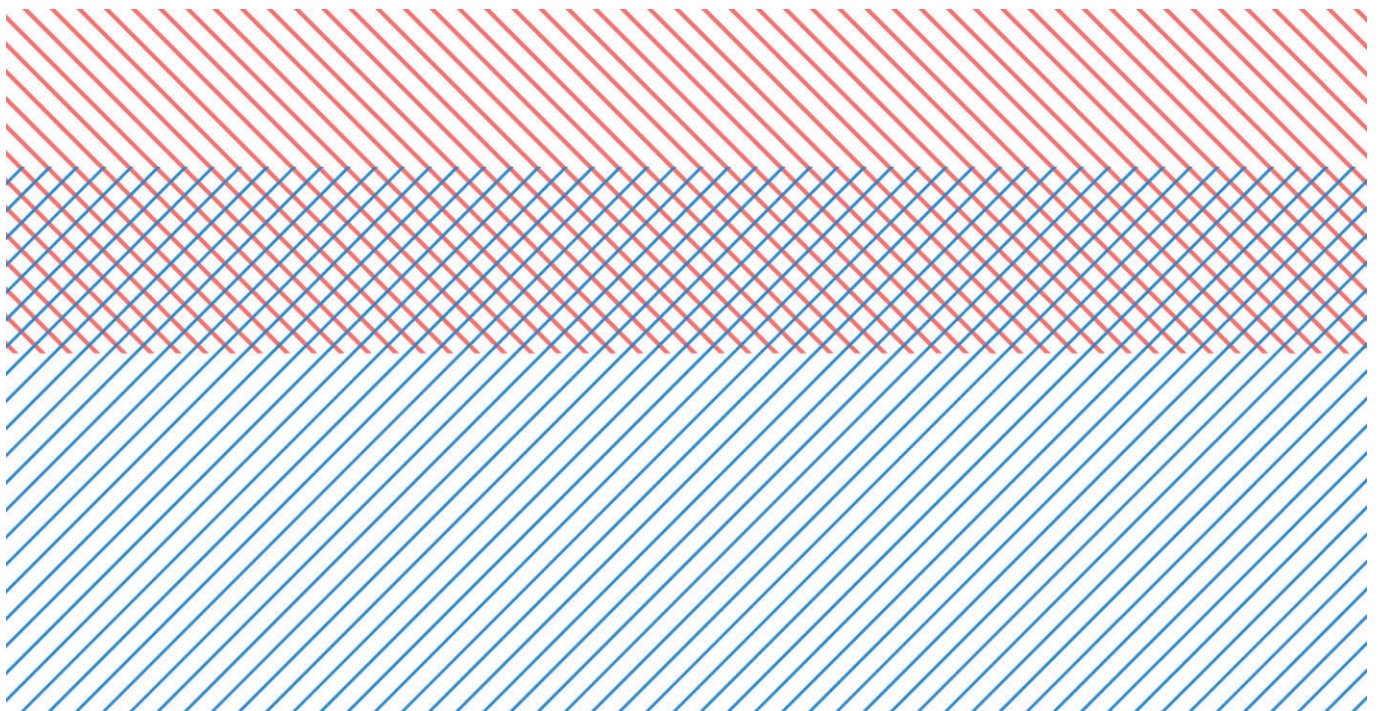


Rapport

Tidlig Indsats for Sårbare Familier

VIVEs afdækning af kommunernes indsats og samarbejdet på tværs af social- og sundhedsområdet.



Katrine Syppli Kohl og Louise Jean Kristiansen

Tidlig Indsats for Sårbare Familier – VIVEs afdækning af kommunernes indsats og samarbejdet på tværs af social- og sundhedsområdet.

© VIVE og forfatterne, 2017

Projekt: 100717

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVE blev etableret den 1. juli 2017 efter en fusion mellem KORA og SFI. Centeret er en uafhængig statslig institution, som skal levere viden, der bidrager til at udvikle velfærdssamfundet og den offentlige sektor. VIVE beskæftiger sig med de samme emneområder og typer af opgaver som de to hidtidige organisationer.

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Indhold

1	Undersøgelsen	4
2	Kommunernes organisering af indsatsen	13
3	Kommunernes ønsker til fremtidig indsats	34
4	Opsamling og anbefalinger	39
	Bilag U: Lovgivning på området.....	41
	Bilag V: Metode	44
	Bilag X: Samlet oversigt over ønsker til tilbud og indsatser fra VIVEs fokusgruppeinterviews	46
	Bilag Y: Metoder nævnt i VIVEs kapitel.....	50
	Bilag Z: Kommunernes organisering af den tidlige indsats over for sårbare børn og familier – præsentation af VIVEs surveyresultater	53

1 Undersøgelsen

Introduktion

Denne rapport indeholder VIVEs¹ delafdækning af kommunernes tidlige indsats for udsatte og sårbare gravide og familier med børn i alderen 0-3 år. Baggrunden for afdækningen er, at satspuljepartierne i 2016 har afsat midler til en styrket sundhedsplejeindsats over for sårbare familier.

