i de mindste kommuner, mens indbyggertallet i de større kommuner er steget lidt mere end gennemsnittet.

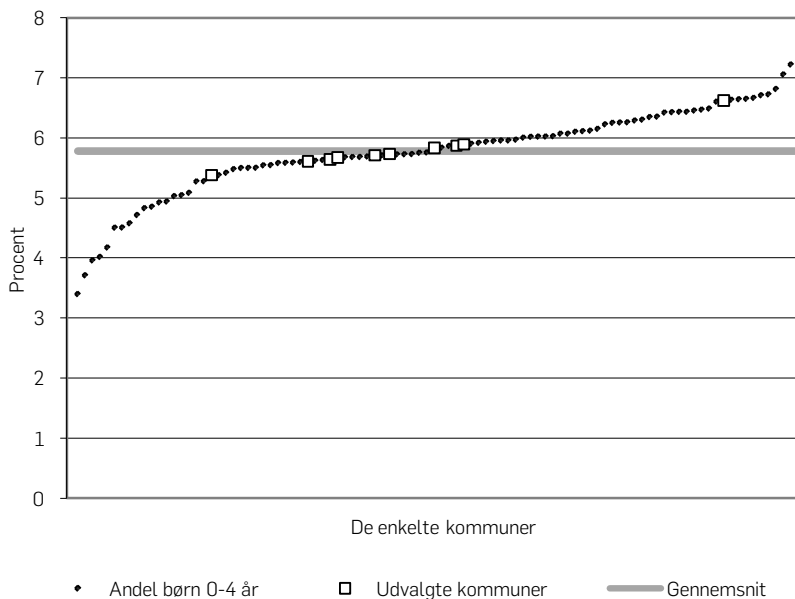
Af tabel 8.1 fremgår det endvidere, at der er forskel mellem de udvalgte kommuner og danske kommuner generelt i forhold til gennem-

snittet af indbyggertallet. Årsagen til denne forskel skyldes primært, at der er mindre spredning blandt indbyggertallet i de udvalgte kommuner end blandt kommuner i Danmark generelt. Hovedparten af de udvalgte kommuner har et indbyggertal på niveau med eller lige under landsgennemsnittet. To af de udvalgte kommuner, Aalborg og Århus, har dog et indbyggertal væsentligt over landsgennemsnittet. Der er ingen blandt de udvalgte kommuner, som ligger i den laveste ende med hensyn til indbyggertallet, hvilket medfører, at det gennemsnitlige indbyggertal for de udvalgte kommuner ligger over landsgennemsnittet.

Andelen af 0-4-årige i en kommune har betydning for budgetteringen for aldersgruppen. Det gør sig eksempelvis gældende i forhold til dagpasningstilbud samt udsatte børn og familier. Fra Statistikbanken fremgår det, at 0-4-årige børn pr. 1. januar 2009 i gennemsnit udgør 5,8 pct. af indbyggerne i de danske kommuner.

FIGUR 8.1

Andelen af børn 0-4 år i de enkelte kommuner, 2009



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

De udvalgte kommuner afspejler variationerne i de danske kommuner i forhold til andelen af 0-4-årige i kommunerne. Såvel de udvalgte kommuner som de danske kommuner generelt ligger primært placeret omkring gennemsnittet. Én af de udvalgte kommuner ligger lidt under gennemsnittet, mens en anden kommune ligger lidt over. Gennemsnittet for andelen af 0-4-årige blandt de udvalgte kommuner ligger på 5,8 pct. akkurat som for danske kommuner generelt.

Det fremgår desuden af figur 8.1, at der er en forholdsvis stor spredning på andelen af 0-4-årige børn i de danske kommuner. I den øverste ende ligger midtjyske kommuner grænsende op til Århus og kommuner i nærheden af København. I den lave ende ligger de mindre ø-kommuner.

Ser vi nærmere på, hvordan fordelingen af børn i alderen 0-4 år er i de enkelte kommuner i forhold til børnepopulationen, viser der sig her en spredning blandt såvel de danske kommuner generelt som blandt de udvalgte kommuner. Landsgennemsnittet ligger på 25 pct. Det er således hver fjerde af børnene i de danske kommuner, som er mellem 0-4 år, når man kigger på gennemsnittet.

SOCIALE FORHOLD I KOMMUNERNE

Det er interessant at undersøge, hvordan de 0-4-årige bor – om de bor med deres mor, deres far eller med både mor og far. Figur 8.2 viser, at de fleste 0-4-årige bor med deres mor og far. I Danmark er det gennemsnitlig 86,7 pct. af børn i alderen 0-4 år, som bor med deres mor og far. Der er 12 pct. af de 0-4-årige, som bor med deres mor – der enten bor alene eller sammen med en ny partner – og under 1 pct. af de 0-4-årige bor med deres far – der enten bor alene eller med en ny partner.

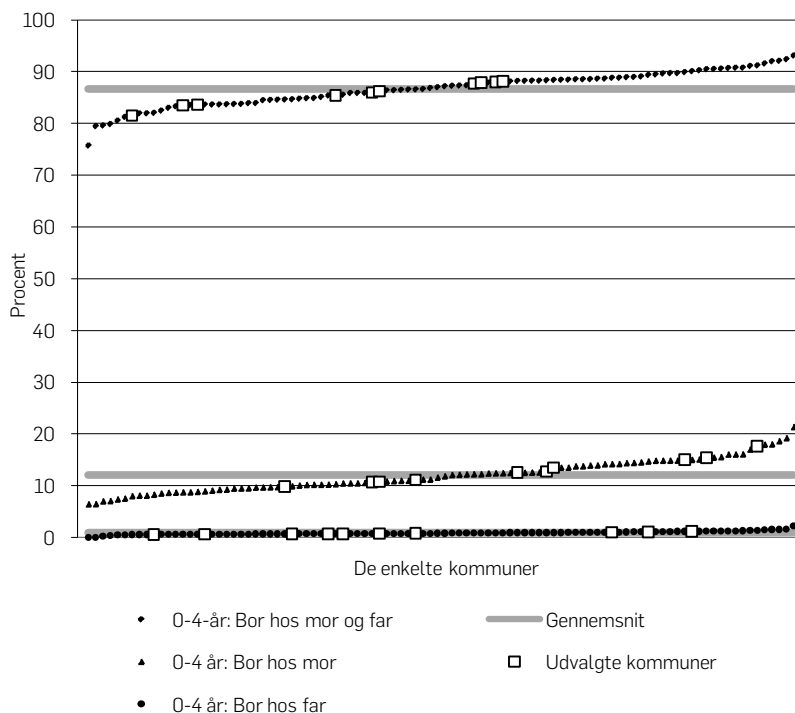
Gennemsnittet for de udvalgte kommuner i forhold til andelen af 0-4-årige børn, som bor med deres mor og far, ligger på 85,8. Dette gennemsnit ligger lidt under gennemsnittet for de danske kommuner generelt, der er 86,7 pct. Det skyldes, at de udvalgte kommuner primært placerer sig omkring landsgennemsnittet, mens tre af de udvalgte kommuner ligger lidt under. Ingen af de udvalgte kommuner ligger over landsgennemsnittet.

De udvalgte kommuner følger fordelingen blandt danske kommuner generelt i forhold til, hvem de 0-4 år bor med. Der er en pæn

spredning blandt de udvalgte kommuner i forhold til 0-4-årige børn, som bor udelukkende med deres mor, deres far eller med både deres mor og far. De udvalgte kommuner er således repræsentative for de danske kommuner. Når man ser nærmere på, hvilke kommuner der ligger i den høje ende i forhold til, at det 0-4-årige barn bor med både mor og far, fremgår det tydeligt, at dette især gør sig gældende i jyske kommuner. Det er sjællandske kommuner, som befinder sig i bunden i forhold til, at det 0-4-årige barn bor med både mor og far.

FIGUR 8,2

Andelen af børn 0-4 år fordelt på familietype, 2009.



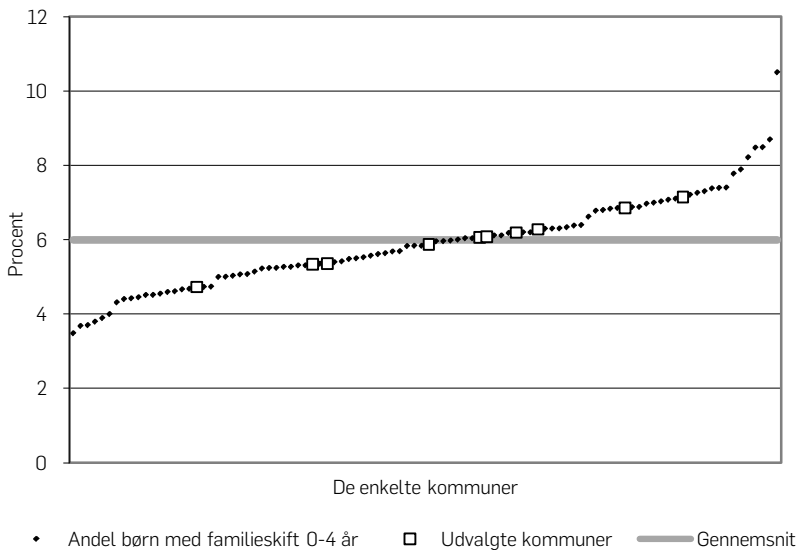
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Som det fremgår i kapitel 2 'Vidensopsamling om forebyggende foranstaltninger 0-4 år' peger forskning på, at ustabile familiestrukturer har en væsentlig betydning for børns udvikling og opvækst. Som en indikator på, hvorvidt børn lever i en ustabil familiestruktur, er der via nøgletallene

set nærmere på, om børn i alderen 0-4 år har oplevet et familieskift i løbet af det sidste år. Familieskift dækker i denne forbindelse over de situationer, hvor barnet eksempelvis skifter fra at have boet med mor og far til udelukkende at bo med mor, mor med ny partner, med far eller lignende. Det kan også være omvendte situationer, hvor barnet eksempelvis skifter fra at have boet udelukkende med mor til at bo med mor og far. Familieskiftet indikerer under alle omstændigheder en ændring i det hverdagsliv og den familiestruktur, som barnet er vant til at leve under. Ifølge nøgletallene i figur 8.3 fremgår det, at 6 pct. af de 0-4-årige i Danmark har oplevet et familieskift i løbet af det sidste år. Dette dækker over en spredning, hvor der i en enkelt kommune er 3 pct. af børnene, der har oplevet et familieskift det sidste år, mens det i en anden kommune er 11 pct. af børnene, der har oplevet et skift. Gennemsnittet for de udvalgte kommuner ligger ligeledes på 6 pct., og der er en pæn fordeling af de udvalgte kommuner set i forhold til de danske kommuner generelt.

FIGUR 8.3

Andel 0-4-årige med familieskift inden for det sidste år, 2009.



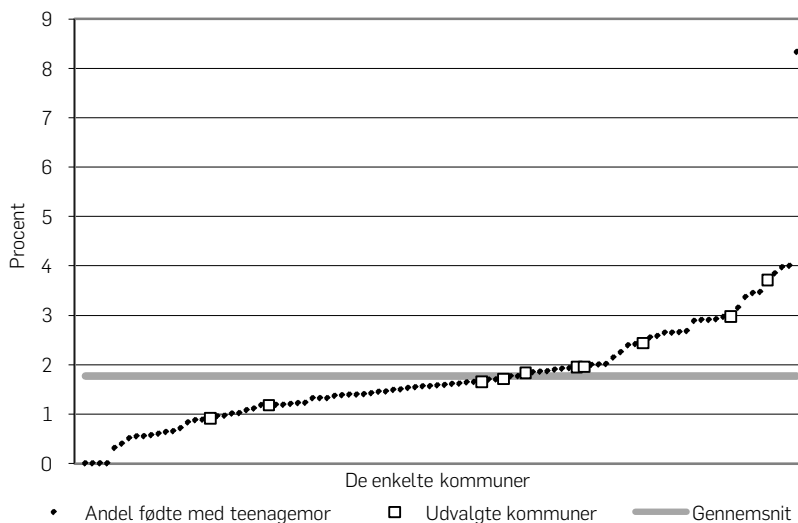
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Af nøgletallene fremgår det, at der er en jævn spredning i forhold til, om det er børn i alderen 0, 1, 2, 3 eller 4 år, som har oplevet et familieskift det sidste år. Ser vi nærmere på nøgletallene omkring familieskift, viser de, at jo yngre barnet er, jo større er sandsynligheden for, at familieskiftet er i form af, at forældrene flytter sammen (igen) i de tilfælde, hvor de boede adskilt. Samtidig fremgår det, at langt de fleste familieskift er fra, at barnet bor med mor og far til, at barnet bor med enlig mor.

En anden ting, som forskningen påpeger, har betydning for børnenes udvikling og opvækst, er forældrenes alder. Flere af programmerne præsenteret under vidensopsamlingen såvel som de udvalgte foranstaltninger, der har børn i alderen 0-4 år som målgruppe, har særlig fokus på unge forældre. I Danmark er det knap 2 pct. af børn i alderen 0-4 år, som har en teenagemor. Med teenagemor menes i dette tilfælde mødre i alderen 13-19 år. Af nøgletallene fremgår det desuden, at den største del af mødrene er 19 år, når de får barn set i forhold til de øvrige teenagealdersgrupper.

FIGUR 8.4

Andel børn, hvis mødre var i alderen 13-19 år ved fødslen, 2009.



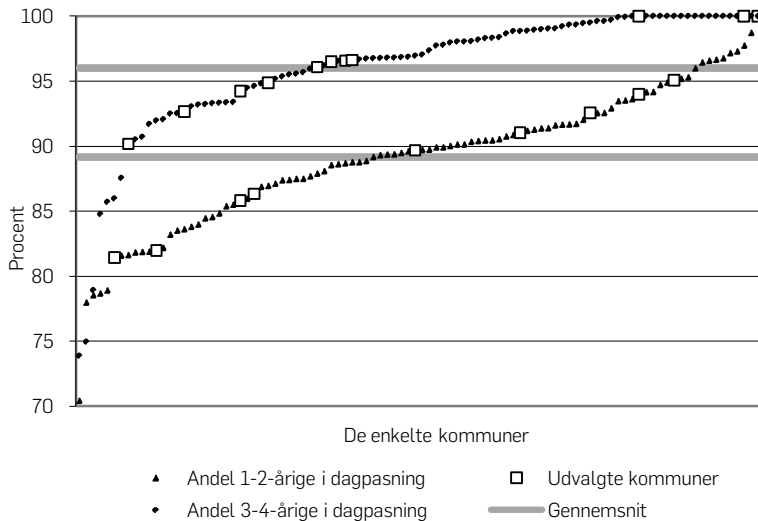
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Der er stor spredning mellem de danske kommuner i andelen af teenagemødre, fra flere kommuner, hvor ingen børn er født af en teenagemor i 2009, til en enkelt kommune, hvor godt 8 pct. af de nybakte mødre i 2009 er teenagemødre.

Det blev fremhævet under vidensopsamlingen, at daginstitutioner kan have en positiv effekt – særligt på socialt udsatte børn. Her har børnene mulighed for at få en opmærksomhed og stimulering, som de ikke nødvendigvis kan få hjemme. Samtidig er en væsentlig andel af danske børn i daginstitution, og daginstitutioner er derfor et godt sted at sætte ind med tidlig indsats.

FIGUR 8.5

Andel 1-2-årige og 3-4-årige, der er i daginstitution, 2009.



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Figur 8.5 viser, at langt de fleste 3-4-årige er i daginstitution, mens knap 90 pct. af de 1-2-årige på landsplan er i daginstitution. Herved er der mulighed for, at daginstitutioner kan 'opfange' mange af de børn, som ikke synes at trives, og som ikke følger en udvikling som jævnaldrende.

KOMMUNAL PRAKSIS I FORHOLD TIL FOREBYGGELSE OG ANBRINGELSE

I dette afsnit vil vi se nærmere på nøgletal for de danske kommuner, som relaterer sig til deres forebyggelses- og anbringelsespraksis i forhold til 0-4-årige. I delrapport 1 blev der tegnet et overordnet billede af kommunernes forebyggelses- og anbringelsespraksis på baggrund af kommunernes indberetninger til CIAS for 4. kvartal 2008. Det er imidlertid ikke muligt at opdele indberetningerne til CIAS på børnenes og de unges alder. Da der i dette afsnit er fokus på praksis i forhold til 0-4-årige, anvendes derfor tal fra Danmarks Statistiks Statistikbank på trods af, at disse tal kun findes til og med 2007.

På landsplan modtager 1-2 pct. af alle børn og unge i alderen 8-17 år forebyggende foranstaltninger i 2007 (Statistikbanken). Det er vanskeligt at give det nøjagtige antal. Dette skyldes den omstændighed, at nogle børn og unge modtager foranstaltninger opgjort på deres person, og de registreres derfor som modtagerne i Statistikbanken. Andre – og dette synes særligt at være børn under 8 år på baggrund af statistikken – modtager familiestøtte, som opgøres på familien i Statistikbanken. Opgørelserne finder derfor sted på forskellige enheder, og det er vanskeligt at sammenfatte informationerne til en helhed. Dog fremgår det, at der er en stigning i børn, som modtager foranstaltninger opgjort på deres person omkring 8-års-alderen, hvorfor det formodes, at det særligt er omkring denne alder, at børnene går fra især at indgå i familierettet støtte til at modtage individuelle foranstaltninger. I 2007 modtog 31.495 familier familierettet støtte, hvilket er omtrent 4 pct. af alle danske familier med børn (Statistikbanken).