Overordnet set ønsker VIVE at belyse kommunernes erfaringer og nuværende praksis over for udsatte og sårbare familier med henblik på at etablere et vidensgrundlag for udmøntningen af satspuljen *Tidlig indsats for sårbare familier* (2017-2020). Delundersøgelsen vil have særligt fokus på samspillet mellem social- og sundhedsområdet i forhold til en tidlig indsats for sårbare familier. VIVEs delundersøgelse afdækker:

- hvordan kommunerne arbejder med og definerer målgruppen af sårbare familier
- hvilke muligheder og udfordringer, kommunerne oplever i arbejdet med disse familier, med særligt fokus på
- samarbejdet mellem socialområdet og sundhedsområdet især den kommunale sundhedspleje om den tidlige indsats til målgruppen

Holdet bag VIVEs delundersøgelse består af seniorforsker Miriam Wüst, forsker Katrine Syppli Kohl og stud.soc. Louise Jean Kristiansen. Tak til kommunerne, der prioriterede at deltage i undersøgelsen og til lektor Idamarie Leth Svendsen fra Institut for Socialt Arbejde på Professionshøjskolen Metropol for hendes kvalificerede kommentarer til kapitlet.

Baggrund

Tidlig indsats og tværfagligt samarbejde opfattes normalt som nødvendige forudsætninger for en effektiv og helhedsorienteret hjælp til sårbare og udsatte familier. Der har i de senere år været en stigende opmærksomhed på disse to aspekter af indsatsen over for sårbare familier, hvilket bl.a. er kommet til udtryk ved, at de udgør centrale elementer i *Barnets Reform* fra 2011, i revisionen af servicelovens forebyggelsesparagraf (§ 11) fra 2014 og i KL's udspil om udsatte børn og unge (2015). Ofte citeres den amerikanske økonom James Heckman for, at det bedst kan betale sig at foretage sociale indsatser i de første 3 år af et barns liv.²

De lovgivningsmæssige rammer for kommunernes arbejde med sårbare familier udgøres bl.a. af bestemmelserne i serviceloven, der giver kommunerne vide muligheder for at hjælpe udsatte og sårbare familier på mange forskellige måder.³ Serviceloven er en rammelovgivning og udstikker derfor en ramme for kommunernes indsats, men lader det være op til den enkelte kommune at udfylde den. Det er godt for det kommunale selvstyre og den demokratiske kontrol i forhold til prioritering af kommunens midler. Bagsiden af medaljen er, at en så bred og åben lovgivning kan bidrage til et meget uensartet tilbud til sårbare familier, afhængig af bopælskommunen, og være med til at skabe forventninger til indsatsen, som kommunerne i værste fald kan have svært ved at indfri i praksis.

¹ VIVE er navnet på det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd, der blev etableret ved fusion af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd og KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning 1. juli 2017.

² Kilde: James Heckman (2008): *Return of Investment*. Citeret i KL: Udspil om udsatte børn og unge, marts 2015. Se: <http://www.kl.dk/Kommunale-opgaver/Social-service/KL-mener-/De-udsatte-born---fremtiden-er-deres/>

³ I Bilag U opsummeres den vigtigste lovgivning på området.

I praksis er der da også forskel på kommunernes tilbøjelighed til at iværksætte sociale foranstaltninger over for børn.⁴ Det skyldes ikke alene kommunens egen indflydelse på serviceniveauet, men også manglende klarhed i lovgivningen på området.

Der er ingen tvivl om, at lovgivningen ikke giver et særligt præcist grundlag for at gennemføre en vurdering af, hvilke børn der har behov for særlig støtte. Det er en vurdering, som skal laves lokalt i kommunerne. I det omfang, der er geografiske forskelle på normer og kulturer i Danmark, vil det også afspejle sig i forskelle på, hvem der gribes ind over for (Ebsen, 2008: s. 25, citeret i Kloppenborg & Wittrup, 2015).

Den lovgivningsmæssige vaghed kan bl.a. hænge sammen med, at der ikke findes en alment anerkendt og nemt afgrænselig definition af, hvad en *udsat eller sårbar* familie er.⁵ Forståelsen i den kommunale hverdag af, hvem der hører til denne målgruppe, kan derfor afvige fra kommune til kommune og være påvirket af den enkelte medarbejders uddannelsesbaggrund og de opgavemæssige og lovgivningsmæssige vilkår for hans eller hendes arbejde. Udfordringerne bliver ikke mindre af, at fagpersoner, der arbejder med udsatte familier, har forskellige blikke på målgruppen. Både socialrådgivere, sundhedsplejersker og andet sundhedsfagligt personale beskæftiger sig fx indgående med børn, men med forskellige arbejdsopgaver og ud fra forskellige teoretiske og metodiske indfaldsvinkler.⁶

Når en tværfaglig tilgang og tværfagligt samarbejde fremhæves i de lovgivningsmæssige rammer for kommunernes indsats for sårbare og udsatte børn, er det bl.a. ud fra den betragtning, at tilgangene må gå hånd i hånd, fordi social udsathed er et komplekst fænomen, der rummer både sociale og sundhedsmæssige aspekter, og som derfor ikke kan løses uden et helhedssyn på den enkelte sårbare og/eller udsatte families situation. Sundhedsstyrelsen definerer da også børns sundhed bredt, som *"en tilstand, som hos et individ eller en gruppe af individer er karakteriseret ved fysisk, psykisk og social trivsel"*.⁷ Børns sundhed er dermed ikke alene et spørgsmål om biologiske vilkår og fravær af sygdom, men også om sociale forhold.

Et centralt spørgsmål i indsatsen for udsatte og sårbare familier er derfor, hvordan de afgrænses fra andre familier. De mest socialt belastede familier, der har tunge og komplekse socioøkonomiske og sundhedsmæssige udfordringer som fx stof- og alkoholmisbrug, vold, prostitution, sindslidelse, seksuelle overgreb og/eller hjemløshed i bagagen, udgør den ene ende af et kontinuum, hvis anden ende kan være sværere at placere. Det stigende fokus på tidlige og forebyggende indsatser medfører herudover et øget behov for tidlig identifikation af de familier, der er i risikozonen for at blive socialt belastede, endnu før problemerne har vokset sig store og synlige. Det øger alt andet lige kompleksiteten i kommunernes opgave og medfører en øget risiko for spændinger i forhold til grundlæggende principper for den offentlige indsats, fx saglighed og proportionalitet.

Trods begrebmæssig uklarhed og faglige forskelle står den tidlige indsats og det tværprofessionelle samarbejde ikke desto mindre som centrale rammeidealer for indsatsen for sårbare børn og familier. Som undersøgelsen vil vise, er den tværprofessionelle indsats for målgruppen bl.a. udfordret i forhold til vidensdeling. Forventningerne til, hvad en indsats er og skal bestå af, bl.a. i forhold til udveksling af oplysninger om den enkelte familie, kan være ganske forskellige på tværs af fag-

⁴ Se Kloppenborg & Wittrup (2015): *Sårbare børn – hvem er de, hvor bor de, og hvordan klarer de sig i skolen?* KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning. Kilde: https://www.kora.dk/media/4326951/10838_saarbare-boern.pdf

⁵ Se fx N. Ploug (2007): *Socialt udsatte børn: identifikation, viden og handlemuligheder i daginstitutioner*. SFI-Rapport 07:25. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Se også H.S. Kloppenborg & J. Wittrup (2015): *Sårbare børn – hvem er de, hvor bor de og hvordan klarer de sig i skolen?* KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning.

⁶ M. Ejrnæs (2004): *Faglighed og tværfaglighed. Vilkårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. København, Akademisk Forlag.

⁷ A. Poulsen (2015): *Skolesundhedsarbejde*. Sundhedsstyrelsen.

Kilde: <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/boern-og-unge/~media/15FF6B5FEEEE34386B4BC724F6940B37E.ashx>

grupper og sektorer, og lovgivningen på området kan på nogle punkter bidrage til disse problemer. Fx stiller servicelovens § 49a krav om "konkret nødvendighed", før oplysninger kan udveksles uden samtykke, og indeholder den begrænsning, at oplysningerne kun kan udveksles en gang (evt. to gange) på et møde. Bag disse bånd ligger forskellige faglige udgangspunkter og den nødvendige afvejning af forskellige hensyn til en effektiv offentlig indsats, til sektoransvarlighed og til principperne om proportionalitet og privat integritet.

Problemstilling og formål

Formålet med VIVEs delundersøgelse er at skabe viden om, hvordan kommunerne forstår og arbejder med målgruppen af sårbare familier, og hvilke muligheder og barrierer, de oplever i forhold til at skabe og opretholde et velfungerende tværprofessionelt samarbejde om en tidlig indsats på tværs af social- og sundhedsområdet. I den forbindelse afdækker VIVE, hvordan kommunerne definerer sårbare og udsatte familier, og hvordan de arbejder med og udvikler tilbud til målgruppen ud fra servicelovens bestemmelser, med særligt fokus på sagsbehandlerens samarbejde med sundhedsplejen (jf. serviceloven og vejledning nr. 3 om særlig støtte til børn og unge). Til det formål beskriver vi kommunernes nuværende praksis i forhold til at tilbyde en tidlig indsats for udsatte og sårbare børn og familier.

Afdækningsopgaven vil undersøge og beskrive:

Organiseringen af indsatsen: Hvordan er det tværfaglige arbejde i kommunerne organiseret i forhold til at sikre en tidlig indsats over for udsatte og sårbare børn og familier, herunder vordende forældre?

Definitioner og identifikationspraksisser: Hvordan definerer og identificerer relevante faggrupper i kommunerne familier, der hører til målgruppen? Vi fokuserer på faggrupperne i den kommunale sundhedspleje og socialforvaltningen.

Muligheder og udfordringer: Hvilke muligheder er der for samarbejde om en tidlig indsats over for målgruppen på tværs af social- og sundhedsområdet, og er der barrierer for, at samarbejdet og den tidlige indsats kan fungere optimalt, fx grundet forskelle mellem sundhedsfaglige og socialfaglige medarbejders forståelse af begreberne "udsatte og sårbare"?