De ovennævnte gennemsnit dækker imidlertid over store udsving i forhold til de enkelte kommuners praksis. Ser vi nærmere på kommunernes praksis i forhold til brugen af forebyggende foranstaltninger, viser det sig, at forebyggende foranstaltninger til børn og unge er steget med ca. 500 personer til 12.600 i 2007. Dette er en stigning på 4 pct. i forhold til året før. Størstedelen af foranstaltningerne består i tildelelse af fast kontakt og/eller aflastningsophold. Samlet set udgør disse to foranstaltningstyper ca. 89 pct. af alle forebyggende foranstaltninger i 2007. Herudover skal det nævnes, at der er en overrepræsentation af drenge blandt de børn og unge, som modtager forebyggende foranstaltninger. I 2007 var 60 pct. af de børn og unge, som modtog forebyggende

foranstaltninger, drenge (Danmarks Statistik, 2009). Det er imidlertid vigtigt at være opmærksom på, hvilke foranstaltninger der i dette tilfælde hører ind under opgørelsen.

Som det fremgår af boks 8.1 dækker opgørelsen over de forebyggende foranstaltninger ved Statistikbanken i dette tilfælde individuelle foranstaltninger, som gives til det enkelte barn eller den enkelte unge. I forhold til de 0-4-årige bruges disse foranstaltninger dog i mindre omfang. Af figur 8.6 fremgår det, hvor stor en andel af 0-4-årige, der modtager forebyggende foranstaltninger, både på kommuneniveau og på landsplan.

BOKS 8.1

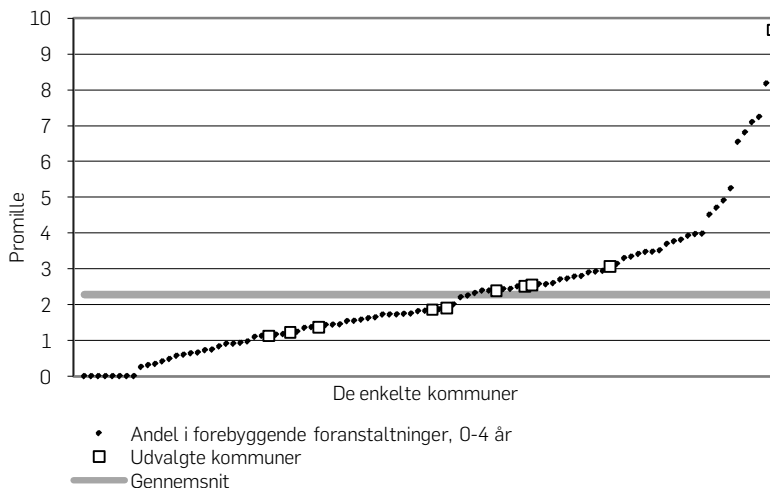
Oversigt over de foranstaltninger, som opgøres under forebyggende foranstaltninger ved Danmarks Statistik, Statistikbanken.

| | |
|---------------------|--------------------|
| § 52 stk. 3, nr. 5: | Aflastningsophold |
| § 52 stk. 3, nr. 6: | Personlig rådgiver |
| § 52 stk. 3, nr. 7: | Fast kontaktperson |
| § 52 stk. 3, nr. 9: | Praktikophold |
| § 76 stk. 3, nr. 4: | Udslusningsordning |

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

FIGUR 8.6

Andel 0-4-årige børn i kommunen, der modtager forebyggende foranstaltninger opgjort med barnet som enhed, 2007.



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Figur 8.6 viser en stor spredning mellem kommunerne i forhold til brug af forebyggende foranstaltninger, når det er det 0-4-årige barn, der står som modtageenhed. Der ligger mange kommuner tæt på landsgennemsnittet på 2 promille, mens få kommuner ligger højt med forholdsvis mange 0-4-årige, der modtager en forebyggende foranstaltning. Der er flere af de forebyggende foranstaltninger, der er beskrevet i boks 8.1, der ikke egner sig til 0-4-årige. Det er derfor også naturligt, at størstedelen af de forebyggende foranstaltninger, der gives til de 0-4-årige, er aflastningsophold.

De former for forebyggende foranstaltninger, som anvendes i forhold til 0-4-årige, har som tidligere beskrevet oftest karakter af familierettet støtte. Familierettet støtte er ved Danmarks Statistik udelukkende opgjort for 2007, hvorfor det ikke er muligt at undersøge udviklingstendenser på dette område. Det er som tidligere skrevet omtrent 4 pct. af alle danske familier med børn, som modtager familierettet støtte. Støtten ydes til familier med udsatte børn og unge og dækker over foranstaltninger defineret i boks 8.2.

BOKS 8.2

Oversigt over de foranstaltninger, som opgøres under familierettet støtte ved Danmarks Statistik, Statistikbanken.

| | |
|----------------------|---|
| § 52 stk. 3, nr. 1: | Konsulentbistand, dagtilbud og lignende |
| § 52 stk. 3, nr. 2: | Praktisk, pædagogisk eller anden støtte |
| § 52 stk. 3, nr. 3: | Familiebehandling |
| § 52 stk. 3, nr. 4: | Etablering af døgnophold |
| § 52 stk. 3, nr. 7: | Etablering af kontaktperson for hele familien |
| § 52 stk. 3, nr. 10: | Anden hjælp |
| § 52, stk. 4: | Økonomisk støtte |
| § 52 stk. 5: | Økonomisk støtte for at undgå anbringelse |
| § 54: | Støtte til forældre i forbindelse med barns anbringelse |

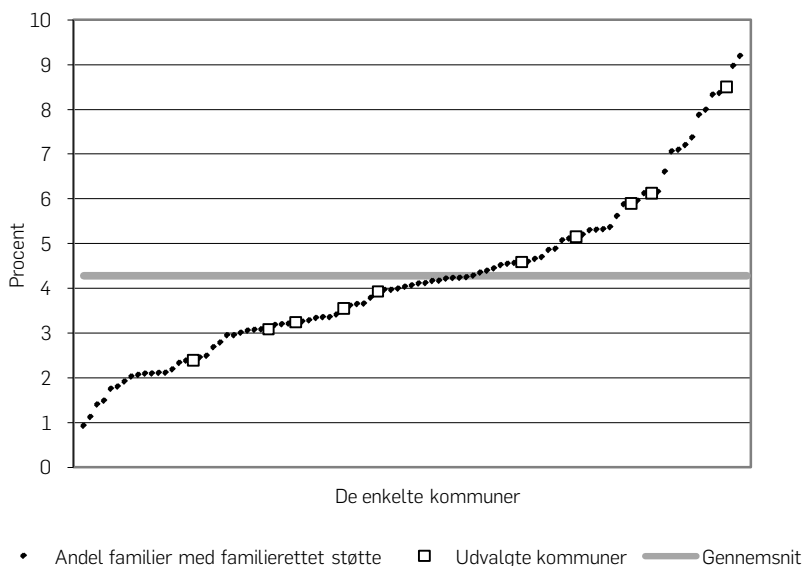
Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Som det også fremgik af vidensopsamlingen i kapitel 2, er der fokus på inddragelse af hele familien i arbejdet med udsatte børn i alderen 0-4 år. Dette ses også i forhold til de udvalgte foranstaltninger med særligt fokus på 0-4-årige. Figur 8.7 viser nettoandelen af familier, som har modtaget familierettet støtte i løbet af 2007 set i forhold til familier med børn.

Som det gør sig gældende i forhold til de øvrige former for forebyggende foranstaltninger, ses der også her markante udsving i forhold til kommunernes brug af familierettet støtte. Der er kommuner, hvor stort set ingen familier modtager familierettet støtte (under 1 pct.), mens der i andre kommuner er en relativt stor andel af familier, der modtager familierettet støtte (over 8 pct.). De udvalgte kommuner ligger jævnt spredt, hvor en del befinder sig over gennemsnittet, andre omkring gennemsnittet på 4,1 pct., mens to af kommunerne ligger under gennemsnittet set i forhold til de danske kommuner generelt.

FIGUR 8.7

Andel familier, der i løbet af året har modtaget familierettet støtte, opgjort med familien som nettoenhed, 2007.



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Af tabel 8.2 fremgår det, hvilken familiestøtte der anvendes mest i de danske kommuner.

TABEL 8.2

De tre mest anvendte former for familiestøtte rettet mod familier med udsatte børn og unge, 2007.

| | | Andel, procent |
|---------------------|---|----------------|
| § 52 stk. 4: | Økonomisk støtte | 26 |
| § 52 stk. 3 nr. 3: | Familiebehandling eller støtte | 21 |
| § 52 stk. 3, nr. 1: | Konsulentbistand, dagtilbud og lignende | 18 |

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Der var 15.273 børn og unge anbragt uden for hjemmet i 2007, hvilket udgør omtrent 1 pct. af børn og unge i Danmark. I 2006 var antallet af anbragte 14.156 børn og unge, og der er hermed sket en stigning på 8 pct. i antallet af børn og unge, som er anbragt fra 2006 til 2007. Samtidig ligger væksten i andelen af børn og unge fra 2006 til 2007 under 5 promille⁹.

Lands gennemsnittet på 1 pct. af anbragte børn og unge dækker imidlertid over udsving de danske kommuner imellem. Nogle kommuner har en høj andel af anbragte set i forhold til lands gennemsnittet, mens andre har en lav. Det fremgår af boks 8.3, hvilke former for anbringelse der medregnes i Danmarks Statistiks opgørelse.

BOKS 8.3

Oversigt over de anbringelsesformer, som opgøres under anbringelse ved Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Netværksplejefamilie
Slægtsanbringelse
Familepleje i øvrigt
Døgninstitution, sikret afdeling
Døgninstitution, anden afdeling
Akutinstitution
Socialpædagogisk opholdssted, værksted- eller produktionsskole, miniinstitutioner
Kost-, ungdoms-, efterskole eller lignende
Eget værelse eller lignende
Skibsprojekt
Kommunalt døgntilbud.

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

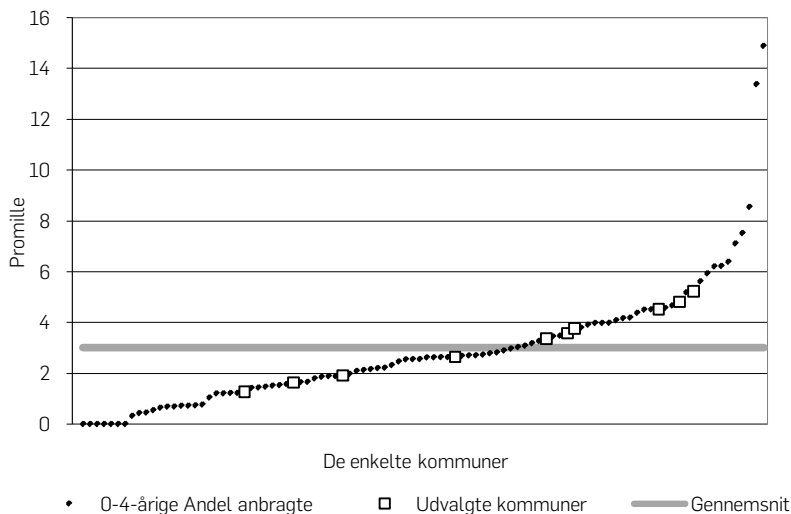
De mest anvendte anbringelsesformer var i 2007 familiepleje, døgninstitution eller anbringelse på socialpædagogiske opholdssteder. Når vi ser nærmere på kommunernes anbringelsespraksis i forhold til 0-4-årige, som i figur 8.8, tegner der sig også her et billede af, at der er stor variation blandt

9. Det skal imidlertid bemærkes, at især 2006 og 2007 på mange måder fremstår som 'indkørselsår', når det kommer til data om de danske kommuner. Der synes med andre ord at være mangler i data hos Danmarks Statistik. Det er dog disse data, som er noteret og til rådighed. Der må dog tages forbehold for mangler, som skyldes de omstruktureringer, der kom som følge af reformerne.

de danske kommuner. I visse kommuner er ingen 0-4-årige anbragt, mens andre kommuner ligger væsentligt over landsgennemsnittet.

FIGUR 8.8

Andel 0-4-årige anbragte børn i forhold til alle 0-4-årige børn i kommunen, 2007.



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

I den ene ende af skalaen, altså den ende, hvor kommuner ikke har nogen 0-4-årige anbragt, ligger der både meget velhavende kommuner og små ø-kommuner. I den anden ende, hvor kommunerne har en relativt stor andel 0-4-årige i anbringelse, ligger der overvejende udkantskommuner.

Som det også var tilfældet ved kommunernes praksis i forhold til forebyggende foranstaltninger, er det oftest drenge, der er involverede, når et barn eller en ung anbringes uden for hjemmet. Af alle anbringelser i 2007 vedrører 55 pct. drenge. Der tegner sig også et billede af, at der i forhold til de 0-4-årige er en overvægt af drenge, som anbringes. Ifølge Ankestyrelsens Anbringelsesstatistik var der i 2007 173 drenge i alderen 0-3 år, som blev anbragt, mens der var 160 piger i samme alder, som blev anbragt. Der var herved knap 8 pct. flere afgørelser om anbringelser i 2007, som omhandlede drenge i alderen 0-3 år set i forhold til piger. Ser vi på baggrund af Danmarks Statistiks Statistikbank nærmere på, hvor børn i alderen 0-4 år er anbragt, præsenteres de tre hyppigste anbringelsessteder fordelt på køn i tabel 8.3.

TABEL 8.3

Oversigt over de tre mest forekommende anbringelsesformer for henholdsvis 0-4-årige drenge og piger, 2007.

| Anbringelsesformer | Drenge, procent. | Piger, procent. |
|---------------------------------|------------------|-----------------|
| Familiepleje i øvrigt | 65 | 70 |
| Døgninstitution, anden afdeling | 13 | 9 |
| Netværkspleje | 6 | 4 |

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

Det fremgår af tabel 8.3, at der findes mange ligheder i forhold til anbringelsesmønstrene for 0-4-årige drenge og piger. De tre mest anvendte anbringelsesformer for begge køn er plejefamilie, døgninstitution og netværksplejefamilie. Dog forekommer der også mindre variationer de to køn imellem. De fleste børn – såvel drenge som piger – er i en plejefamilie. Der er dog lidt flere piger end drenge, som er anbragt ved en plejefamilie. Flere drenge end piger anbringes på en døgninstitution. Helt små børn anbringes ofte på døgninstitution til observation, før de placeres i den rette anbringelsesform (Egelund et al., 2008). Der findes dog ingen forskning, der siger, at drenge oftere og i længere tid er anbragt på døgninstitution til observation. Den tredje mest anvendte form for anbringelse i forhold til 0-4-årige af begge køn er netværksplejefamilie. Netværkspleje er ikke statistisk opgjort før 2006 (da Ankestyrelsen overtog indsamlingen af data på anbringelsesområdet), så der er ikke mange tal at sammenligne med. Fra 2006 til 2007 er der dog en tendens til, at en stigende andel af 0-4-årige anbringes i netværkspleje.

Ser vi nærmere på de udgifter, som findes inden for det specialiserede socialområde i forhold til anbringelse og forebyggende foranstaltninger for børn og unge, tegner der sig et billede af, at der er sket en stigning på de fleste områder. Af tabel 8.4 fremgår udgifterne for de forskellige områder og de ændringer, som er sket igennem de sidste par år¹⁰.

Det fremgår af tabel 8.4, at der er sket den største ændring fra 2007 til 2009 i de kommunale driftsbudgetter inden for udgifterne til

10. Igen skal det fremhæves, at der er en del usikkerhed forbundet med data indhentet fra kommunerne de sidste par år som følge af strukturændringerne efter reformerne.

forebyggende foranstaltninger set i forhold til familierettet støtte og anbringelse. Når vi ser nærmere på ændringen inden for de forebyggende foranstaltninger, dækker denne ændring imidlertid over vidt forskellige tendenser de enkelte foranstaltninger imellem. Eksempelvis er den største stigning på driftsbudgettet brugen af fast kontaktperson for barnet eller den unge. Her er stigningen på 33 pct. fra 2007 til 2009. Samtidig er der sket et væsentligt fald i driftsudgifterne i samme periode til formidlingen af praktikophold hos en offentlig eller privat arbejdsgiver. Her er udgifterne reduceret med 46 pct. fra 2007 til 2009.

TABEL 8.4

Kommunale driftsbudgetter i 1.000 kr. opdelt efter form for indsats, netto.

| | 2007 | 2008 | 2009 | Ændring 2007-2009. Procent |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------------------|
| Familierettet støtte | 1.459.991 | 1.536.435 | 1.603.773 | 9 |
| Forebyggende foranstaltninger | 680.912 | 777.982 | 917.451 | 26 |
| Anbringelse | 6.098.149 | 6.733.824 | 7.451.526 | 18 |

Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbanken.

På samme vis ser vi væsentlige nuancer inden for udviklingen af de kommunale driftsudgifter til familierettet støtte. Eksempelvis findes den største stigning i forhold til brugen af døgnophold for både forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge. Her er sket en stigning i de kommunale driftsudgifter på 44 pct. fra 2007 til 2009. Endvidere er der en stigning på 35 pct. i driftsudgifterne til støtteperson til forældremyndighedsindehaver i forbindelse med et barns eller en ungs anbringelse. Omvendt er de kommunale driftsudgifter til praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet faldet med 12 pct. fra 2007 til 2009.

I forhold til de kommunale driftsudgifter i forbindelse med anbringelse er der også store variationer de enkelte anbringelsesformer imellem. Den største stigning i driftsudgifter i perioden fra 2007 til 2009 er i forhold til skibsprojekter og lignende, hvor der er en stigning på 95 pct. Herudover er der i samme periode sket en stigning i driftsudgifter inden for opholdssteder for børn og unge på 39 pct. og inden for anbringelse på eget værelse, kollegier eller kollegielignende opholdssteder på 37 pct. Der er kun sket et fald i de kommunale driftsudgifter inden

for en form for anbringelse. Dette er i forhold til driftsudgifterne til netværksplejefamilier, som er faldet med 25 pct. fra 2007 til 2009.

Det er vigtigt at bemærke i forhold til stigninger og fald i driftsbudgetterne, at eksempelvis en stigning i et budget kan skyldes, at flere børn og unge henvises til den særlige form for indsats, og at indsatsen pr. barn er steget i pris gennem de forløbne år.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER FRA NØGLETALSANALYSEN

Af nøgletallene fremgår der nogle særlige punkter, som det er vigtigt at være opmærksom på i det forebyggende arbejde med 0-4-årige. I det følgende vil de opmærksomhedspunkter inspireret af Business Excellence-modellen blive præsenteret, som kapitlet er med til at kaste lys over.