VIVEs afdækningsopgave er organiseret i 4 dele. Den første beskriver undersøgelsen og baggrunden for denne. Anden del beskriver kommunernes forståelse af målgruppen og dens behov samt udvalgte muligheder og udfordringer i arbejdet med identifikation, indsatser og tværprofessionelt samarbejde om sårbare familier. I den tredje del præsenteres kommunernes egne forslag til, hvordan sundhedsplejen kan styrkes i forhold til målgruppen. I del 4 opsamler og kommenterer VIVE delundersøgelsens konklusioner.

Centrale begreber

Undersøgelsens centrale begreber *udsatte og sårbare familier* og *tværprofessionelt samarbejde* har det til fælles, at de er vanskelige og upræcise begreber og fænomener at arbejde med.⁸

I denne rapport forstås *familier* bredt som en enhed bestående af mindst én juridisk forælder og et eller flere fostre eller børn. Når vi i kapitlet skriver sårbare *familier*, kan der derfor være tale om mange forskellige konstellationer: Fra en gravid kvinde eller en enlig forælder med barn/børn til

⁸ A.M. Villumsen, J.H. Lund, U. Viskum & I.S. Jakobsen (2015): *Tværprofessionelt samarbejde om udsathed – et kort over land skabet af Forskningsbaseret viden*.
Kilde: <http://nububupt.dk/wp-content/uploads/2015/05/Review-om-tyvct.C3pct.A6rprofessionelt-samarbejde-27.04.15.pdf>

familier bestående af to forældre eller andre, der drager omsorg for et eller flere børn. I tråd med satspuljeteksten har vi valgt at afgrænse undersøgelsen til sårbare gravide og familier, der omfatter mindst et barn i alderen 0-3 år. Denne afgrænsning må antages at have betydning for, hvilke samarbejdspartnere på sundhedsområdet de socialfaglige deltagere i undersøgelsen har fortalt om, idet inklusion af familier med ældre børn kunne have ændret fokus til samarbejdet med bl.a. børne- og ungdomspsykiatrien.

Med *udsatte og sårbare* familier forstår vi som udgangspunkt familier, der befinder sig i en sårbar eller udsat samfundsmæssig position, og som derfor har forhøjet risiko for at få brug for en forebyggende foranstaltning eller blive genstand for en børnefaglig undersøgelse (Se også Laustsen m.fl., 2010). Forskningen i social udsathed peger på, at et barn eller en familie er udsat, når forskellige kombinationer af risikofaktorer optræder over længere tid, og der er fravær af beskyttelsesfaktorer.⁹ De mest veldokumenterede risikofaktorer er omsorgssvigt og seksuelle overgreb.¹⁰

Undersøgelsen udspringer bl.a. af den antagelse, at de social- og sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne ikke nødvendigvis mener det samme, når de taler om udsathed og sårbarhed. Derfor har vi bl.a. spurgt deltagerne i undersøgelsen om, hvilke tegn, de reagerer på, når de kategoriserer en familie som sårbar eller udsat, hvilke kategorier og metoder, de anvender i arbejdet med målgruppen, og hvad de gør, når de kommer i kontakt med en sådan familie. Det er altså i sidste ende et empirisk spørgsmål, hvordan kommunerne afgrænser og definerer undersøgelsens genstandsfelt.

Som tidligere beskrevet viser formuleringerne i serviceloven og i vejledningen om særlig støtte til børn og unge, at tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, vidensdeling og en helhedsorienteret indsats anses for at være af stor betydning i forhold til såvel tidlig indsats som forebyggende arbejde.¹¹ Vi operationaliserer samarbejdsbegrebet til at beskrive henholdsvis *organiseringen* og *karakteren* af samarbejdet. I dette kapitel skelner vi derfor imellem samarbejde, alt efter om faggrupperne, der samarbejder, er organiseret monofagligt, tværprofessionelt eller tværsektorielt. Samarbejde er *monofagligt*, når det foregår inden for egen faggruppe og enhed, dvs. kommunens sundhedsplejersker imellem eller kommunens sagsbehandlere imellem. Betegnelsen *tværprofessionelt samarbejde* bruger vi til at betegne samarbejdet mellem forskellige faggrupper inden for kommunen, fx sagsbehandleres samarbejde med sundhedsplejersker. Endelig bruger vi begrebet *tværsektorielt samarbejde* til at betegne samarbejde mellem de social- og sundhedsfaglige medarbejdere i kommunen på den ene side og de regionsansatte jordemødre eller personalet på familieambulatorier og barselsafsnit på den anden side.