I forhold til foranstaltningers målgruppe, formål og indhold fremgår det først og fremmest af nøgletallene, at det kun er en forholdsvis lille andel af de 0-4-årige, der modtager en forebyggende foranstaltning eller bliver anbragt. På landsplan modtager 2,3 promille af de 0-4-årige i 2007 en forebyggende foranstaltning med barnet som enhed, mens 3 promille af de 0-4-årige er anbragt i 2007. Det er således ikke de 0-4-årige, der fylder mest. Til gengæld er der meget fokus på at opfange de udsatte småbørn gennem tidlig indsats, så de ikke kommer til at indgå i statistikken.

De danske kommuner er forskellige. Blandt andet er der forskel på, hvor stor en andel af 0-4-årige, der findes i den enkelte kommune. Dette er vigtigt at have in mente, når man arbejder med forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige, idet kommunerne har forskellige grundlag at handle ud fra. Når det handler om forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige, er et væsentligt fællestræk på tværs af de danske kommuner imidlertid, at hovedparten af de 0-4-årige bor med deres mor og far. Det synes folgelig vigtigt at indtænke begge forældre som målgruppen for det forebyggende arbejde med småbørn. Det forebyggende arbejde møntet på 0-4-årige tilrettelægges ofte som familierettet støtte. Der er dog også her variation kommunerne imellem, hvilket kan skyldes forskelle i indbyggersammensætningen kommunerne imellem. I en kommune kan der således bo et større antal af familier med behov for familierettet støtte, end der gør i en anden kommune.

I gennemsnit har 6 pct. af børnene i alderen 0-4 år oplevet et familieskift inden for det sidste år. Skiftet er oftest fra en samlevende mor og far til, at barnet efterfølgende bor med sin mor. Ved tilrettelæggelsen af målgruppen for det forebyggende arbejde blandt 0-4-årige og disses familier, bør det følgelig indtænkes, at barnets familie i mange tilfælde består af såvel mor som far, men i forholdsvis mange tilfælde også udelukkende af en enlig mor. Det er under 1 pct. af børnene i alderen 0-4 år, som udelukkende bor med far.

I forhold til målgruppe, formål og indhold fremgår det endvidere af nøgletallene, at der i nogle kommuner er en forholdsvis stor andel af teenagemødre, mens andelen af teenagemødre i andre kommuner er lig med nul. Dette understreger vigtigheden af at have den enkelte kommunes særlige karakteristika in mente ved tilrettelæggelsen af en forebyggende foranstaltnings målgruppe, formål og indhold. I nogle kommuner kan det eksempelvis give stor mening at have særlig fokus på teenagemødre, mens det giver mindre mening i andre.

Endelig fremgår det på baggrund af nøgletallene, at en stor andel af de danske børn er tilknyttet en daginstitution. I forhold til henvisning og visitering kan det derfor være relevant at sætte forøget fokus på den tidlige opsporing i daginstitutionerne, hvor pædagoger bruger deres pædagogiske kompetencer til at vurdere børnenes trivsel og udvikling. I forhold til de udvalgte foranstaltninger fremgår det, at sundhedsplejen ofte indgår i visitationen til de forebyggende foranstaltninger, mens daginstitutionerne indgår i mindre omfang.

STATUS FOR EFFEKT- EVALUERING FOR 0-4-ÅRIGE

PRÆSENTATION AF DATA TIL EFFEKTEVALUERINGEN

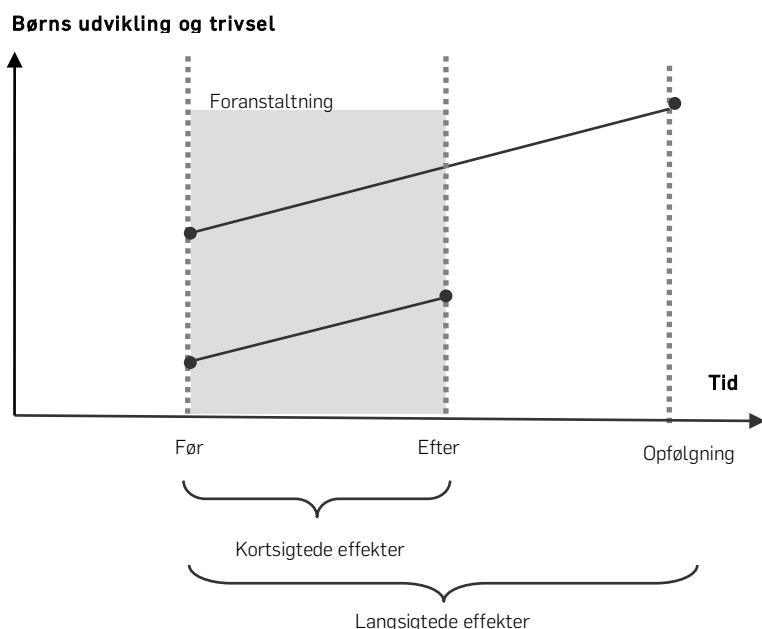
Et vigtigt fokuspunkt for Dialogprojektet er som belyst i indledningen at koble forskning og praksis og på baggrund af det fælles vidensgrundlag udvikle gode eksempler på anvendt praksis. En del af den viden er viden om effekten af de forskellige foranstaltninger, hvorfor projektet omfatter en effektevaluering af de udvalgte forebyggende foranstaltninger i dialogkommunerne. Det skal imidlertid bemærkes, at effektevalueringen stadig befinder sig i opstartsfasen. Det betyder, at der endnu ikke er mulighed for at foretage en decideret effektevaluering på baggrund af de indhentede data. Kapitlet giver dog et indledende indblik i, hvad status for dataindsamlingen er på nuværende tidspunkt, og hvilket billede der tegner sig af børn i alderen 0-4 år. Resultaterne, der gennemgås i denne rapport, vil fungere som baseline for den endelige effektevaluering for de 0-4-årige. Det er også vigtigt at fremhæve, at dataindsamlingen for de 0-4-årige fortsætter på trods af, at de kommende delrapporter har fokus på andre aldersgrupper. Sidst i projektperioden vil der udkomme en samlet rapport, hvor alle resultater fra effektevalueringen på alle aldersgrupper præsenteres. Resultaterne af effektevalueringen af de forebyggende foranstaltninger til 0-4-årige forventes således at foreligge i 2013.

At gennemføre effektevalueringer på området for udsatte børn og unge rummer flere udfordringer. Ikke desto mindre er det værd at forsøge. Alene det at kunne *sandsynliggøre* en effekt vil bibringe nyttig viden til den fortsatte udvikling af området. En selvstændig del af formålet med effektevalueringen er således afslutningsvis at udvikle et redskab, som kan anvendes i kommunerne til at systematisere de faglige vurderinger af resultaterne i forhold til opfølgning på de enkelte sager såvel som til at lave en egentlig generel opsamling af viden om effekt af kommunens indsats på området.

Effektevalueringen foretages ved hjælp af gentagne spørgeskemaundersøgelser, der har fokus på de børn og unge, der visiteres til de udvalgte foranstaltninger. Barnet eller den unges udvikling og trivsel måles både før, under og efter, et foranstaltningsforløb sættes i gang.

FIGUR 9.1

Evalueringsdesign for de enkelte foranstaltninger i de udvalgte kommuner.



Figur 9.1 illustrerer det anvendte design i dette projekt for målingen af, hvorvidt foranstaltningen ændrer børnenes trivsel. Der foretages i alt tre

målinger, hvor der skal udfyldes spørgeskemaer omkring barnets udvikling og trivsel: 1. Før foranstaltningen sættes i gang, 2. Umiddelbart efter foranstaltningen er afsluttet, samt 3. Ved en opfølgning 6 måneder efter behandlingens ophør. I de tilfælde, hvor foranstaltningen varer over et halvt år, foretages der desuden statusmålinger hvert halve år. Herved sikrer vi, at længerevarende foranstaltningsforløb kan sammenlignes med de foranstaltninger, som løber over kortere tid. Samtidig sikrer vi en opdateret viden om børn og unge, som er tilknyttet foranstaltningsforløb, der varer længere end projektføreløbet. En mere udførlig beskrivelse af design af effektevalueringen kan læses i Lausten et al., 2010.

I denne rapport indgår besvarelser for alle dem, der ved dataindsamlingens opstart allerede var indskrevet i de udvalgte foranstaltninger. Besvarelsesprocenten og aldersfordelingen i de udvalgte foranstaltninger gennemgås, samt hvor godt familien og barnet passer med foranstaltningens tilbud ifølge behandlerens vurdering. Dernæst fokuseres der på behandlernes besvarelser omkring udviklingen hos de 0-4-årige børn. Vi ser på børnenes familiestruktur for at tegne et billede af, hvilke familier der er indskrevne i foranstaltningerne. Dernæst beskrives relationen mellem forældrene og barnet, da dette er et centralt fokusområde for alle foranstaltningerne. Derudover beskrives familiens netværk, barnets udvikling og adfærd.

RESULTATER FRA DEN FORELØBIGE DATAINDSAMLING

Sagsbehandlerne og behandlerne har besvaret et indskrivnings-spørgeskema omkring familierne og børnene i de udvalgte forebyggende foranstaltninger, så snart det enkelte barn og den enkelte familie var visiteret til indsatsen. Tabel 9.1 viser antal indskrivninger i de forskellige foranstaltninger pr. 1. maj 2010, opdelt i aldersgrupper.

TABEL 9.1

Antal indskrevne børn og unge pr. 1. maj 2010 i de 23 udvalgte foranstaltninger.

| | Ikke født | | | | | | Total |
|--|-----------|--------|----------|----------|----------|-----|-------|
| | 0-4 år | 5-9 år | 10-13 år | 14-17 år | 18-22 år | | |
| Assens – Projekt Braesholm | | | | 4 | 1 | 5 | |
| Assens – Højskole med familiebehandling | | 3 | 9 | 4 | | 16 | |
| Brøndby – Kontaktnetværket | | | 6 | 13 | 10 | 29 | |
| Brøndby – Bakkegården | | 3 | 7 | | | 10 | |
| Faxe – Familiergrupper | | | | 13 | 1 | 14 | |
| Faxe – Familierterapi | 1 | 11 | 11 | 6 | 1 | 39 | |
| Fredericia – Basement | | | 9 | 48 | 5 | 62 | |
| Fredericia – Børnehus | | 8 | 7 | 3 | | 18 | |
| Helsingør – Basen | | | | 11 | 5 | 16 | |
| Helsingør – Det lille Familiehus | 1 | 5 | | | | 6 | |
| Hillerød – Børnehuset | | 5 | 8 | 3 | | 16 | |
| Hillerød – Ullerødskolen | | 5 | 14 | | | 19 | |
| Hillerød – Fødselsbærbarn-samarbejdet | 6 | 56 | | | | 62 | |
| Mariagerfjord – Særlig fokus på hjemgivelse | 4 | 2 | 2 | 6 | | 14 | |
| Mariagerfjord – Eget værelse | | | | | 12 | 12 | |
| Mariagerfjord – Værkstedspads | | | | 1 | | 1 | |
| Thisted – Adalen Sydthy Børne- og Ungdomshus | | 4 | 6 | 3 | | 13 | |
| Thisted – Projekt Familien i vækst | 3 | 8 | | | | 11 | |
| Aalborg – Netværkstilbud | | | | 8 | 12 | 20 | |
| Aalborg – Godthåbskolen | | 2 | 10 | 4 | | 16 | |
| Århus – Ungeteam Syd | | | | | | | |
| Århus – Rundhøj Skoledistrikt | | | | | | | |
| Århus – Vuggestedet | 6 | 29 | | | | 35 | |
| Total | 17 | 111 | 89 | 127 | 47 | 434 | |

Kilde: Antal indskrivninger, givet gennem projektets hjemmeside.

Der er indskrevet 434 børn og unge i 21 af de 23 udvalgte foranstaltninger. De sidste to foranstaltninger – Ungeteam Syd og Rundhøj Skoledistrikt i Århus – har af forskellige årsager ikke deltaget i den indledende dataindsamling. De 434 indskrevne børn og unge kan opdeles i to grupper. I familiebehandlingstilbuddene er der 181 børn og unge indskrevet, mens 253 børn og unge er indskrevet i en personrettet forebyggende foranstaltning, hvor barnet er omdrejningspunkt. Sammenlignes de felter i tabel 9.1, der er udfyldt med krydserne i tabel 1.1 på side 18, viser det sig, at der er flere foranstaltninger, der har unge i aldersgruppen 18-22 år, end behandlerne på forhånd havde angivet. Dette betyder, at der sandsynligvis vil være flere 18-22-årige i den sidste ende, så en sammenligning gennem matchning med behandlings- og sammenligningsgruppe vil blive lettere end forventet.

Der er udsendt spørgeskemaer for alle 434 børn til både sagsbehandlere og behandlere (specielt opdelt på familiebehandlere og behandlere). Ved første opgørelse af svarprocenten har 45 pct. af sagsbehandlere besvaret spørgeskemaerne, mens der er en samlet svarprocent på 69 pct. for børnebehandlere, der kan opdeles i 77 pct. besvarelser fra familiebehandlere og 62 pct. besvarelser fra behandlere. At svarprocenten er lavere for sagsbehandlere skyldes sandsynligvis, at de ikke befinder sig tæt på de foranstaltninger, der er udvalgt og derfor ikke har samme ejerskab over for undersøgelsen som behandlere ude i foranstaltningerne.

I forbindelse med større dataindsamlinger som denne – og særligt også dataindsamlinger, som varer over en længere periode – støder man ofte på en række udfordringer undervejs, hvilket også har været tilfældet her. Overordnet set har der fra kommunernes side været stor opbakning til projektet, og der er i kommunerne blevet gjort en stor indsats for, at alle involverede parter er blevet oplyst om projektet samt dets fokus og arbejdsgang. Det skal dog bemærkes, at vi stadig befinder os i 'pilotfasen' af dataindsamlingen, og at dette er en periode, hvor mange spørgsmål dukker op. Alle opstartsfasen kræver en indkøringsperiode, og i det store hele har opstarten af projektet fungeret rigtig godt, og vi har modtaget mange besvarelser allerede. Disse besvarelser vil med tiden blive fulgt op af spørgeskemaer ved afslutningen af foranstaltningerne, og vi ser frem til et projektforsløb med mange interessante data.

Et af de interessante indledende spørgsmål til både familiebehandlere og behandlere var, hvorvidt familien eller barnet/den unge

passer ind i foranstaltningen. Svaret er givet på en skala fra 0 til 10, hvor 0 betyder 'Passer overhovedet ikke ind' og 10 betyder 'Passer godt ind i foranstaltningen'. Scoringerne opdeles i tre kategorier. Scoringer fra 0-3 ligger 'under middel' i forhold til, at behandlerne vurderer, at familien eller barnet/den unge passer ind i foranstaltningen. Scoringer fra 4-6 betyder, at familien eller barnet/den unge ligger i 'middelgruppen' i forhold til at passe ind i foranstaltningens målgruppe. Med scoringer fra 7-10 vurderer behandlerne ved foranstaltningerne, at familien eller barnet/den unge passer godt ind i foranstaltningens målgruppe ved at ligge 'over middel'.

TABEL 9.2

Behandlerens vurdering af i hvilken udstrækning familien eller barnet/den unge passer ind i den børneorienterede foranstaltning. Procent.

| | Familien | Barnet/den unge |
|---------------------|----------|-----------------|
| Under middel (0-3) | 4.3 | 7.1 |
| Middel (4-6) | 13.0 | 12.3 |
| Over middel (7-10) | 82.7 | 80.6 |
| Antal observationer | 139 | 155 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Tabel 9.2 viser, at langt størstedelen af de børn, unge og familier, der er tilknyttet foranstaltningerne, passer godt ind i foranstaltningen. Mere end 80 pct. scorer over middel på dette spørgsmål, hvilket er et positivt resultat. Dog viser tallene også, at der er flere tilfælde, hvor familier, børn eller unge vurderes af behandlerne ved foranstaltningerne til ikke at passe ind i foranstaltningens målgruppe.

KARAKTERISTIK AF DE 0-4-ÅRIGE

De følgende afsnit bygger på de besvarelser, der er kommet ind for de 0-4-årige. Vi ser udelukkende på de 0-4-årige, også selvom en af de forebyggende foranstaltninger, der er beskrevet i denne rapport – Faxe Familiecenter – også har familier med større børn i familiebehandling. Samtidig er der familiebehandlingstilbud tilknyttet projektet, som imidlertid ikke har 0-4-årige som primær målgruppe og derfor ikke er beskrevet i denne rapport. Disse foranstaltninger vil blive behandlet på et senere

tidspunkt. Tabel 9.3 giver en præsentation af de foranstaltninger, der er udvalgt til Dialogprojektet, som kan karakteriseres som familiebehandling.

TABEL 9.3

Præsentation af de syv udvalgte foranstaltninger, som er tilrettelagt som familiebehandlingstilbud.

| |
|---|
| Helsingør – Det lille Familiehus* |
| Hillerød – Fødselspædbarn-samarbejdet* |
| Faxe – Familierapi |
| Faxe – Familiegrupper* |
| Århus – Vuggestedet* |
| Thisted – Projekt Familien i vækst* |
| Mariagerfjord – Særlig fokus på hjemgivelse |

Anm.: * betyder, at foranstaltningerne er beskrevet som case i nærværende rapport.