Kvalitativt bruger vi de idealtypiske betegnelser *flerfagligt* og *tværfagligt* samarbejde til at beskrive typen af samarbejde, der er tale om, hvad enten dette samarbejde er tværsektorielt, monofagligt eller tværprofessionelt organiseret. Hvis to medarbejdergrupper arbejder *flerfagligt sammen* om en families sag, betyder det, at de arbejder parallelt på sagen i hver deres faglige regi, orienterer hinanden om, hvor langt de er nået, og laver aftaler om, hvad der skal ske. *Tværfagligt* samarbejde henviser til et mere vidtgående samarbejde, hvor flere faggrupper arbejder ud fra et fælles mål med inddragelse af familien og jævnlige koordinerer deres indsatser. På den måde kan hver fagperson anvende sin faglige ekspertise til at nå det fælles mål. Processen kræver gensidig respekt, fælles forståelsesramme og leder til udvikling af fælles viden, der nogle gange kaldes merviden.¹² I praksis vil der oftest være elementer af begge disse typer samarbejde i kommunernes praksis, og

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Fx servicelovens §§ 11, 19, 46, og 49a og 50 samt vejledningens pkt. 15, 19 og 37. Kilder: LBK nr. 1270 af 24/10/2016 (service loven) og Vejledning nr. 3 om særlig støtte til børn og unge.

¹² Se fx K. Dahl (2001): "Tverfagligt samarbejde – gevinst eller tap?" I: J.B. Nielsen & M. Knudsen (red.): *Antologi om tværfagligt samarbejde*. Udviklings- og formidlingscentret Børn og Familier.

vi bruger dem derfor primært til at diskutere tendenser eller yderpunkter i kommunernes beskrivelser.

Delundersøgelsens Design

VIVEs delundersøgelse anvender data indsamlet ved hjælp af dette design.

1. Spørgeskemaundersøgelse, alle kommuner

Som en del af afdækningen af samarbejdet mellem den kommunale sundhedspleje og socialforvaltningen i forhold til tidlig indsats over for udsatte og sårbare gravide og familier med børn i 0-3-årsalderen har VIVE foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt alle 98 kommuner. Formålet med undersøgelsen har været dobbelt; dels at samle data til at beskrive kommunernes organisering af arbejdet med målgruppen, med særligt fokus på inddragelse af sundhedsplejersker mv., dels at danne grundlag for udvælgelse af de 4 kommuner, der efterfølgende blev inviteret til at deltage i VIVEs fokusgrupper.

2. Fokusgruppeinterviews med relevante medarbejdere fra 4 udvalgte kommuner

Formålet med fokusgrupperne har været at undersøge og beskrive baggrunden for kommunernes organisering af indsatsen, deres kategoriseringer og indsatser, samt muligheder og udfordringer i forhold til at inddrage sundhedsplejersker og andet sundhedsfagligt personale i den tidlige indsats for målgruppen. Da kommunerne organiserer sig forskelligt, har vi så vidt muligt fastlagt relevante deltagere i fokusgrupperne i dialog med den enkelte kommune. Vi har dog som udgangspunkt ønsket en blandet fokusgruppe af medarbejdere, der er involveret i den tidlige indsats over for sårbare familier, herunder sundhedsplejersker, sagsbehandlere, der arbejder med de udsatte børnefamiliers sager, og evt. praktiserende læger og jordemødre.

3. Fokusgruppeinterview med ressourcepersoner inden for feltet

For at nuancere og perspektivere undersøgelsens resultater har VIVE endelig gennemført et fokusgruppeinterview med to udvalgte ressourcepersoner, der i kraft af deres stillinger har stor viden om målgruppen af sårbare og udsatte familier og arbejder med især sårbare gravide inden for hhv. sundhedssektoren og den tredje sektor. Begge deltagerne i denne gruppe har ud over viden om målgruppen også praktisk erfaring med samarbejdet med kommuner om indsatsen. Den ene er overlæge og faglig leder af et familieambulatorium, den anden har en lederstilling i en organisation, der bl.a. rådgiver sårbare familier.

Kommunerne i fokusgruppeundersøgelsen

I dette afsnit beskriver vi vores udvælgelseskriterier, deltagerne i den enkelte fokusgruppe og de medvirkende kommuners karakteristika.

Udvælgelse

Vi har udvalgt de 4 fokusgruppekommuner efter følgende kriterier: Dels ønskede vi at inkludere kommuner af en bred profil, dvs. at de skulle være fordelt på mindst 3 forskellige regioner og være af forskellig størrelse¹³ og type (yderkommuner, landkommuner, mellemkommuner og bykommu-

¹³ Små kommuner <25.000 indbyggere, mellemstore kommuner 25.000-75.000 indbyggere og store kommuner >75.000 indbyggere.

ner)¹⁴. Derudover ønskede vi både at sample kommuner, hvor VIVEs spørgeskemaundersøgelse peger på, at der er udfordringer i det tværfaglige samarbejde om indsatsen for målgruppen, og kommuner, som ser ud til at have et velfungerende og bredt tværprofessionelt samarbejde om sårbare og udsatte familier.

På baggrund af kommunernes besvarelser af VIVEs spørgeskemaundersøgelse udvalgte vi 3 kommuner af forskellig profil (geografisk, størrelsesmæssig og typemæssig). Den survey-baserede udvælgelse af kommuner med udfordringer og kommuner med et bredt og velfungerende samarbejde baserede vi primært på kommunernes besvarelse af et enkelt survey-spørgsmål. Det lød: *"I hvilken grad understøtter det/de tværfaglige fora et godt samarbejde om sårbare familier?"*. Kommunerne blev bedt om at rangere det tværfaglige forums succes på en skala fra 1-5 (hvor 5 er "i høj grad", og 1 er "slet ikke").