Resultaterne for 0-4-årige, der udgør baseline i effektmålingen, bygger hovedsageligt på besvarelser fra familiebehandlere. Ud af de 434 indskrevne børn og unge er 128 af børnene 0-4 år. Helt præcist er der 111 børn mellem 0 og 4 år. Der er 17 børn, som endnu ikke var født, da foranstaltningerne satte ind allerede under graviditeten. Der er besvarelser fra familiebehandlere på 109 af børnene, hvilket vil sige en besvarelsesprocent på 85. Dette er en høj svarprocent, så den følgende karakteristik bygger på de fleste 0-4-årige, der er indskrevet i de udvalgte forebyggende foranstaltninger. Svarprocenten for sagsbehandlere ligger til gengæld på 29 pct. Dette kan skyldes, at sagsbehandlere har haft svært ved at se, hvorfor og hvordan de skal udfylde et spørgeskema omkring børnene, hvis de stort set ikke har set barnet. I disse tilfælde er det oftest forhold hos forældrene, der har udløst visitationen til familiebehandlingen. Dette bygger dog på gisninger ud fra de få tilbagemeldinger, vi har modtaget, og årsagerne kan derfor være nogle helt andre.

SAMARBEJDE OG DOKUMENTATION

Samarbejde imellem sagsbehandler, behandler og ikke mindst familien fremhæves ofte i forskningen som en vigtig del af det forebyggende arbejde. Udarbejdelsen af en handleplan er et led i dette samarbejde. Analysen af de første spørgeskemaer viser, at 77 pct. af familiebehandlere

svarer, at de ikke har set en handleplan. I de tilfælde, hvor familiebehandleren har modtaget en handleplan fra sagsbehandleren svarer familiebehandleren, at den i høj grad er anvendelig i forhold til tilrettelæggelsen af arbejdet med familien.

Endvidere fremgår det, at der i 60 pct. af tilfældene er lavet en samarbejdsaftale med familien om indholdet af foranstaltningen. Det er i høj grad Faxe 'Familieterapi', Århus 'Vuggestedet' og Thisted 'Familien i vækst', der laver samarbejdsaftaler med familierne. I Hillerød 'Fødselspædbarn-samarbejdet' og Helsingør 'Det lille Familiehus' er der lavet samarbejdsaftaler på en tredjedel af familierne.

FAMILIERNE I DE FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER

Når vi taler om foranstaltninger tilrettelagt som familiebehandlingstilbud, er det relevant at se nærmere på, hvad der karakteriserer familierne tilknyttet de forebyggende foranstaltninger. Denne karakteristik af familierne indeholder de almindelige oplysninger om familier som familiestruktur, etnicitet, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning.

TABEL 9.4

Familiestrukturen i de 0-4-åriges familier. Procent.

| | Mor | Far |
|--------------------------|-----|-----|
| Forældrene bor sammen | 61 | 61 |
| Bor med ny samlever | 5 | 4 |
| Bor alene | 33 | 6 |
| Samlivsstatus vides ikke | 1 | 28 |
| Antal observationer | 109 | 109 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Tabel 9.4 viser, at knap to tredjedele af alle forældre bor sammen, mens en tredjedel af mødrene bor alene. Når vi sammenligner familiestrukturen for familierne tilknyttet de udvalgte foranstaltninger med familiestrukturen blandt danske familier generelt som præsenteret i figur 8.2 i nøgletalsanalysen, ses det imidlertid, at en højere andel af mødrene tilknyttet foranstaltningerne er enlige mødre. Samtidig bor 87 pct. af danske børn hos deres mor og far, mens dette gør sig gældende for 61 pct. af børnene i alderen 0-4 år tilknyttet de forebyggende foranstaltninger.

Det fremgår endvidere, at faderens samlivsstatus ikke kendes af familiebehandleren for 28 pct. af børnene. Dette kan hænge sammen med antallet af alenemødre, da mange af sagerne derved kommer til at omhandle mor og barn. En anden mulighed er, at mange forbyggende foranstaltninger fokuserer på mor-barn-relationen, hvorved sagsbehandlere og behandler ikke ved særlig meget om faderen.

Dette mønster går igen ved spørgsmålet om uddannelse, hvor uddannelsesniveaut ikke kendes for 41 pct. af fædrene. I forhold til uddannelsesniveau blandt fædrene er en erhvervsfaglig uddannelse den største kendte andel med 26 pct. Blandt mødrene har den største gruppe mødre udelukkende folkeskolens afgangsprøve, 30 pct.

TABEL 9.5

Forældrenes uddannelsesniveau. Procent.

| | Mor | Far |
|------------------------------|-----|-----|
| Ingen skolegang | 3 | 1 |
| Folkeskole uden afgangsprøve | 7 | 2 |
| Folkeskolens afgangsprøve | 30 | 9 |
| Ungdomsuddannelse | 7 | 3 |
| Erhvervsfaglig uddannelse | 19 | 26 |
| Videregående uddannelse | 19 | 15 |
| Andet | 2 | 4 |
| Ved ikke | 13 | 41 |
| Antal observationer | 108 | 108 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Af nøgletallene fra delrapport 1 fremgår det, at andelen af 25-64-årige i Danmark, der ikke har en erhvervsuddannelse, ligger på 33 pct. i 2008 (Danmarks Statistik, Statistikbanken). Forældrene tilknyttet de udvalgte foranstaltninger med fokus på 0-4-årige adskiller sig med andre ord ikke meget fra den danske befolkning generelt, når det kommer til uddannelsesniveau.

Der er 37 pct. af mødrene, og 55 pct. af fædrene, der arbejder fuldtid eller deltid, jf. tabel 9.6. Der er altså betydeligt flere fædre end mødre, der er i arbejde. Dette afspejler sig også ved, at andelen af mødre, der modtager kontanthjælp, er hjemmegående eller på førtidspension, er væsentlig højere end hos fædrene. Blandt mødrene er henholdsvis 34 pct. på kontanthjælp mod 16 pct. af fædrene. Endvidere er 3 pct. af mødrene hjemmegående, og 3 pct. er på førtidspension.

TABEL 9.6

Forældrenes arbejdsmarkedsstatus. Procent.

| | Mor | Far |
|---|-----|-----|
| Arbejder (fuldtid eller deltid) | 37 | 55 |
| Modtager arbejdsløshedsdagpenge | 5 | 2 |
| Modtager kontanthjælp/fleksjob/revalidering | 34 | 16 |
| Under uddannelse | 12 | 7 |
| Hjemmegående | 3 | 1 |
| Førtidspension | 3 | 1 |
| Er død | 1 | 1 |
| Ved ikke, hvad personen laver | 6 | 17 |
| Antal observationer | 109 | 107 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Der er en høj andel af forældrene, som er tilknyttet de forebyggende foranstaltninger med fokus på 0-4-årige, som modtager kontanthjælp, er i fleksjob eller modtager revalidering, set i forhold til den danske befolkning generelt. Til sammenligning var det kun 2,4 pct. af de 16-64-årige i arbejdsstyrken, der pr. april 2010 modtog kontanthjælp (Danmarks Statistik, Statistikbanken). Derfor er mødrene til de 0-4-årige, som er tilknyttet de forebyggende foranstaltninger, overrepræsenterede i forhold til den danske befolkning som helhed. Der er som ved de andre karakteristika en forholdsvis stor andel af de 0-4-årige børn, hvor behandleren ikke har oplysninger om fædrenes arbejdsmarkedsstatus.

Når vi ser på etnisk oprindelse blandt de familier og børn, som er tilknyttet de forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige, fremgår det af tabel 9.7, at langt de fleste familier er etnisk danske. Der findes ingen sammenligningsgrundlag, da der ikke findes officielle danske statistikker for forældres nationalitet.

TABEL 9.7

Forældrenes nationalitet. Procent.

| | Andel |
|---|-------|
| Begge forældre er etnisk danske | 78 |
| Begge forældre kommer fra ikke-vestlige lande | 9 |
| Dansk mor, ikke-dansk far | 7 |
| Ikke-dansk mor, dansk far | 7 |
| Antal observationer | 104 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren.

Det billede, der tegner sig af familierne til de 0-4-årige i de udvalgte forebyggende foranstaltninger, er, at der er færre samlevende forældre set i forhold til den danske befolkning generelt. Dette kommer også til udtryk ved, at der mangler oplysninger om en forholdsvis stor andel af fædrene. Dette kan enten skyldes, at fædrene ikke indgår aktivt i foranstaltningsforløbet, men det kan også skyldes, at en andel fædre ikke er til stede i børnenes liv. Herudover fremgår det, at det ofte er etnisk danske familier. Mødrene er forholdsvis ofte uden arbejde, men der er imidlertid også en stor andel, som er i arbejde eller under uddannelse.

RELATIONER

Både af vidensopsamlingen (kapitel 2) og gennemgangen af foranstaltningerne (kapitel 3-7) fremgår det, at relationen mellem forældre og barn er yderst vigtig i det forebyggende arbejde. Behandleren har vurderet barnets relation til familiens medlemmer på en skala fra 0-10, hvor 0 er 'Ingen relation' og 10 er 'Meget tæt relation'. Af svarene, som ses i tabel 9.8, fremgår det, at hovedparten af børnene har en tæt eller meget tæt relation til deres mor. Når vi ser på barnets relation til faderen, gør det sig imidlertid kun gældende for 56 pct., at der er en tæt eller meget tæt relation.

TABEL 9.8

Behandlerens vurdering af barnets relation til sine forældre og søskende. Procent.

| | Mor | Far | Søskende |
|---|-----|-----|----------|
| Ingen eller næsten ingen relation (0-3) | 12 | 15 | 9 |
| Middel relation (4-6) | 14 | 30 | 35 |
| Tæt eller meget tæt relation (7-10) | 75 | 55 | 56 |
| Antal observationer | 95 | 74 | 34 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Dette kan skyldes, at barnet stadig er spædt og derfor har en stærkere tilknytning til moderen. Relationen til faderen kan følgelig vokse, jo ældre barnet bliver. At der i forholdsvis mange tilfælde synes at være en manglende relation mellem far og barn kan imidlertid også skyldes, at der i besvarelserne også indgår de fædre, hvor samlivsstatus og uddannelse ikke er oplyst. En manglende relation er imidlertid ikke ensbetydende

med, at vedkommende ikke fysisk er til stede i barnets liv. Relationen kan blot være af en karakter, hvor der ikke er interesse for hinandens tilstedeværelse.

Relationen mellem barnet og søskende er svær at tolke, da denne blandt andet afhænger af alderen både på barnet og på søskende. Samtidig er der kun en lille andel af de 0-4-årige, der har søskende, hvilket begrænser datagrundlaget betydeligt. Det gælder imidlertid, at der er en mindre andel af børnene, der ingen eller næsten ingen relation har til søskende, end det var tilfældet i forhold til børnenes relation til forældrene. Behandlerne angiver, at 9 pct. befinder sig i denne kategori.

Der er også spurgt til forældres og søskendes indflydelse på barnet. Én ting er, at en person har en relation med et barn, men dette siger ikke, om personens indflydelse på barnet er positiv eller negativ. Svarene på spørgsmålet omkring personens indflydelse på barnet følger for størstedelens vedkommende de svar, der er givet omkring barnets relation til personen. Der er dog en tendens til, at scoringerne for indflydelsen ligger lidt lavere end relationen.

TABEL 9.9

Behandlerens vurdering af forældres og søskendes indflydelse på barnet. Procent.

| | Mor | Far | Søskende |
|--|-----|-----|----------|
| Negativ eller meget negativ indflydelse (0-3) | 11 | 12 | 12 |
| Middel indflydelse (4-6) | 25 | 33 | 30 |
| Positiv eller meget positiv indflydelse (7-10) | 65 | 55 | 58 |
| Antal observationer | 94 | 73 | 33 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

I vidensopsamlingen (kapitel 2) fremgår det, at mange programmer anvender netværk som en del af indsatsen, fordi familierne ofte er socialt marginaliserede. Besvarelsene i forhold til familiernes netværk viser, tabel 9.10, at mere end tre ud af fire af familierne har en form for netværk med den øvrige familie. Lidt mere end en fjerdedel har imidlertid ikke et netværk med den øvrige familie. Netværket bestående af venner, naboer og bekendte virker begrænset for mange af familierne, da kun lidt over halvdelen af familierne har en middel eller stærk relation til venner, naboer og bekendte. Dette understøtter resultaterne fra forskningen og erfaringerne fra foranstaltningerne og understreger netværket som et vigtigt element i de forebyggende foranstaltninger. Samtidig betyder det

for barnet, at det ikke i forældrenes netværk kan finde alternative omsorgspersoner i de tilfælde, hvor der er behov for det.

TABEL 9.10

Behandlerens vurdering af familiens netværk udadtil. Procent.

| | Den øvrige familie | Venner, naboer og bekendte |
|---------------------------------|--------------------|----------------------------|
| Intet eller svagt netværk (0-3) | 27 | 43 |
| Middel netværk (4-6) | 31 | 37 |
| Stærkt netværk (7-10) | 42 | 20 |
| Antal observationer | 104 | 100 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

TABEL OVER BARNETS UDVIKLING

Et centralt omdrejningspunkt i de forebyggende foranstaltninger er børns og unges udvikling og trivsel, for at sikre, at barnet eller den unge har samme muligheder som jævnaldrende. I forhold til de 0-4-årige børn er udviklingen og trivslen ligeledes central, da det er i disse år, at grundstenene for barnets videre udvikling og liv tilrettelægges. Det har derfor også været vigtigt under dataindsamlingen at tegne et billede af barnets udvikling. Tabel 9.11 viser behandlerens vurdering af barnets fysiske og psykiske helbred samt barnets nonverbale og verbale kommunikation.

TABEL 9.11

Behandlerens vurdering af barnets udvikling ved foranstaltningens start. Procent.

| | Fysisk helbred | Psykisk helbred | Nonverbal kommunikation | Verbal kommunikation |
|------------------------------|-------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------|
| Meget dårlig udvikling (0-3) | 16 | 23 | 17 | 17 |
| Normal udvikling (4-6) | 55 | 53 | 53 | 61 |
| Meget god udvikling (7-10) | 29 | 24 | 30 | 23 |
| Antal observationer | 94 | 95 | 88 | 84 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Det fremgår, at langt de fleste børn befinder sig i normalområdet hvad angår udvikling i forhold til helbred og kommunikation. Psykisk helbred er dér, hvor den største andel af børnene i de udvalgte foranstaltninger for 0-4-årige vurderes som værende meget dårlige (23 pct.). I forhold til de tre andre dimensioner af udvikling for det enkelte barn; fysisk hel-

bred, nonverbal kommunikation og verbal kommunikation, er der imidlertid stadig 16-17 pct. af de 0-4-årige børn, som vurderes til at være på et meget dårligt udviklingsniveau.

Et vigtigt punkt i forhold til barnets udvikling er herudover at se på, hvor nysgerrigt og ivrigt efter at udforske et barn er. Nysgerrighed og ivrighed efter at opleve omverdenen kan blandt andet ses som udtryk for, at barnet oplever en sikker base – et trygt forhold til forældre og omsorgspersoner – som gør, at barnet er trygt ved at være åbent i forhold til omverdenen.

TABEL 9.12

Behandlerens vurdering af, hvor nysgerrigt og ivrigt barnet er efter at udforske. Procent.

| | Andel |
|---------------------------|-------|
| Slet ikke nysgerrig (0-3) | 12 |
| Nysgerrig (4-6) | 57 |
| Meget nysgerrig (7-10) | 31 |
| Antal observationer | 87 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

Det fremgår, at en stor del af børnene er nysgerrige eller meget nysgerrige. Dog er der 12 pct. af børnene i de forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige, som synes i en eller anden form at have lukket af for omverdenen.

I den forbindelse er det interessant at se nærmere på, hvordan behandlerne vurderer den fundamentale fysiske og psykiske omsorg i familien. Her viser tabel 9.13, at der er væsentlig bedre og mere fysisk pleje og omsorg, end der er psykisk. Det kan skyldes, at det er nemmere for forældrene at identificere disse behov frem for de psykiske. Samtidig skal det nævnes, at behandlerne også har nemmest ved at registrere, om netop disse behov bliver opfyldt, idet det er behov, som i højere grad kan 'måles og vejes' sammenlignet med psykiske behov.

Den gode fysiske pleje afspejles desuden i vurderingen af, om barnet er rent og soigneret. Her angiver behandlerne, at 76 pct. i meget høj grad er ren og soigneret, og 18 pct. placeres i kategorien middel, tabel 9.14.

TABEL 9.13

Behandlerens vurdering af pleje og omsorg for barnet. Procent.

| | Fysisk pleje og omsorg | Psykisk pleje og omsorg |
|------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Ingen pleje og omsorg (0-3) | 10 | 14 |
| Middel (4-6) | 22 | 37 |
| Megen pleje og omsorg (7-10) | 68 | 49 |
| Antal observationer | 107 | 107 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren

TABEL 9.14

Behandlerens vurdering af forældrenes hygiejne vedrørende barnet. Procent.

| | Andel |
|---|-------|
| Slet ikke rent og soigneret (0-3) | 6 |
| Middel (4-6) | 18 |
| I meget høj grad rent og soigneret (7-10) | 76 |
| Antal observationer | 95 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren.

Samlet tegner der sig således et billede af, at hovedparten af de 0-4-årige modtager omsorg og pleje i en eller anden grad. Dog fremgår det også, at der er en mindre del af børnene, som synes at modtage begrænset omsorg og pleje af den ene eller anden slags – og ofte på flere områder. Data viser tendens til, at hvis barnet scorer dårligt på én parameter, så er der stor sandsynlighed for, at det også scorer dårligt på flere af de andre parametre, når det gælder omsorg, pleje, helbred og udvikling.

TABEL 9.15

Behandlerens vurdering af strukturen i hverdagen omkring barnet. Procent.

| | Andel |
|-----------------------|-------|
| Ingen struktur (0-3) | 8 |
| Nogen struktur (4-6) | 39 |
| Megen struktur (7-10) | 53 |
| Antal observationer | 96 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren.

Det er vigtigt, at forældrene indtager en tydelig forælderrolle og giver barnet struktur i hverdagen. Den tydelige forælderrolle og struktur i hverdagen giver barnet en tryghed og en sikker base i sit liv samt klare retningslinjer at handle ud fra. Ud fra behandlerens svar fremgår det, at

henholdsvis 53 pct. af familierne har meget, og 39 pct. af familierne har nogen struktur på deres hverdag.