De udvalgte kommuner rangerede deres tværfaglige forums succes med karaktererne 2¹⁵, 3 og 4, hvilket indikerer, at samarbejdet fungerer middel til mindre godt i de to af kommunerne (Kommune D og Kommune A) og godt i den sidste kommune (Kommune C). Den fjerde kommune (Kommune B) udvalgte vi, fordi VIVEs ressourcepersoner på området anbefalede den som et eksempel på et tilsyneladende velfungerende og tæt samarbejde mellem socialområdet og sundhedsplejen. Baggrunden for dette var den relativt korte tidsfrist for undersøgelsen, der gjorde det attraktivt at rekruttere gennem eksisterende netværk. En femte kommune, der havde givet tilsagn om at deltage i undersøgelsen, trak sig da også i sidste øjeblik på grund af manglende tidsmæssige ressourcer hos socialrådgiverne i undersøgelsesperioden.

Deltagere i de tværprofessionelle kommunale fokusgrupper

Vi ønskede især at rekruttere menige sagsbehandlere og sundhedsplejersker, fordi disse to grupper er centralt placerede markarbejdere,¹⁶ der i deres daglige arbejde skønner, hvem der hører til målgruppen af sårbare og udsatte; og som på egen krop mærker, hvordan det tværprofessionelle samarbejde mellem deres faggrupper fungerer generelt og i forhold til den enkelte families sag. Disse medarbejdere er derfor i en unik position til at beskrive kommunens faktiske borgerservice og det praktiske samarbejde mellem deres faggrupper. De ved til gengæld ikke nødvendigvis så meget om målgruppens omfang eller om totaliteten af kommunens indsatser og ydelser, som deres chefer gør, ligesom de ikke nødvendigvis kan redegøre for, hvorfor ledelsesmæssige dispositioner af betydning for deres arbejde er blevet truffet.

Interviewet blev arrangeret af kommunerne selv efter aftale med chefen for familieafdelingen eller i et enkelt tilfælde chefen for kommunens tværfaglige familiehus. Organisatoriske og tidsmæssige begrænsninger gjorde, at jordemødre og praktiserende læger ikke deltog i nogen af fokusgrupperne. Dette forhold understøtter en af fokusgruppeundersøgelsens klare resultater, nemlig at det tværsektorielle samarbejde om sårbare og udsatte gravide mellem kommunernes medarbejdere og ansatte i sundhedssektoren stadig er præget af væsentlige udfordringer.¹⁷ I to af kommunerne (A¹⁸ og B¹⁹) bestod fokusgrupperne af menige markarbejdere, og i den tredje (Kommune D) af en sundhedsplejerske, en sagsbehandler (igen fra et team med vægt på den tungere ende af sags-

¹⁴ Kommuner kan kategoriseres som enten yderkommuner, landkommuner, mellemkommuner eller bykommuner, jf. Landdistrikternes befolknings- og beskæftigelsesudvikling, april 2014. Center for Landdistriktsforskning.

¹⁵ Da 1 ikke blev brugt, var 2 den laveste karakter, der blev givet. Langt størstedelen af kommunerne rangerede deres tværfaglige forum som 4 (godt) eller 5 (meget godt) på skalaen.

¹⁶ M. Lipsky (2010): *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

¹⁷ Se fx NIRAS (2017): *Slutevaluering af "Styrket indsats i svangreomsorgen for udsatte familier"*.

¹⁸ I Kommune A deltog en sundhedsplejerske (med et efter vores vurdering atypisk tæt samarbejde med sagsbehandlere, da hun allerede frikøbes af socialområdet til ekstrainsatser) og to familiesagsbehandlere fra det team, der arbejder med børnefaglige undersøgelser (primært efter SEL §§ 50-52).

¹⁹ I Kommune B deltog tre sundhedsplejersker og tre sagsbehandlere, der alle bl.a. arbejder med målgruppen af udsatte familier.

skalaen) samt kommunens familiechef. I den sidste kommune (Kommune C) valgte vi i dialog med kommunen at sammensætte en blandet fokusgruppe af relevante faggrupper, der i denne kommune har et tæt samarbejde om målgruppen. I dette interview deltog tre familiekonsulenter (en ergoterapeut, en socialrådgiver og en pædagog) og chefen fra kommunens tværfaglige familiehus, den ledende sundhedsplejerske (som også er interviewet til SIF's delundersøgelse), lederen af socialområdet (myndighed) og en konsulent fra social- og handicapområdet.

Denne måde at sammensætte fokusgrupperne på har haft den fordel, at vi har fået et bredt og nuanceret billede af, hvilke muligheder og udfordringer, kommunerne i undersøgelsen oplever i forhold til målgruppen og samarbejdet på tværs af social- og sundhedsområdet, med fokus på det praktiske samarbejde mellem sundhedsplejersker og sagsbehandlere i marken. Fordi fokusgrupperne ikke er sammensat af samme type medarbejdere, er det dog værd at bemærke, at de ikke i lige så høj grad understøtter en sammenligning af kommunernes tilbud. At et tiltag eller en indsats ikke er blevet nævnt i alle 4 fokusgrupper, kan jo både være tegn på, at de ikke alle har tiltaget/indsatsen, eller på, at de deltagende medarbejdere ikke har kendt til det, fordi de ikke selv sidder med opgaven og har overblik over alle kommunens tilbud og indsatser.

At deltagerne ikke altid har det fulde overblik over kommunens tilbud, bliver særligt tydeligt, når vi har spurgt ind til forebyggende foranstaltninger efter servicelovens § 11. Flere af kommunerne har placeret ansvaret for at identificere de familier, der skal have en sådan og for at tilrettelægge forløbene i et særligt team, og altså ikke hos de familiesagsbehandlere, der sidder med de børnefaglige undersøgelser og foranstaltninger efter § 50-52. Fokusgruppeundersøgelsen skal altså ikke læses som en facitliste over, hvilke indsatser, kommunerne tilbyder efter forebyggelsesparagraffen (§ 11), men den peger på, at der er basis for at inddrage flere medarbejdergrupper, herunder både sundhedsplejersker og sagsbehandlere på § 50-området, i arbejdet med at udvikle sådanne indsatser.

Kommunernes karakteristika

I dette afsnit præsenterer vi de 4 kommuner, der deltager i fokusgruppeundersøgelsen. Da hensigten med undersøgelsen ikke er at evaluere konkrete kommuners praksis, men at få detaljerede beskrivelser af de muligheder og udfordringer, som kommuner oplever i arbejdet med målgruppen af sårbare familier, har vi valgt at anonymisere kommunerne.

Kommune A

Kommune A er en stor bykommune i Region Sjælland. De socioøkonomiske forhold²⁰ i kommunen er blandt de næstbedste i landet. Kommunens Skole og Børn-afdeling omfatter underafdelingen B & U. I denne afdeling varetages vurderinger af, hvilken hjælp og støtte der kan tilbydes i forbindelse med undersøgelser af børn og unges trivsel og udvikling. I kommunens børnepolitik fremhæves det, at der er fokus på en tidlig og forebyggende indsats over for børn og unge med behov for støtte, på tværs af sektorer. En af kommunens politiske målsætninger er i forlængelse heraf en styrket tidlig og tværfagligt funderet indsats, hvor sundhedsplejen, dagtilbud, skole, Børn- og Ungeafdelingen m.fl. inddrages.

²⁰ Kommunerne kan socioøkonomisk set kategoriseres i fem grupper (bedst, næstbedst, middel, næstdårligst og dårligst) på baggrund af et gennemsnit af seks parametre: 1) Den gennemsnitlige a-skattepligtige indkomst. 2) Den gennemsnitlige brutto formueindkomst fra aktier og renter. 3) Andel af indbyggerne, der er i RKL-registeret – dvs. dårlige betalere. 4) Andelen af indbyggerne, der er i beskæftigelse. 5) Andelen af indbyggerne, der kun har en grundskoleuddannelse. 6) Antal anmeldte forbrydelser pr. 100 indbyggere. Kilde: https://cevea.dk/filer/dokumenter/analyser/udk_socioekonomi_endelig.pdf

Af Kommune A's besvarelse af VIVEs spørgeskema²¹ fremgår det, at kommunen har et tværfagligt forum vedrørende sårbare familier, men at dette forum kun i ringe grad (2) understøtter et godt samarbejde om disse familier. Faggrupper repræsenteret i det tværfaglige forum er daginstitution- og skoleområdet, PPR, Børn/familie området/myndighed samt sundhedsplejen. Det tværfaglige samarbejde omkring sårbare og udsatte familier i kommunen beskrives som ad hoc fra sag til sag, og der er ingen faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen.

Kommune B

Kommune B er en mellemstor landkommune i Region Nordjylland. De socioøkonomiske forhold i kommunen befinder sig blandt de næstdårligste i landet. Kommunens børn og familie-afdeling indeholder enhederne dagtilbud, skole og familie. Familieenheden omfatter både sundhedsplejen, familierådgivning, anbringelsesrådgivning, specialrådgivning, PPR og forskellige indsatsenheder. Kommunen beskriver deres tværfaglige samarbejde på børn og ungeområdet, som en tværfaglig indsats over for sårbare børn og familier, som bl.a. består i, at de forskellige enheder indgår i tværfaglige teammøder, der afholdes fast hver fjerde uge. Kommunens børnepolitik nævner den tidlige indsats over for børn og unge med særlige behov, og det fremhæves, at tværfaglighed i forbindelse hermed er en del af kommunens politiske målsætninger.

Kommunen har ikke deltaget i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, men har blandt ressourcpersoner på feltet ry for at være en af de kommuner, der er dygtige til at håndtere målgruppen af sårbare og udsatte familier, og hvor social- og sundhedsområdet arbejder tæt sammen om denne indsats.