Barnet udvikler selvet gennem subjektive erfaringer og forskellige oplevelser af interpersonelle sammenhænge (Stern, 1991). Gentagne erfaringer får barnet til at udvikle en hensigtsmæssig eller uhensigtsmæssig adfærd og følelser, som er grundlæggende for selvets udvikling. Til spørgsmålet om, hvorvidt de 0-4-årige børn i denne undersøgelse har en uhensigtsmæssig adfærd, er svarene overvejende positive. Det skal dog bemærkes, at der er flere, der har en indadreagerende adfærd. Indadreagerende adfærd er sværere at måle end udadreagerende adfærd, da adfærden ofte kan være 'gemt' for omverdenen. Det kan eksempelvis være i tilfælde, hvor børn lukker sig inde i sig selv eller får anden form for selvdestruktiv adfærd. Undersøgelser har vist, at indadreagerende adfærd særligt ses hos piger, mens drenge i højere grad har en udadreagerende og voldsom reaktion på problematiske forhold i deres liv (Se eksempelvis Datta Gupta, Deding & Lausten, 2010; Mattsson, Hestbæk & Andersen, 2008). Der er imidlertid ingen synlige kønsforskelle i småbørns adfærd. Derfor er tabel 9.16 ikke opdelt på køn.

TABEL 9.16

Behandlerens vurdering af barnets uhensigtsmæssige adfærd. Procent.

| | Udadreagerende adfærd | Indadreagerende adfærd |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Ingen uhensigtsmæssig adfærd (0-3) | 83 | 72 |
| Moderat uhensigtsmæssig adfærd (4-6) | 9 | 18 |
| Meget uhensigtsmæssig adfærd (7-10) | 8 | 10 |
| Antal observationer | 88 | 89 |

Kilde: Spørgeskema til behandleren.

Der er en mindre gruppe af børnene i alderen 0-4 år, som har en uhensigtsmæssig adfærd enten i form af at være udadreagerende eller ved at være indadreagerende. Herudover befinder en del sig i midterkategorien, og det formodes, at det særligt er denne gruppe, som man i de forebyggende foranstaltninger skal være opmærksom på ikke udvikler uhensigtsmæssig adfærd.

Forskningen viser også, at ophobning af problemer i familien, selvom det ikke har direkte tilknytning til børnene, forøger risikoen for en negativ udvikling for barnet (Sundell et al., 2007). Derfor er der i

spørgeskemaerne til behandlerne spurgt til deres vurdering af, hvilke problemer der findes i familien på nuværende tidspunkt.

TABEL 9.17

Behandlerens vurdering af problemer i familien. Procent.

| | Andel familier, der har følgende problemer |
|---|--|
| Ingen særlige problemer | 10 |
| Et fysisk handicap eller langvarig sygdom | 12 |
| Psykisk handicappet/udviklingshæmmet | 3 |
| Psykiske problemer | 51 |
| Problemer med alkohol | 4 |
| Problemer med stoffer | 4 |
| Anden afhængighed, eksempelvis ludomani | 1 |
| Kriminalitet/fængsel | 0 |
| Vold mellem ægtefæller | 2 |
| Vold mod børn | 0 |
| Seksuelle krænkelse af børn | 1 |
| Omsorgssvigt over for børn | 6 |
| Dødsfald, tab eller krise | 6 |
| Store økonomiske problemer | 15 |
| Langvarig arbejdsløshed | 11 |
| Andet | 37 |
| Antal observationer | 109 |

Anm.: Den enkelte familie kan være karakteriseret ved flere problemer. Derfor summer tallene ikke til 100 pct.

Kilde: Spørgeskema til behandleren.

Halvdelen af mødrene vurderes af behandlerne til at lide af psykiske problemer. Dette er naturligvis et vigtigt punkt at være opmærksom på, da det kan have stor betydning for barnets trivsel og udvikling. Når mødrene er psykisk ustabile, lever barnet formodentlig i en hverdag med en højere grad af usikkerhed sammenlignet med danske børn generelt. Som det blev fremhævet under vidensopsamlingen, kan moderen antageligt også have svært ved at tage vare på barnets problemer før, at hun har fået taget vare på sine egne.

Kategorien 'Andet' indeholder mange forskellige problemstillinger. Det er blandt andet meget unge forældre, hvor de virker umodne og ikke klar til at varetage forældrerollen. Andre forældre har selv oplevet vold eller seksuelle overgreb i barndommen, og det vurderes derfor, at der er behov for ekstra støtte og vejledning til familien.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER FRA DATAINDSAMLINGEN

Status for effektevalueringen fremhæver en række forhold, som er vigtige opmærksomhedspunkter i forhold til det forebyggende arbejde med børn i denne aldersgruppe. Vi vil her lave en opsamling af disse opmærksomhedspunkter, der bygger på Business Excellence-modellen.

I forhold til målgruppe, formål og indhold fremgår det, at der i de forebyggende foranstaltninger for 0-4-årige er vigtige problematikker at arbejde med. Samtidig er det netop disse forhold, som de forebyggende foranstaltninger er orienterede imod. Det er derfor ikke tilfældigt, at vi ser familier med disse problemprofiler indskrevet i foranstaltningerne. Det interessante er over projektperioden at følge udviklingen hos familierne under foranstaltningsforløbet. Der er en lille del af familierne (og de øvrige børn i undersøgelsen), hvor behandleren ikke mener, at familien/barnet passer ind i den foranstaltning, familien/barnet er tilknyttet. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at vurdere, om det skyldes reel fejlplacering, eller om der ligger andre årsager bag.

Kapitlet tegner et billede af de småbørn og familier, der er i de udvalgte forebyggende foranstaltninger. Besvarelsene viser, at størstedelen af børnene får en god pleje og omsorg af forældrene, samt at der er meget struktur i deres hverdag. Derudover har en stor del af børnene ingen u hensigtsmæssig adfærd på nuværende tidspunkt. Dog svarer familiebehandlere, at over 10 pct. af såvel mødre, fædre og søskende vurderes til at have en negativ eller meget negativ indflydelse på barnet. Relationen mellem forældre og barn samt denne negative påvirkning er interessant, da foranstaltningernes mål er at arbejde med dette og forbedre forældre-barn-relationerne. Endvidere er det interessant at se udviklingen i disse forhold i før- og eftermålingerne, da det er områder, som forskningen udpeger som centrale for praksis.

Med hensyn til samarbejde med andre, så fremgår det af familiebehandlernes besvarelser, at familierne slås med mange forskellige typer af problemer. Der findes fx psykiske problemer i ca. halvdelen af de familier, der er besvarelser for, mens tallet for fysisk handicap eller langvarig sygdom er 12 pct. De nævnte problemer kan være en af årsagerne til, at der i nogle familier er et stort behov for at forbedre relationen mellem forældrene og barnet. Den manglende relation mellem barn og forældre i nogle af familierne kan derfor meget vel være årsag til, at de er visiteret til foranstaltningen, og det er derfor ingen overraskelse, at vi

finder de resultater. Dette kan tyde på, at familierne vil have stor gavn af, at familiebehandlerne samarbejder med andre faggrupper for at kunne komme hele vejen rundt om at afhjælpe familiens problemer.

Såvel i forskning som i de udvalgte forebyggende foranstaltninger er der stor opmærksomhed på betydningen af netværk som metode. Det fremgår af resultaterne fra den foreløbige dataindsamling, at flere af familierne har et behov for at få deres netværk etableret eller styrket – både netværk bestående af familie men især også netværket af venner, naboer og bekendte. Det har ligeledes betydning for familiens netværk, at tilknytningen til arbejdsmarkedet for manges vedkommende er ustabil eller manglende.

OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER I FOREBYGGENDE ARBEJDE MED 0-4-ÅRIGE

PRÆSENTATION AF SAMMENFATNINGEN

Dette kapitel er en sammenfatning af den samlede viden på tværs af kapitlerne om forebyggende arbejde med børn i alderen 0-4 år og deres forældre. Kapitlet kan således anvendes af fx kommuner som et idékatalog med punkter, som er gode at være opmærksom på ved opbygningen af forebyggende foranstaltninger rettet mod småbørn. Opmærksomhedspunkterne bygger på den viden, der er genereret i de øvrige kapitler og derfor også på en række af forskellige metodetilgange. Der inkluderes viden opnået gennem praksiserfaringer i forebyggende foranstaltninger, såvel som viden opnået via en gennemgang af forskningen på området, en nøgletalsanalyse af relevante data for de danske kommuner samt de foreløbige fund fra indskrivningsspørgeskemaerne udfyldt i foranstaltningerne.

Det er vigtigt at nævne, at dette kapitel er et idékatalog baseret på praksis. Således indgår erfaringerne fra de deltagende foranstaltninger, der har 0-4-årige som målgruppe, men erfaringerne er endnu ikke blevet evalueret – i hvert fald ikke som en del af dette projekt. De fem deltagende foranstaltninger fremhæver imidlertid mange gode eksempler på praksisser, som kan afprøves i andre kommuner. Der er tale om afprøvede praksisser, som de professionelle i foranstaltningerne oplever, har

en positiv virkning i forhold til gravide og familier med børn i alderen 0-4 år. Ved projektafslutningen bliver der udgivet en rapport, hvor de samlede resultater fra effektevalueringen for alle aldersgrupper udgives og sammenholdes med opmærksomhedspunkterne fra de enkelte delrapporter.

Strukturen i kapitlet er inspireret af Business Excellence-modellen og er opdelt under *indsatsen* (foranstaltningen) med underoverskrifterne: 1. Målgruppe, formål og indhold, 2. Henvi- sning og visitering, 3. Metoder, 4. Medarbejdere og faglighed, 5. Organisering og ledelse, 6. Samarbejde med andre, og en beskrivelse af *resultater* under overskriften 7. Dokumentation og resultater.

MÅLGRUPPE, FORMÅL OG INDHOLD

Den foreliggende delrapport 2 er tematiseret omkring forebyggende foranstaltninger med 0-4-årige som målgruppe. De foranstaltninger, som er præsenteret i delrapporten, har følgelig denne målgruppe – og så alligevel ikke helt. For det første er det tydeligt, at der som sådan ikke i praksis er en målgruppe centreret omkring 0-4-årige. Projekternes målgrupper er i højere grad centreret omkring familier med småbørn. Herudover inkluderer flere af de fem foranstaltninger også gravide kvinder i deres målgruppe for herved at få lagt indsatsen så tidligt som muligt. Faxe Familiecenter har en endnu bredere målgruppe og dækker således 0-18-årige samt deres forældre, mens Helsingørs Flerfamiliearbejde har 0-6-årige som målgruppe. Familien i vækst i Thisted har afgrænset målgruppen til gravide og småbørnsfamilier med børn under 1 år.

Samtidig fremgår det gennem såvel vidensopsamlingen som gennem nøgletalsanalysen, at det er vigtigt at være opmærksom på, at selvom målgruppen er socialt udsatte familier med 0-4-årige børn, så er der geografisk betingede forskelle i social baggrund for denne gruppe. Man kan derfor ikke overføre en beskrevet målgruppe fra en kommune til en anden uden at have undersøgt, hvad der karakteriserer den udsatte gruppe af småbørnsfamilier i den pågældende kommune – og herigen- nem fastlægge den enkelte kommunes udfordringer.

Når der arbejdes med familiebehandling, er det centralt at holde definitionen af familien for øje. Nøgletallene har vist, at størstedelen af de 0-4-årige børn i Danmark bor sammen med både mor og far. Det er

derfor vigtigt at tænke hele familien ind som målgruppe. Forskningen peger på, at der især bør komme større fokus på en inklusion af fædre i de familierettede projekter. Dette vil være en udfordring for mange foranstaltninger, da det i praksis har vist sig at være svært at etablere en blivende kontakt til og mellem fædre.

Foranstaltningernes formål er hovedsageligt at understøtte den enkelte familie i dens bestræbelser på at klare egne problemer med henblik på, at barnet trives i sin familie og i dagsinstitutionen. Dette gøres på flere forskellige måder, beskrevet under de enkelte foranstaltninger, men alle foranstaltninger arbejder meget med forældre-barn-relationen og den positive, stabile og trygge tilknytning i familien.

Forskningen viser, at det er afgørende for effekten af en forebyggende foranstaltning, at en forstyrret relation mellem mor og barn opdages inden for barnets første leveår. En lille del af de 0-4-årige børn i vores undersøgelse (knap 10 pct.) betegnes allerede som 'meget dårlige' i forhold til fysisk og psykisk helbred, evne til at kommunikere, manglende pleje og omsorg, og der er ikke struktur på hverdagen omkring dem. Dette understreger, at den tidlige indsats er central, da en gruppe af småbørn allerede tidligt i deres liv mistrives og er udsat for meget store belastninger.

I forhold til indhold er der mange lighedspunkter imellem foranstaltningernes forudsætninger for positive erfaringer. For det første skal et behandlingsforløb være tilpasset familierne og deres individuelle situation og behov. For det andet fremhæves det i alle foranstaltningerne, at det er vigtigt at have fokus på relationerne i familien for at skabe gode resultater på sigt. For det tredje drager foranstaltningerne nytte af metodekombinationer. Blandt andet er kombinationen af samtale-terapeutiske metoder og aktivitetsprægede indsatser ofte en fordel. Det er foranstaltningernes erfaring, at den psykodynamiske referenceramme (hvor der er fokus på relationen mellem barn og forældre) og den anerkendende og ressourcefokuserede tilgang til familierne er god, når fokus er på de 0-4-årige. Den anerkendende tilgang og sprogbrug i forhold til familierne tilstræber en ligeværdig kommunikation mellem behandleren og den enkelte familie. For det fjerde er det af stor betydning, at forældrene inddrages i beslutninger, der vedrører dem selv, og at de løbende orienteres under foranstaltningsforløbet, således at de føler sig inkluderet i processen. For det femte er det foranstaltningernes erfaring, at det kan gøre en positiv forskel hos den gravide/familierne, hvis de har en fleksi-

bel adgang til foranstaltningens personale. Det giver familierne en tryk-
hed i hverdagen at vide, at de kan komme i kontakt med behandlerne,
hvis de har behov for det.

Mange af de opmærksomhedspunkter, der fremhæves fra foran-
staltningerne, findes ligeledes i forskningen. Overordnet peger både en-
gelsk og amerikansk forskning på, at de mest succesfulde programmer
bygger videre på familiens styrker og undervejs indarbejder de færdighe-
der, der bedst opfylder familiens behov. Derudover anbefales følgende:

- Korte og intense forløb
- Forældre-barn-relation som omdrejningspunktet i behandlingen
- Øget viden hos forældrene om børns fysiske og følelsesmæssige udvikling
- Forældrene skal blive mindre autoritære i deres opdragelses-attitude
- Forældrene skal blive mere ansvarlige beslutningstagere
- Forældrene skal have større tillid til deres egne evner som forældre.

HENVISNING OG VISITERING

Da alle fem beskrevne foranstaltninger er iværksat efter servicelovens § 52, stk. 3, gælder det, at der forud for visiteringen til den enkelte foranstaltning er udarbejdet en undersøgelse af barnets forhold efter service-
lovens § 50, udarbejdet en handleplan efter servicelovens § 140 samt truffet afgørelse om foranstaltning.

I forhold til henvisning og visitering er det et fællestræk for de beskrevne foranstaltninger, at man har gjort visiteringen fleksibel, så den eksempelvis både kan ske fra socialforvaltning, sundhedsplejerske, dag-
plejer/pædagog mv. Hermed sikres en hurtig og rettidig indsats. Henvisningsformen bruges i forhold til gravide og sårbare familier med børn op til et år. § 50-undersøgelse og handleplan udarbejdes, inden behandlingen iværksættes. I de tilfælde, hvor der er behov for en akut indsats, udarbejdes undersøgelse og handleplan sideløbende med, at behandlingen iværksættes.

I forhold til opstarten af behandlingsforløbet, fremhæves det videre, at det er vigtigt, at forløbet starter op hurtigt efter henvisningen, især hvis der er tale om presserende og alvorlige problemer i familierne. For familier, hvor problemerne ikke er *meget* presserende, er erfaringen,

at de med fordel kan benytte kommunens Åben Anonym Rådgivning, så familierne kommer i gang med anden behandling, mens de står på venteliste til selve foranstaltningen. Denne praksis fungerer især fint de steder, hvor der som del af foranstaltningen eller i tilknytningen til foranstaltningen er en Åben Anonym Rådgivning. Den åbne anonyme rådgivning fungerer hermed som filter ind i systemet.

Et godt samarbejde med sundhedsplejersker og jordemødre sikrer en tidlig opsporing og tidlig indsats, eksempelvis allerede når moderen er gravid eller inden for de første måneder af barnets liv. Samtidig sikres det, at der ikke efterfølgende skal foretages diverse reguleringer, når barnet er kommet til verden, hvis moderen kommer i kontakt med foranstaltningen allerede under graviditeten. Forskningen peger på, at inddragelse af fagpersoner, der har en anden måde at vurdere børnene på, end familien har, kan styrke opsporingen således, at foranstaltningen kan få kontakt til familierne tidligere. Et centralt sted at sætte ind med opsporingen af børnene er daginstitutioner, da hovedparten af de danske børn er tilknyttet daginstitutioner. Såvel danske som udenlandske studier peger på fordele ved at inkludere daginstitutioner i det forebyggende arbejde gennem eksempelvis pædagogers efteruddannelse med fokus på arbejdet med socialt udsatte børn, eller ved placering af kommunale sagsbehandlere i dagtilbuddene.

Endelig peger forskningen på, at familiernes egen motivation er væsentlig for, at foranstaltningsforløbet får positive resultater. Der bør følgelig fokuseres på, hvorledes familier rekrutteres, og hvorledes de motiveres til at deltage. Det er vigtigt, at familierne oplever, at de er informerede om foranstaltningens formål, varighed og indhold allerede ved henvisningen til en foranstaltning.

METODER

Der fremdrages en række opmærksomhedspunkter, når det handler om metoderne i det forebyggende arbejde med 0-4-årige og deres forældre. Overordnet set er det for det første vigtigt med en høj grad af forældreinvolvering. Når familierne er motiverede til at deltage, er det vigtigt at holde fast i denne motivation ved, at familierne eksempelvis sætter delmål for, hvad de gerne vil arbejde med i foranstaltningen, eller at der underskrives samarbejdsaftaler omkring indholdet af foranstaltningen.

Herudover sikres forældreinvolveringen ved, at de eksempelvis skal lave hjemmeopgaver. Hjemmeopgaver til forældrene kan endvidere bidrage til, at læringen fra behandlingen i foranstaltningen tages med hjem. Hjemmeopgaver kan blandt andet være, at forældrene skal øve sig i at tale på en bestemt måde til deres barn eller til hinanden, at de skal lægge barnet til at sove på en bestemt måde, eller at de i et skema skal registrere barnets søvnmønster. Nogle behandlere har gode erfaringer med at tildele forældre små gule huskesedler til at sætte på fx køleskabet, hvor der står ting, som familien skal arbejde med. Den høje grad af forældreinvolvering øger sandsynligheden for, at familien forbliver i foranstaltningen og opnår mange af de ønskede resultater. Samtidig peger forskning på, at en højere grad af inddragelse af barnet og familien medvirker til bedre og længerevarende resultater (McAuley et al., 2006; Servicestyrelsen, 2006a).

Det fremhæves desuden i forskningen, at der især bør fokuseres på involveringen af fædre, da det særligt er her, at der er store frafald – hvis de overhovedet indgår i foranstaltningen til at starte med. En måde at sætte særlig fokus på fædre er gennem fædregrupper, hvor fædre deltager med deres børn (uden mødre), og hvor der arbejdes særligt med relationen mellem barn og far. Erfaringen fra foranstaltningerne er, at tidspunktet for fædregruppen skal ligge efter arbejdstid eller sent på eftermiddagen, så det ikke berører fædrenes (eventuelle) arbejde.

En metode, der gennem forskningen har vist sig effektiv, er besøg i hjemmet, både under graviditeten og i barnets første leveår, i kombination med møder/behandling i selve foranstaltningen.

Det er også vigtigt, at forældrene er udhvilede og friske, således at de kan tage imod den læring, som de modtager i foranstaltningen. Et af de punkter, der er kommet opmærksomhed på under projektførelset, når det drejer sig om familier med småbørn, er følgende at give forældrene, især mødre, lov til at sove eller hvile sig, når de møder op i foranstaltningen, hvis de er for trætte til at få et godt udbytte af behandlingen. I de tilfælde passes barnet af en af foranstaltningens behandlere.

Endelig fremhæver foranstaltningerne en række specifikke metoder, som de har positive erfaringer med i deres forebyggende arbejde.

- Videooptagelse med efterfølgende refleksion: Videooptagelse af forældre og børns interaktion, mens de er i gang med en aktivitet (eksempelvis lege med rangle eller klodser, spise mad/amme barnet eller hjælpe barnet med påklædning), kan afdække kontakt- og/eller

relationsproblemer mellem forældrene og barnet, som ellers kan være svære at opdage. Gennemsyn af videoen sammen med forældrene gør det lettere at italesætte problemerne, når forældrene selv reflekterer over det, videoen viser. Video kan med fordel bruges både i hjemmet og i foranstaltningen.

- Udarbejdelse af genogram (det vil sige et skema over familierelationer) bidrager til at afdække familiens samlede relationer, ressourcer, krav og belastninger.
- I flerfamiliemetoden (der blandt andet er inspireret af Marlborough-modellen) bringes familier sammen i en gruppe, og gennem fælles aktiviteter opfordres familierne til at give hinanden gensidig feedback. Metoden giver familierne mulighed for at overvinde social isolation, udvide sociale netværk, opleve solidaritet, og de støttes i at være eksperter i eget liv og egne problemer. Refleksion ved en familiekonsulent og optagelse af interaktionen mellem barn og forælder på video bruges ofte som en del af metoden. I forhold til særligt udsatte familier er det erfaringen, at flerfamiliemetoden bør kombineres med individuel behandling af forældrene.
- Eutoni er eksempel på en afspændingspædagogisk metode, hvor der arbejdes med naturredskaber og fokus på kropsbevidsthed med henblik på at skabe balance i kroppens spændingsbalance, og kan være en metode i forhold til forældre, som ikke kan 'mærke' sig selv og ikke er i balance med sig selv.
- Gruppebaseret babysvømning er eksempel på en aktivitet, hvor forælderen er nødt til at være i fuld kontakt med sit barn, hvormed relationen mellem forælder og barn opbygges. Babysvømning indebærer også en række koordinerings- og planlægningsmæssige øvelser for forælderen, eksempelvis at pakke taske, få sig selv og barnet klædt om, give barnet mad og lignende.
- Gruppebaserede musikaktiviteter i form af sang, dans, sanselege og motorik kan bidrage til at afdække forældrenes potentiale og øge tilknytningen mellem forælder og barn i et sensitivt rum.

MEDARBEJDERE OG FAGLIGHED

Når det kommer til medarbejdere og faglighed, fremhæves det ofte i foranstaltningerne, at det er vigtigt med en tværfaglig personalegruppe,

hvor medarbejderne har forskellige uddannelsesmæssige baggrunde. Det kan eksempelvis være pædagoger, socialrådgivere, sundhedsplejersker og psykologer. En tværfaglig personalegruppe styrker behandlingstilbuddet, da faggruppernes forskellige kompetencer og viden supplerer hinanden. Herudover er erfaringerne, at brugen af (tværfaglige) teams, hvor to og to arbejder sammen om en familie, bidrager til en helhedsorienteret indsats.

I forhold til den faglige viden fremstår det som et centralt punkt i de deltagende foranstaltninger, at der er mulighed for videreudvikling og efteruddannelse. Videreudviklingen kan ske såvel i det små ved, at der er tid til uformel faglig sparring mellem kollegaer og mellem leder og medarbejdere. Den faglige sparring kan imidlertid også ske i en mere formel og struktureret form ved eksempelvis 'stop-op-uger', hvor foranstaltningen lukkes for borgere, og hvor personalet drøfter foranstaltningens metoder og praksis. Disse uger giver mulighed for justeringer, nyudvikling og et 'fælles sprog'. Den faglige sparring kan desuden tage form af faglige temadage eller for-/eftermiddage, hvor personalet drøfter en artikel, får information om et kursus, en kollega har deltaget i, eller hvor der er besøg af en ekstern oplægsholder.

Den faglige udvikling er vigtig, idet den nye viden skabt gennem såvel de mindre aktiviteter tilknyttet foranstaltningen som gennem efteruddannelser medfører engagerede medarbejdere og et højt fagligt niveau. Samtidig sikres det, at foranstaltningens egen praksis løbende tilpasses, videreudvikles og justeres til fordel for målgruppen.

Endelig fremhæves det, at ekstern supervision udvikler medarbejdernes kompetencer og bidrager til at fastholde fokus på metoder og anden praksis. Supervisionen kan være sagsrelateret, personrelateret eller være i forhold til det tværfaglige arbejde.

ORGANISERING OG LEDELSE

Når foranstaltningerne fremhæver positive opmærksomhedspunkter vedrørende organisering og ledelse, fremstår det klart, at ledelsen ifølge de professionelle skal være en tydelig ledelse, som samtidig giver rum og lytter til sine medarbejdere. Ledelsen skal være fagligt stærk og have mange års erfaring med udsatte børn og unge, idet det sikrer en høj faglig kvalitet i foranstaltningerne.

Endvidere er det vigtigt, at ledelsen er åben for udvikling og får styrket sine faglige kompetencer gennem løbende efteruddannelse (eksempelvis gennem masteruddannelse), og at der ligeledes sker en udvikling af de ledelsesmæssige kompetencer (eksempelvis gennem lederuddannelse eller ved deltagelse i ledernetværk). Dette er med til at sikre engagerede ledere, som 'brænder' for deres arbejde, 'deres' foranstaltning og medarbejdere. Samtidig er det medvirkende til, at lederne fremstår som synlige og dygtige ledere, som medarbejderne har tillid til, hvilket medfører større medarbejdertilfredshed.

Endelig er det vigtigt med selvbestemmelse og metodefrihed. Dette gælder for det første for lederen, hvor det er centralt, at lederen har stor indflydelse på den daglige styring af foranstaltningen, da det giver lederen ejerskab og engagement i forhold til foranstaltningen og det forebyggende arbejde. Selvbestemmelsen og metodefriheden skal imidlertid også gøre sig gældende for medarbejderne, hvor de skal opleve, at de har indflydelse på det daglige arbejde, at de bliver lyttet til, oplever tillid og møder anerkendelse. Dette bidrager til, at de ligeledes oplever større ejerskab og herigennem også større arbejdsglæde.

SAMARBEJDE MED ANDRE

Et centralt opmærksomhedspunkt er samarbejdet med andre, da det i foranstaltningerne bliver fremhævet, at samarbejdet med relevante aktører er en vigtig forudsætning for, at den tidlige opsporing og indsats sikres. Der nævnes en lang række relevante samarbejdsparter. I forhold til den tidlige opsporing er det især sundhedsplejersker og jordemødre, og herudover nævnes de praktiserende læger, kommunale sagsbehandlere, daginstitutioner, PPR og lokalpsykiatrien. Forskningen peger desuden på muligheden for i højere grad at inddrage pædagoger i det forebyggende arbejde. Dette gøres ved at tilbyde dem den efteruddannelse, som kræves for at opbygge større viden omkring det særlige arbejde med socialt udsatte børn, hvorved pædagogerne lettere kan tage en mere aktiv rolle.

I forhold til samarbejdet med relevante aktører er det vigtigt at etablere en fast struktur for samarbejdet. Det kan være i form af faste møder eller en løbende orientering. Eksempelvis er netværksmøder med til at sikre koordinering og fremdrift i de konkrete sager. På netværksmøderne drøfter aktører, som har betydning for familien eller er inddra-

get i forhold til familiens sag, herunder kommunens sagsbehandler, familiens resultater, udfordringer og mål. Familierne bør være obligatoriske deltagere i sådanne møder. Som minimum skal det altid overvejes, om og på hvilken måde familierne bør deltage.

At samarbejdet mellem relevante aktører er givtigt for de enkelte sager, fremstår også af vores egen dataindsamling. De steder, hvor behandlerne har modtaget en handleplan for barnet eller familien fra sagsbehandleren, oplever behandlerne, at handleplanen i høj grad er anvendelig i forhold til at tilrettelægge arbejdet med familien.

DOKUMENTATION OG RESULTATER

Når foranstaltningerne fremhæver opmærksomhedspunkter omkring dokumentation og resultater, fremgår det overordnet set, at foranstaltningerne ønsker at følge familiers og børns udvikling. Der skal med andre ord sikres 'en rød tråd' for de enkelte familier gennem systemet, hvor familiens færd tydeliggøres, således at familien og dens liv herved fremstår som en helhed, og hvor det eventuelt er muligt at tage stilling til, om familien udvikles i positiv retning.

Flere af foranstaltningerne efterspørger eksempelvis, at udvalgte data om (kommende) forældre/gravide registreres, når de henvises til foranstaltningen, så foranstaltningens leder og personale har et overblik over, hvad der kendetegner de henviste. Registreringen kan blandt andet være på familiens samlivsform, forsørgelsesgrundlag, henvisningsårsag (voksen og barn), barnets tilstand (trivsel) og familiens tilstand. Når behandlingen er påbegyndt, kan der endvidere registreres, hvilken type behandling familien modtager, behandlingsintensitet, hvilke instanser der er indgået samarbejde med og lignende. Afslutningsvis registreres barnets tilstand (trivsel), familiens tilstand og andre relevante forhold. Hermed sikres løbende dokumentation af foranstaltningens indsats og de virkninger, der opnås.

Dette ønske fra foranstaltningernes side gør det også lettere fra et forskningsperspektiv at foretage effektevalueringer af foranstaltningernes resultater. For at kunne foretage effektevalueringer er det nødvendigt at foretage målinger af barnets og familiens trivsel på forskellige tidspunkter for herved at kunne følge en udvikling. For at kunne se en effekt af eksempelvis en foranstaltning er det således nødvendigt med en

måling i det mindste ved barnets og familiens opstart af foranstaltningen og ved afslutningen. Samtidig er det hensigtsmæssigt med en opfølgende måling for herved at kunne se de mere langsigtede resultater af foranstaltningen. (For en nærmere introduktion af effektevalueringdesignet se eventuelt delrapport 1; Lausten et al., 2010).

At familiernes liv ses i sin helhed, vil også være med til at sikre tydelige mål i det forebyggende arbejde med familierne. Flere af foranstaltningerne fremhæver, at der ved det første møde med familien bør opstilles mål for, hvad familien ønsker at opnå med behandlingen. Dette skal gøres i tæt samarbejde med familierne. Erfaringen er, at det er vigtigt at være så præcis som mulig i formuleringen af (del)mål. Dette kan eksempelvis være 'at få mere kontakt til mit barn', 'at få mere ro på mig selv som person og forælder', 'at lære at lege med mit barn'. Det er en fordel, hvis delmålene relateres til en (eventuel) handleplan.

Samtidig er det vigtigt, at der løbende følges op på målene og herunder systematisk formuleres nye, hvis der er behov for det. Dette kan eksempelvis ske i forbindelse med netværksmøder. I forhold til synlighed kan det være en fordel, hvis den enkelte families mål hænges op i foranstaltningens lokale, så målene er synlige og 'tilstedeværende' for forældre og behandlere. Endelig bør målene gennemgås sammen med forældrene ved afslutningen af behandlingsforløbet, så de er klar over, hvad de har nået gennem behandlingen, og hvad de skal arbejde videre med. Tilsvarende bør det sikres, at familiens sagsbehandler (og øvrige relevante aktører) gøres bekendt med, hvilke resultater og virkninger familien har opnået.

Endelig pointerer en foranstaltning, at det er en god idé ved afslutning af behandlingen at lade forældrene besvare et spørgeskema (brugerundersøgelse), hvor de beskriver, hvad de har opnået ved at komme i foranstaltningen. Dette kan være med til, at de professionelle i foranstaltningen reflekterer over egen praksis, og at besvarelserne indgår som en evaluering af foranstaltningen.

BILAG

Bilagene indeholder de eksempler, der er brugt til at understøtte beskrivelserne af de forebyggende foranstaltninger i kapitel 3 til 7.

BILAG 1: EKSEMPEL PÅ BØRNEPLAN FRA FAXE KOMMUNE

Børneplan på barn X

NB. Børneplanen skal være skrevet med børns egen håndskrift (hvis de kan skrive)

HVAD KUNNE DU ØNSKE DIG SKULLE VÆRE ANDERLEDES I DIN FAMILIE?

A: Lige nu: At jeg ikke bliver så let sur og slår og sparker

B: I fremtiden: At jeg fik en kæreste

Barnets navn ...X.....9 år.....

Familiekonsulent

Børneplan på barn Y

NB. Børneplanen skal være skrevet med børns egen håndskrift (hvis de kan skrive)

HVAD KUNNE DU ØNSKE DIG SKULLE VÆRE ANDERLEDES I DIN FAMILIE?

A: Lige nu: At jeg kunne sige det til René, som han siger til mig

B: I fremtiden: At det var okay at bruge ironi. At far ikke vil fjolle så meget

Barnets navn ...Y.....12 år.....

Familiekonsulent

BILAG 2: EKSEMPEL PÅ SAMARBEJDSAFTALE I FAXE KOMMUNE

Faxe Familiecenter Dato: XX.XX

Familiekonsulent XX

Samarbejdsaftale - Eksempel

Familie:

Hanne og to børn Jacob og Rene, samlever

Biologisk far

Formål med henvisning til Familiecentret:

Der er mange langvarige konflikter i hjemmet hos mor og samlever i forhold til Jacob. Det har til tider været nødvendigt at fastholde ham i lang tid, til han falder til ro. Jacob giver udtryk for en lav selvværdsfølelse.

Mål med familierarbejdet:

At Jacob kommer til at trives i familien samt at hans selvværdsfølelse bedres.

Delmål:

Familierarbejdet starter med, at familien lærer familiekonsulenten at kende, og denne lærer familien at kende. Biologisk far inviteres ind til samtale med Hanne og Martin.

Hvordan er det nu?:

Hvordan skal det blive?:

Hvordan skal vi samarbejde?:

Hvem gør hvad?:

Familiens underskrift:

Familiecentrets underskrift:

BILAG 3: EKSEMPEL PÅ '5 STEP-MODELLEN TIL REFLEKSION' FRA HELSINGØR KOMMUNE

1. Jeg ser, at: ... (eks. Nicolas ikke sætter sig på sin stol, når du beder ham om det)
2. Er det også sådan, du ser det?
3. Er det sådan, du ønsker, det skal være?
4. Hvordan synes du, det hellere burde være, for at det er sådan, som du ønsker det?
5. Hvad skulle du sige eller gøre for at gøre det sådan, som du ønsker, det skulle være?

BILAG 4: DAGSPROGRAM FRA FLERFAMILIEARBEJDET I HELSINGØR KOMMUNE

Dagsprogrammet

Familierne møder to gange om ugen i Flerfamiliearbejdet fra kl. 9.00 til ca. kl. 13.00. Dagene har et fast program efter følgende plan:

9.00-09.30 Velkomst og fælles morgenmad

9.30-10.00 En runde, hvor forældrene fortæller, hvad de har arbejdet med hjemme 'siden sidst'.

Vi spørger forældrene om følgende:

Er der noget af det, du erfarede sidst, du var her, du har kunnet bruge?

Kan du sige en ting, du har værdsat ved noget, du eller dit barn har gjort – eller I har gjort sammen – i forhold til dit fokuspunkt?

10.00-11.00 Forældre og børn arbejder med en aktivitet, som hver forælder har valgt ud fra de muligheder, vi har skabt i huset. Arbejdet optages på video.

Aktiviteten starter altid med en navneleg og en sangleg, som en fælles aktivitet.

Herefter spørger vi forældrene på skift om følgende:

Hvad vil du gerne se mere af hos dit barn eller hos dig selv i denne aktivitet?

Hvad ønsker du, at vi som konsulenter skal have fokus på?

Hvad skal de andre forældre have fokus på?

Der planlægges herefter en drejebog for aktiviteten for den enkelte familie.

Aktiviteten planlægges konkret i forhold til børnenes alder og udvikling og det mål, forældrene har opstillet.

Vi har på forhånd beskrevet en række aktiviteter: leg med tog, byggeklodser, modellervoks, maling, trylledej, dukker, bondegårde, rangler, put i kasse, lave mad sammen, bage, gå til en legeplads, gå tur til søen og fodre ænder, tage på tur, købe ind m.m.

Vi har også planlagt nogle fælles aktiviteter for alle børn og forældre: sansemotoriske aktiviteter såsom at puste til vat, puste sæbebobler, køre små biler på kroppen af hinanden, male hinanden på hænder og fødder. Vi har desuden haft fælles ture til en bondegård, til Øresundsakvariet og biblioteket.

11.00-11.30 Pause

11.30-12.00 Efter-refleksion i den samlede forældregruppe.

En af familiekonsulenterne leger og tager sig af børnene imens. Forældrene ser videooptagelserne og kommenterer, hvad de ser i forhold til de mål, de hver for sig havde sat sig. De kommenterer også hinandens arbejde.

Derefter stiller vi følgende spørgsmål til den enkelte forælder: Hvordan gik det i forhold til, hvad du gerne ville se hos dig selv og dit barn?

Hvilken karakter, tror du, dit barn ville give dig i dag?

Hvilken karakter ville du give dig selv i dag?

Hvad skulle der til for at give en højere karakter?

Fra 0 til 10, hvor 10 er supermor/far.

Hvilken karakter vil du give dit barn i dag?

Hvad har vi som familiekonsulenter set i dag?

Hvad har de andre forældre set i dag?

Til sidst formulerer forældrene, hvad de vil tage med hjem og arbejde med til næste gang.

Vi spiser frokost sammen, og forældre og børn gør klar til at tage hjem.

BILAG 5: BØRNELINEALEN FRA FØDSELSPÆDBARN-SAMARBEJDET I HILLERØD KOMMUNE

Kategoriseringen fra 1-5 bruges som et fælles måleparameter i vurdering af tyngden af problemer i familien. Familiens indplacering er ikke en fast målbar størrelse, men vurderes i fællesskab ved visitationsmødet i FSS.

Kategoriseringen er en hjælp til at kunne afgive et fagligt skøn, der udtrykker bekymringsgraden og beslutning om interventionsgrad og -hastighed.

FSS's kategorisering tager udgangspunkt i det samlede billede af, hvordan barnet har det og i familiens samlede situation.

| Kategori 1 | Kategori 2 | Kategori 3 | Kategori 4 | Kategori 5 |
|--|--|---|---|---|
| Børn i optimal udvikling. Alm. børn med alm. problemer/børn i trivsel. Forældre, der har spørgsmål til den alm. hverdag. | Børn med midlertidig risiko for udviklingsproblemer – børn med faldende trivsel. Forældrene kan være belastede af forbigående oplevelser, som i øjeblikket er med til at skabe mindre gunstige vilkår for deres barns udvikling. | Behovsbørn – børn med specifikke behov – de kan være af mere kronisk karakter. Forældrene har gennemgående svært ved fuldt ud at honorere kravene, der stilles til det at være forældre og har brug for støtte til at blive hjulpet videre og få indsigt i, hvad de magter, og hvor de har brug for støtte. | Børn med væsentlige behov for særlig støtte. Forældre, der har udtalte vanskeligheder med forældrerollen, men som ofte gerne vil samarbejde/gøre det bedst mulige for deres børn, da de ofte selv har mærket smerten som barn og ikke ønsker at gentage egne barndomsoplevelser i forhold til deres børn. | Børn med åbenbar risiko for at lide alvorlig skade. Det er forældre, der ikke magter omsorgsrollen, og som kræver massiv støtte for at skabe kontakt og udvikling for/til deres barn. |

Kategori 3 ses som en zone 'midt i mellem' den letteste og tungeste kategori. Forældrene kan efter behandlingen vise sig at klare deres barn på fuldt betryggende vis, og der vil ikke være brug for yderligere indsats.

Kategori 4 og 5 ses som de truede børn, der tilhører FSS's primære målgruppe, hvor over halvdelen af vores familier er placeret. Det er også denne gruppe, der er myndighedsområdet, og hvor samarbejdet med Familier og Børn er en forudsætning for, at indsatsen kan lykkes. Der vil ofte være familier i disse kategorier, som har brug for støtte udover FSS's aldersgrænse og dermed visiteres videre til anden indsats.

Såfremt indsatsen i gruppe 5 ikke nytter, er der ikke grundlag for at arbejde videre med forældrene i forhold til barnet, og en anbringelse af barnet vil kunne komme på tale – evt. med tvang.

BILAG 6: HENVISNINGSSKEMA TIL FAMILIEHUSET I HILLERØD KOMMUNE

Dette skema kan udfyldes af sundhedsplejerske, jordemoder, egen læge, PPR, Familie-, Handicaprådgiver

| | | |
|---|------------------|--|
| Henviser | | |
| Familien | | |
| Mor Navn Stilling Adresse Tlf.nr. | | Cpr.nr.: Forældremyndighed () |
| | | Nationalitet: |
| | Hjemme: Mob.: | Arbejde: |
| | | |
| Far Navn Stilling Adresse Tlf.nr. | | Cpr.nr.: Forældremyndighed () |
| | | Nationalitet: |
| | Hjemme: Mob.: | Arbejde: |
| | | |
| Barn Navn Adresse | | Cpr.nr.: |
| | | Ved gravide angives forventet fødselstermin: |
| Andre børn/søskende | Navn: | Cpr.nr.: |
| Problemstilling: | | |
| Kort beskrivelse af centrale fokusfelter af betydning for den aktuelle problemstilling: | | |
| Hvad har der tidligere været iværksat vedr. den aktuelle problemstilling? | | |
| Hvad forventer familien af Familiehuset? | | |
| Hvad forventer henviser af Familiehuset? | | |

| | |
|---|-------|
| Hvilke forventninger/forslag er der til samarbejde om indsatsen: | |
| Hvis der er behov for en hurtig indsats, angives grunden her: | |
| Hvornår og hvordan er familien orienteret om henvisningen til Familiehuset? | |
| Sundhedsplejerske: | |
| Jordemoder: | |
| Egen læge: | |
| Familie- Handicaprådgiver: | |
| PPR: | |
| Andre: | |
| Skema udfyldt af: | Dato: |

Jeg giver tilladelse til, at ovenstående drøftes med samarbejdspartner i Familier og Sundhed og evt. Job, Social og Sundhed.

Dato:

Dato:

Henvisers underskrift

Mors/fars underskrift

BILAG 7: NETVÆRKS KORT PÅ BAGGRUND AF GENOGRAM FRA THISTED KOMMUNE

Netværkskortet udarbejdes på baggrund af genogrammet. Netværkskortet indeholder de personer i familien og omgangskredsen, der udgør en støtte for den kommende mor/familie. Netværkskortet bruges aktivt og løbende i den samlede indsats for den enkelte gravide/familien.

| | |
|---|---|
| Familie – Personer, der er en støtte for den kommende familie: | Venner – Personer, der er en støtte for den kommende familie: |
| Systemet – Personer, der er en støtte for den kommende familie: | Kolleger, klassekammerater Personer, der er en støtte for den kommende familie: |

BILAG 8: EKSEMPEL PÅ INDHOLDET I EN BABYSVØMNINGSLEKTION I THISTED KOMMUNE

- Starter med en fælles sang i vandet, hvor børnene kigger på hinanden. Alle børn får deres navn nævnt, og mødrene hopper og gør bevægelser med børnene, der passer til sangens indhold.
- Der vises forskellige måder at holde og bevæge barnet på i vandet.
- Mødrene puster bobler i vandet, og barnet kigger og begynder at efterligne dette.
- De lærer endvidere forskellige måder at dykke børnene på.

Det varierer, hvor længe det enkelte barn kan holde til at være i vandet. Dette afhænger bl.a. af barnets alder, og hvornår barnet sidst har sovet og spist. Nogle børn er måske i vandet i 10 minutter, mens andre kan klare en halv time. Vores svømmelektioner er planlagt til at vare max en halv time.

Det er tydeligt, at aktiviteten giver glæde og stimulerer et positivt samspil mellem mor og barn. Vi ser mange smil!

BILAG 9: EKSEMPEL PÅ SPØRGSMÅL TIL GENOGRAM I ÅRHUS KOMMUNE

Tegn dit genogram for mindst 3 generationer.

Interview hinanden om spørgsmål som forbinder familierelationer, -mønstre, -historier etc. med tidligere eller nuværende professionelle virke. Anvend følgende spørgsmål og find evt. selv på flere:

- Vil du fortælle lidt om din familie?
- Hvad nummer er du i søskenderækken?
- Hvordan vil du beskrive din rolle i din barndomsfamilie?
- Kan dit nuværende professionelle virke forstås i relation til din rolle (el. funktion) i din barndomsfamilie?
- Hvilke tanker har du gjort dig om betydningen af din familiehistorie i forhold til dit valg af erhverv/job?
- Hvilken historie bærer du evt. med dig, som har haft størst betydning for dit professionelle liv?
- Hvem i din familie kan du bedst identificere dig med i forhold til professionelt virke? Ligheder/forskelle.
- Hvem i din familie har hjulpet dig mest?
- Hvem ligner du mest i din familie, i den måde du udfører dit arbejde på?
- Hvad er/ville dine forældre (hver for sig) især (være) stolte af i det, du gør?
- Hvad ville de være betænkelige ved i det, du gør, og i måden, du gør det på?
- Hvor/hos hvem i din familie har du lært de egenskaber, du praktiserer og værdsætter i dit job?

BILAG 10: DOKUMENTATION AF BEHANDLINGSFORLØB FRA
ÅRHUS KOMMUNE

ORDNEDE OPTEGNELSER

ØNSKEDE RESULTATER AF BEHANDLINGEN

Dato:

Forældrenes ønsker:

Vuggestedets ønsker:

Socialcentrets ønsker:

Evt. andres ønsker:

OVERORDNEDE MÅL FOR BARNET OG FOR FORÆLDRENE

Dato:

Gennemgået med familien den:

Familieterapeut:

DELMÅL

Dato:

Delmål:

Begrundelse for delmål:

BESKRIVELSE AF ANALYSE, INTERVENTION OG METODE

Dato:

Deltagere:

Hjemmeopgave:

Nye delmål:

Familieterapeut:

NOTATER

Dato:

BILAG 11: EKSEMPEL PÅ BRUGERUNDERSØGELSE AF VUGGESTEDET I ÅRHUS

Med jeres svar kan I hjælpe med at udvikle Vuggestedets behandlingstilbud. Vi vil nedenfor stille jer en række spørgsmål om, hvordan I har oplevet den kontakt og behandling, som I har fået i Vuggestedet.

Vi vil bede jer besvare nedenstående udsagn ved at sætte et kryds ved **en** af flg. svarmuligheder: I høj grad; i nogen grad; hverken/eller; i mindre grad; slet ikke.

Vuggestedet håber, at I også vil besvare 3 mere åbne spørgsmål om, hvilken betydning behandlingsforløbet har haft for jer som familie. Disse spørgsmål er på side 5.

Nedenstående spørgsmål giver jer mulighed for at fortælle, hvordan I har oplevet behandlingsforløbet i Vuggestedet.

1. Terapeuterne prøvede at forstå vores families vanskeligheder i forhold til graviditet/forældreskab.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

2. Terapeuternes anbefalinger medførte, at vi som forældre fik mod på at prøve nye ting for at afhjælpe de vanskeligheder, som vi oplevede i forhold til vores barn.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

3. Samarbejdet med Vuggestedet hjalp os i samspillet med vores barn.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

4. I løbet af møderne talte vi om det, der skete i de forudgående møder.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

5. Samarbejdet med Vuggestedet hjalp os til at bruge de ressourcer, der er i vores familie.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

6. Terapeuterne lyttede til vores erfaringer med, hvordan vi tidligere har kunnet løse vore vanskeligheder.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

7. Vores familie og terapeuterne arbejdede sammen om at gøre noget ved de vanskeligheder, vi stod i som forældre.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

8. I behandlingsforløbet har vi følt os forstået og behandlet respektfuldt.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

9. Terapeuterne hjalp os til at se nye muligheder og tale om det, der lykkes for os.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

10. Der var overensstemmelse mellem vores og terapeuternes forventninger til samarbejdet.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

11. Vi var hele tiden klar over, hvilke overordnede mål og delmål vi arbejdede med.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

12. Vi talte med terapeuterne om, hvad der var lykkedes/ikke lykkedes i forhold til de anbefalinger, vi fik ved sidste møde med terapeuterne.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

13. Terapeuterne fandt måder at støtte os på, som passede netop til vores familie.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

14. Terapeuterne hjalp os med at forandre den måde, vi taler og er sammen på som forældre.

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

Nedenstående spørgsmål giver jer mulighed for at beskrive, hvad jeres barn kan ved afslutningen af samarbejdet med Vuggestedet.

Jeres barns alder ved afslutning: _____ måneder

15. Søger og fastholder jeres barn øjen- og kropskontakt med jer?

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

16. Viser jeres barn interesse for nye mennesker og genstande?

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

17. Kan jeres barn tilpasse sig ændringer i hverdagen og omgivelserne?

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

18. Viser jeres barn glæde ved at bruge kroppen og bevæge sig?

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

19. Indgår jeres barn i gensidige samspil med jer?

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

20. Er jeres barn tydelig i sine signaler, når han/hun har behov for:

- kontakt:

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

- mad:

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

- at ligge alene:

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

- leg og aktivitet:

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

- søvn:

| | | | | |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|
| I høj grad | I nogen grad | Hverken/eller | I mindre grad | Slet ikke |
|------------|--------------|---------------|---------------|-----------|

3 afsluttende spørgsmål, hvor I med egne ord har mulighed for at fortælle om, hvilken betydning det har haft for jer og jeres barn, at I kom i kontakt med Vuggestedet. (brug evt. bagsiden)

Hvad har haft særlig betydning i behandlingsforløbet for jeres barn og jer som forælder?

Hvordan blev I opmærksomme på, at Vuggestedet kunne være et sted, hvor jeres familie kunne få hjælp?

Vil I anbefale Vuggestedet til andre familier?
(*begrund evt.*)

Evt. andre kommentarer:

LITTERATUR

- Andershed, H. & Andershed, A.-K. (2005): *Normbrytende beteende i barndommen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Axelsen, I. (2001): *Litteraturstudie om forebyggende foranstaltninger for børn og unge. Delrapport nr. 1 fra Evaluering af den forebyggende indsats.* København: SFI – Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 10:2001.
- Bengtsson, T. (2007): *Pædagogers identifikation af socialt udsatte børn.* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Arbejdsrapport 12:2007.
- Bengtsson, T., Knudsen, L. & Nielsen, V.L. (2009): *Kortlægning af kommunernes foranstaltninger til udsatte unge. Udviklingen efter anbringelsesreformen.* København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 08:30.
- Bowlby, J. (1958): The Nature of the Child's Tie to his Mother. *International Journal of psycho-analysis*, (39), 350-373.
- Brodén, M. & August, B. (1986): *Therapeutic Treatment of Early Disturbances Mother-Child Interaction.* Paper fra World Congress of the Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines. 3-7 august 1986, Stockholm, Sverige.
- Capacent (2009): *Klar til Barn. Forberedende forældrekurser. Afsluttende evalueringsrapport.* København: Capacent.

- Children's Law Office (2001): *Parent Training. Information Packet*. Children's Law Office, U.S.C. School of Law, Columbia, South Carolina. Tilgængelig på:
http://childlaw.sc.edu/frmPublications/parenttraining-2001_113200421355.pdf
- Christensen, E. (2000): *Det 3-årige barn*. Rapport nr. 3 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. 00:10.
- Christensen, E. (2003): *Små børn i familier med sociale belastninger*. København. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 2003.
- Christoffersen, M. (2002): *Social støtte til børn. En undersøgelse af børn, der modtog forebyggende hjælp iht. Serviceloven for første gang i 1998. 5. delrapport i evaluering af den forebyggende indsats over for børn og unge*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 9:2002.
- Diderichsen, A. (1991): *Omsorg for de 2-6 årige. Børns omsorgsbehov – set gennem børns egne udtryk*. Århus: Danmarks Pædagogiske Institut.
- Eckenrode, J., Ganzel, B., Henserson, C.R., Smith, E., Olds, D.L., Powers, J., Cole, R., Kitzman, H. & Sidora, K. (2000): Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *Journal of the American Medical Association*, 284(11), 1385-1391.
- Ertmann, B., Guldager, E. & Nørgaard-Nielsen, S. (2006): *Kundskabsoversigt. Eksisterende viden og erfaringsdannelse om forbedrende kurser til familier, hvor forældrene er i risiko for at reagere voldeligt overfor deres børn*. Odense: Servicestyrelsen.
- Gullestrup, L. (2005): *At blive et med sig selv – om udviklingen af det 0-5-årige barns SELV*. Frydenlund.
- Hansson, K. (2001): *Familjebehandling på gode grunder. En forskningsbaseret oversigt*. Stockholm: Gothia.
- Hestbæk, A-D. & Christoffersen, M.N. (2002): *Effekter af dagpasning – en redegørelse for nationale og internationale forskningsresultater*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 18:2002.
- Honneth, A. (1996): *The Struggle for Recognition. The Moral Grammar and Social Conflicts*. Cambridge: Polity Press.
- Jensen, B., Barrett, B.A. & Christoffersen, M.N. (2003): *Daginstitutioner som instrument til at bryde social arv*. København: SFI – Socialforsk-

- ningsinstituttet. Arbejdsrapport 8. Vidensopsamlingen om social arv 2003.
- Jensen, B., Holm, A., Allerup, P. & Kragh, A. (2009): *Effekter af indsatser for socialt udsatte børn i daginstitutioner. HPA - projektet*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Jensen, B. & Jørgensen, P.S. (1999): *Social arv og kompetence – bidrag til model*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. Arbejdsrapport 5.
- Jespersen, C. (2006): *Socialt udsatte børn i dagtilbud*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. 06:21.
- Lausten, M., Møhlholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M. (2010): *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 10:02.
- Masten, A.S. & Garmezy, N. (1985): Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. I Lahey, B.B. & Kazdin, A.E. (Eds.): *Advances in Clinical Child Psychology*, (8), 1-52.
- McAuley, C., Pecora, P.J. & Rose, W. (2006): *Enhancing the Well-being of Children and Families through Effective Interventions*. International Evidence for Practice. Jessica Kingsley Publishers.
- McCabe, L., & Cochran, M. (2008): *Can Home Visiting Increase the Quality of Home-based Child Care? Findings from the Caring For Quality Project*. Research Brief, no. 3, October 2008.
- Mooney, S. (1995): Parent Training: A Review of Adlerian, Parent Effectiveness Training, and Behavioural Research. *The Family Journal*, 3, 218-230.
- Mortensen, V.M. (2006): *Bedre hjælp til børn med psykiske problemer*. Den alternative velfærdskommission: Bæredygtig velfærd.
- Nielsen, A.A. & Christoffersen, M.N. (2009): *Børnehavens betydning for børns udvikling*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet. 09:27.
- Pfannenstiel, J. & Zigler, E. (2007): *The Parents as Teachers program: its Impact on School Readiness and later School Achievement*. Parents as Teachers National Center.
- Piquero, A., Farrington, D.P., Welsh, B., Tremblay, R. & Jennings, W. (2008): *Effects of Early Family/Parent Training Programs on Antisocial Behavior & Delinquency. A Systematic review*. Brottsförebyggande rådet. Swedish National Council for Crime Prevention.

- Ploug, N. (2007): *Socialt udsatte børn. Identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 07:25.
- Puckering, C., Evas, J., Maddox, H., Mills, M. & Cox, A.D. (1996): Taking control: A Single Case Study of mellow Parenting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, (1), 539-550.
- Rutter, M. (1990): Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. I Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H. & Weintraub, S. (red.): *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. Cambridge University Press, New York.
- Rutter, M. (2000): Resilience reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications. In Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (Eds.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. (651-682).
- Servicestyrelsen (2006a): *Inspirationskatalog med 18 veldokumenterede forældreprogrammer*. Odense: Servicestyrelsen.
- Servicestyrelsen (2006b): *Research og beskrivelse af erfaringer med forældreprogrammer i Danmark og udlandet*. Odense: Servicestyrelsen.
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. (1997): *Social Forskning, Børn-Familie-Samfund*. København: SFI – Socialforskningsinstituttet.
- Slade, A., Sadler, L., De Dios-Kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J. & Mayes, L. (2005): *Minding the Baby a Reflective Parenting Program*. City University of New York, Yale Child Study Center.
- Socialstyrelsen (1988): *Koks i familien*. København: Socialstyrelsens Informations- og konsulentvirksomhed.
- Statens Center for Kompetence- og Kvalitetsudvikling (2003): *Kvalitet i offentlig sektor, EFQM Excellence Modellen 2003 i praksis*. København: Statens Center for Kompetence- og Kvalitetsudvikling.
- Stern, D. (1995): *Barnets interpersonelle univers: Det 0-2-årige barn i et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sundell, K., Egelund, T., Andréé, C. & Kaunitz, C. (2007): *Barnvårdsutredningar. En kundkapsöversikt*. Stockholm: IMS og Gothia Förlag.
- Sutton, C., Utting, D. & Farrington, D. (2004): *Support from the Start: Working with Young Children and their Families to reduce the Risks of Crime and Anti-social Behaviour*. Research.

- Utting, D. (1995): *Family and Parenthood. Supporting Families, Preventing Breakdown*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.
- Werner, E., Bierman, J.M., French, F.E., Simonian, K., Connor, A., Smith, R.S., Campbell, M. (1968): Reproductive and Environmental Casualties: a Report on the 10-year Follow-up of the Children of the Kauai Pregnancy Study. *Pediatrics*, 42(1): 112–127.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1982): *Vulnerable but Invincible. A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992): *Overcoming the Odds*. Ithaca: Cornell University Press.

SFI-RAPPORTER SIDEN 2009

SFI-rapporter kan købes eller downloades gratis fra www.sfi.dk. Enkelte rapporter er kun udkommet som netpublikationer, hvilket vil fremgå af listen nedenfor.

- 09:01 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Børn i Grønland. En kortlægning af 0-14-årige børns og familiers trivsel*. 145 s. ISBN 978-87-7487-923-7. Kr. 150,00.
- 09:02 Christensen, E., Kristensen, L.G. & Baviskar, S.: *Kalaallit nunaanni meeqqat. Meeqqat 0-imiit 14-it ilanngullugit ukiullit ilaqutariillu atugarissaarnerannik misissuineq*. 172 s. ISBN: 978-87-7487-924-4. Kr. 150,00.
- 09:03 Deding, M. & Filges, T.: *Danske lønmodtageres arbejdstid. En registeranalyse baseret på lønstatistikken*. 160 s. 978-87-7487-925-1. Kr. 160,00.
- 09:04 Thuesen, F., Schademan, H.K., Jensen, S., Holt, H. & Høst, A.: *A-kasserne og den aktive beskæftigelsespolitik*. 216 s. ISBN: 978-87-7487-928-2. Kr. 220,00.
- 09:05 Larsen, B. & Høgelund, J.: *Handicap og beskæftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2008*. 98 s. ISBN: 978-87-7487-927-5. Kr. 100,00
- 09:06 Ellerbæk, L.S. & Graversen, B.K.: *Evaluering af jobcentrenes ligestillingsindsats*. 80 s. ISBN: 978-87-7487-929-9. Kr. 80,00.

- 09:07 Bengtsson, S. & Røgeskov, M.: *At skabe netværk. En evaluering af 22 socialpsykiatriske projekter i 15M-puljen*. 132 s. ISBN: 978-87-7487-930-5. Kr. 130,00.
- 09:08 Andersen, D. & Järvinen, M.: *Skadesreduktion i praksis. Behandlingstilbud til opiatmisbrugere i København*. 214 s. ISBN: 978-87-7487-931-2. Kr. 210,00.
- 09:09 Bengtsson, S. & Cayuelas Mateu, N.: *Beskyttet beskæftigelse. En kortlægning*. 118 s. ISBN: 978-87-7487-932-9. Kr. 110,00.
- 09:10 Deding, M. & Gerstoft, F.: *Børnefattigdom i Danmark 2002-2006*. 58 s. ISBN: 978-87-7487-933-6. Kr. 60,00.
- 09:11 Holt, H., Hvid, H., Grosen, S.L. & Lund, H.L.: *It, køn og psykiske arbejdsmiljø i administrativt arbejde*. 180 s. ISBN: 978-87-7487-935-0. Kr. 180,00.
- 09:12 Bengtsson, T.T. & Jakobsen, T.B.: *Institutionsanbringelse af unge i Norden. En komparativ undersøgelse af lovgrundlag, institutionsformer og udviklingstendenser*. 318 s. ISBN: 978-87-7487-936-7. Kr. 300,00.
- 09:13 Heltberg, T.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. De frivillige organisationers perspektiv. Del 1*. 228 s. ISBN: 978-87-7487-940-4. Netpublikation.
- 09:14 Sørensen, M., Skov, D., Ellersgaard, C.H., Larsen, A.G. & Stamer, N.B.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Brugernes og de pårørendes perspektiv. Del 2*. 480 s. ISBN: 978-87-7487-941-1. Netpublikation.
- 09:15 Andersen, D.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Behandlingstilbud og metoder. Del 3*. 308 s. ISBN: 978-87-7487-942-8. Netpublikation.
- 09:16 Sørensen, M.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Kvalitetsudvikling og kvalitetsstandarder. Del 4*. 216 s. ISBN: 978-87-7487-943-5. Netpublikation.
- 09:17 Andersen, D. & Skov, D.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Visitation og sagsbehandling. Del 5*. 294 s. ISBN: 978-87-7487-944-2. Netpublikation.
- 09:18 Sørensen, M. & Pedersen, K.B.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling. Resultater af behandlingen. Del 6*. 268 s. ISBN: 978-87-7487-945-9. Netpublikation.
- 09:19 Benjaminsen, L., Andersen, D. & Sørensen, M.: *Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Hovedrapport*. 397 s. ISBN: 978-87-7487-946-6. Kr. 400,00.
- 09:20 Bach, H.B.: *Lediges motivation og forsørgelse. Lediges forsørgelse 2 år efter interview om jobmotivation*. 55 s. ISBN: 978-87-7487-947-3. Kr. 55,00.
- 09:21 Larsen, B., Jonassen, A.B. & Høgelund, J.: *Personer med handicap. Helbred, beskæftigelse og førtidspension 1995-2008*. 111 s. ISBN: 978-87-7487-948-0. Kr. 110,00.

- 09:22 Jørgensen, M.: *En effektmåling af efterlønsreformen af 1999. Reformens betydning for arbejdsudbuddet*. 194 s. ISBN: 978-87-7487-949-7. Kr. 200,00.
- 09:23 Deding, M. & Olsson, M.: *Hverdagsliv for 11-årige børn med anden etnisk baggrund end dansk. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. 105 s. ISBN: 978-87-7487-950-3. Kr. 100,00.
- 09:24 Egelund, T., Christensen, P.S., Jakobsen, T.B., Jensen, T.G. & Olsen, R.F.: *Anbragte børn og unge. En forskningsoversigt*. 255 s. ISBN: 978-87-7487-951-0. Kr. 250,00.
- 09:25 Benjaminsen, L.: *Hjemløshed i Danmark 2009. National kortlægning*. 139 s. ISBN: 978-87-7487-952-7. Kr. 140,00.
- 09:26 Knudsen, L.: *Børn og unge anbragt i slægten. En sammenligning af slægtsanbringelser og anbringelser i traditionel familiepleje*. 169 s. ISBN: 978-87-7487-953-4. Kr. 170,00.
- 09:27 Nielsen, A.A. & Christoffersen, M.N.: *Børnehavens betydning for børns udvikling. En forskningsoversigt*. 101 s. ISBN: 978-87-7487-954-1. Kr. 100,00.
- 09:28 Schmidt, G., Graversen, B.K., Jakobsen, V., Jensen, T.G. & Liversage, A.: *Ændrede familiesammenførselsregler. Hvad har de nye regler betydet for pardannelsesmonstret blandt etniske minoriteter?* 189 s. ISBN: 978-87-7487-955-8. Kr. 190,00.
- 09:29 Bengtsson, S., Heidemann, J., Jensen, T.G., Tange, J. & Wolff, E.S.: *Kortlægning af de særlige dagtilbud til børn efter § 32. En status to år efter kommunalreformen*. 143 s. ISBN: 978-87-7487-957-2. Kr. 140,00.
- 09:30 Schademan, H.K., Holt, H., Jensen, S. & Weatherall, C.D.: *Virksomheders sociale engagement. Årbog 2009*. 185 s. ISBN: 978-87-7487-958-9. Kr. 190,00.
- 09:31 Bach, H. & Milhøj, A.: *Review af Arbejdsmarkedsstyrelsens survey om rekruttering*. 94 sider. ISBN: 978-87-7487-959-6. Kr. 100.
- 10:01 Henriksen, A.C.: *Coaching af sygedagpengemodtagere. En pilotundersøgelse med eksperimentelt design*. 69 sider. ISBN: 978-87-7487-961-9. Kr. 70,00.
- 10:02 Lausten, M., Mølholt, A.-K., Hansen, H. & Jensen, V.M.: *Introduktion til dialogprojektet. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 1*. 97 sider. ISBN: 978-87-7487-962-6. Kr. 100,00.
- 10:03 Christensen, E.: *Grønlandske børn i Danmark*. 87 sider. ISBN: 978-87-7487-963-3. Kr. 90,00.

- 10:04 Henriksen, A.C.: *Veje til beskæftigelse. En kvalitativ undersøgelse af indsatser over for ikke-arbejdsmarkedsparete kontanthjælpsmodtagere.* 132 sider. ISBN: 978- 87-7487-964-0. Kr. 130,00.
- 10:05 Gensby, U. & Thuesen, F.: *På vej mod job efter en arbejdsskade. En evaluering af arbejdsskadestyrelsens Fastholdelsescenter.* 128 sider. ISBN: 978-87-7487-965-7. Kr. 120,00.
- 10:06 Egelund, T., Jakobsen, T.B., Hammen, I., Olsson, M. & Høst, A.: *Sammenbrud i anbringelser af unge. Erfaringer, forklaringer og årsagerne bag.* 376 sider. ISBN: 978-87-7487-966-4. Kr. 375,00.
- 10:07 Bach H.B. & Henriksen A.C.: *Gravides sygefravær.* 126 sider. ISBN: 978-87-7487-967-1. Kr. 130,00.
- 10:08 Bach H.B.: *Gravid og Fængselsbetjent.* 36 sider. ISBN: 978-87-7487-968-8. Netpublikation.
- 10:09 Madsen, M.B, Holt, H., Jonassen, A.B. & Schademan, H.K.: *Kvinder og mænd i den offentlige sektor. Karrieremønstre, lederønsker og ledermuligheder.* 274 sider. ISBN: 978-87-7487-969-5. Kr. 270,00.
- 10:10 Larsen, M.: *Lønforskelle mellem kvinder og mænd i 2007. Analyser for lønkommissionen.* 86 sider. ISBN: 978-87-7487-970-1. Kr. 90,00.
- 10:11 Thuesen, F.: *Ledelsen og motivation i den offentlige sektor. Et litteraturstudium.* 100 sider. ISBN: 978-87-7487-971-8. Kr. 100,00.
- 10:12 Deding, M. & Holt, H. (red.): *Hvorfor har vi lønforskelle mellem kvinder og mænd? En antologi om ligeløn i Danmark.* 246 sider. ISBN: 978-87-7487-972-5. Kr. 250,00.
- 10:13 Knudsen, L. & Nielsen, V.L.: *Effekten af kommunernes forebyggende foranstaltninger for unge. Forebyggende foranstaltninger i eget miljø sammenlignet med anbringelse uden for hjemmet.* 152 sider. ISBN: 978-87-7487-973-2. Vejledende pris: Kr. 150,00.
- 10:15 Christensen, G., Mikkelsen, M.F., Pedersen, K.B. & Amilon, A.: *Boligsociale indsatser og huslejestøtte. Kortlægning og programevaluering af Landsbyggefondens 2006-10-pulje.* 164 sider. ISBN: 978-87-7487-977-0. Vejledende pris: Kr. 160,00.
- 10:16 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *:Blinde børn – integration eller isolation? Blinde børns trivsel og vilkår i hjemmet, fritiden og skolen.* 136 sider. ISBN: 978-87-7487-978-7. Vejledende pris: Kr. 140,00.
- 10:17 Bengtsson, S., Mateu, N.C. & Høst, A.: *Blinde og stærkt svagsynede. Barrierer for samfundsdeltagelse.* 122 sider. ISBN: 978-87-7487-979-4. Vejledende pris: Kr. 120,00.

- 10:18 Ellerbæk, L.S. & Thuesen, F.: *Projekt arbejdsplads for højtuddannede. Følgforskning for Region Midtjylland*. 99 sider. ISBN: 978-87-7487-980-0. Vejledende pris: Kr. 100,00.
- 10:19 Jakobsen, V. & Ellerbæk, L.S.: *Løn- og arbejdsforhold for kvinder og mænd i køkkefaget*. 71 sider. ISBN: 978-87-7487-981-7. Netpublication.
- 10:22 Lausten, M, Mølholt, A.-K., Hansen, H., Heiner-Schmidt, L. & Aaquist, M.: *Forebyggende foranstaltninger 0-4 år. Dialoggruppe – om forebyggelse som alternativ til anbringelse. Delrapport 2*. 184 sider. ISBN: 978-87-7487-984-8. Vejledende pris: Kr. 195,00.
- 10:23 Christensen, E., Lindstrøm, M. & Mølholt, A.-K.: *Efterværn for voldsudsatte kvinder. Krisecentrenes støtte og hjælp til kvinder, som flytter fra centrene*. 95 sider. ISBN: 978-87-7487-985-5. Vejledende pris: Kr. 100,00.
- 10:26 Høgelund, J., Tørslev, M.K. & Weibel, K.: *Sygemeldte og fortidspensionister med handicap. Jobcentermedarbejderes perspektiver på jobcentrenes indsats*. 96 sider. ISBN: 978-87-7487-986-6. Vejledende pris: Kr. 100,00.

FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER 0-4 ÅR

DIALOGGRUPPE – OM FOREBYGGELSE SOM ALTERNATIV TIL ANBRINGELSE

Dette er den anden rapport i en række af i alt seks rapporter fra Dialogprojektet. Rapporten beskriver kommunernes forebyggende arbejde med børn i alderen 0-4 år og sætter arbejdet i relation til relevant forskning på området.

Fra 2009 til 2013 gennemfører SFI i samarbejde med COWI A/S projektet 'Dialoggruppe – forebyggelse som alternativ til anbringelse'. Formålet med projektet er at tilvejebringe og systematisere viden om kommuners praksis, erfaringer og resultater i forhold til det forebyggende arbejde med udsatte børn og unge. Rapportens data er baseret på opstartsmålinger, men de foreløbige resultater peger på, at den eksisterende forskning understøtter den praktiske indsats. Det er bl.a. vigtigt at sikre en god forældre-barn-relation, ligesom fagpersoner fra barnets hverdag kan være med til at sikre en tidligere kontakt til de udsatte børn. Undersøgelsen bygger på 10 udvalgte kommuner, som deltager i projektets 4-årige forløb. Projektet er bestilt og finansieret af Servicestyrelsen.