Kommune C

Kommune C er en stor mellemkommune i Region Syddanmark. De socioøkonomiske forhold i kommunen placerer den i middelområdet. Sundhedsplejen er placeret under kommunens familie og forebyggelsesafdeling, som også huser børne- og familiecentret, sagsbehandlerne i familie- og handicapafdelingen, familieplejen samt et selvstændigt tværfagligt familiehus. Dette tværfaglige hus rummer forskellige faggrupper, som arbejder forebyggende gennem støtte og vejledning til professionelle, til børn og unge med særlige behov samt deres forældre. Kommunens børn og unge-politik ekspliciterer kommunens fokus på tidlig indsats over for sårbare børn og familier og en særlig målsætning om et tæt samarbejde mellem sundhedsplejen og dagtilbud.

Af Kommune C's besvarelse af VIVEs spørgeskema²² fremgår det, at kommunen har et tværfagligt forum vedrørende sårbare og udsatte familier, og at dette forum understøtter samarbejdet omkring disse familier i høj grad (4). Faggrupper repræsenteret i det tværfaglige forum er daginstitutionsområdet, PPR, børn/familieområdet/myndighed og sundhedsplejen. Det tværfaglige samarbejde omkring sårbare og udsatte familier beskrives som en kombination af ad hoc og formaliseret samarbejde, og der er faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen.

Kommune D

Kommune D er en mellemstor yderkommune i Region Syddanmark. Socioøkonomisk set er forholdene i kommunen blandt de dårligste i landet. Kommunens afdeling Familie og Børn indeholder enheden Faglig Rådgivning og Vejledning. I denne enhed har kommunen samlet socialrådgivere, psykologer, sundhedsplejersker, PPR-psykologer og uddannelsesvejledere i tværfaglige teams, der arbejder med støtte og rådgivning omkring problematikker i børnefamilier, som tilbydes på

²¹ Se Bilag Z.

²² Se Bilag Z.

distriktsskolerne i kommunen. Kommunen har endvidere en afdeling for udsatte børn og unge, hvortil underretninger sendes og behandles. Af kommunens børne- og ungepolitik fremgår et tydeligt fokus på at sikre en koordineret, tidlig og effektiv indsats over for kommunens sårbare familier.

Af kommunens besvarelse af VIVEs spørgeskema²³ fremgår det, at Kommune D har et tværfagligt forum vedrørende sårbare og udsatte familier, og at dette forum understøtter et godt samarbejde omkring disse familier i middel grad (3). Faggrupper repræsenteret i kommunens tværfaglige forum er PPR, børn og familieområdet/myndighed, sundhedsplejen samt ungdoms- og uddannelsesvejledningen. Det tværfaglige samarbejde omkring sårbare og udsatte familier beskrives som ad hoc fra sag til sag, og der er ingen faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen.

²³ Se Bilag Z

2 Kommunernes organisering af indsatsen

Hovedresultater fra VIVEs spørgeskemaundersøgelse

Målgruppen for VIVEs spørgeskemaundersøgelse er kommunale ressourcepersoner på *socialområdet* (fx sagsbehandler eller mellemlider med ansvar for § 50-undersøgelser). Det skyldes bl.a., at vi har ønsket at få besvarelserne fra de medarbejdere på socialområdet, der er bedst positioneret i forhold til at svare på, hvilke faggrupper der i praksis bliver inddraget i det tværfaglige samarbejde, efter hvilke kriterier og ikke mindst til at vurdere, hvor velfungerende samarbejdet er, set fra sagsbehandlerne på socialrådets perspektiv. I praksis har det givet behov for en del ekstra kommunikation med kommunerne om, hvem linket til spørgeskemaet skulle sendes til. I en håndfuld tilfælde har vi ved en fejl modtaget besvarelser fra ledende sundhedsplejersker. Disse besvarelser er ikke medtaget i undersøgelsen, men i de fleste tilfælde har vi efter henvendelse kunnet opnå en besvarelse fra en medarbejder fra socialområdet i samme kommune. I alt 74 ud af landets 98 kommuner har deltaget i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, hvilket giver en svarprocent på 75 pct. Spørgeskemaet er fortrinsvis besvaret af socialrådgivere/sagsbehandlere og team- eller afdelingsledere. I de følgende afsnit præsenteres spørgeskemaundersøgelsens indhold og hovedresultater.²⁴

Survey-spørgsmål

For at tage temperaturen på det tværprofessionelle samarbejde i kommunerne har vi stillet kommunernes socialfaglige medarbejdere en række spørgsmål til samarbejdet om sårbare familier i deres kommune. Spørgsmålene kan ses i tabel Y. Spørgsmålene vedrører organiseringen af kommunens indsats for målgruppen af sårbare familier og socialrådets inddragelse af det sundhedsfaglige personale i denne indsats. De fleste af spørgsmålene er tidligere blevet brugt til at belyse indsatsen, som den tager sig ud fra sundhedsplejens perspektiv.²⁵ Bilag Z indeholder en samlet oversigt over spørgsmål, svarmuligheder og besvarelser samt en sammenligning af VIVEs spørgeskemaundersøgelse med svar på samme spørgsmål givet i forbindelse med *Øjebliksbilledet af sundhedsplejen 2017*.

Tabel Y: Survey-spørgsmål

- Findes der et eller flere tværfaglige fora i kommunen vedrørende sårbare familier?
- I hvilken grad understøtter det/de tværfaglige fora et godt samarbejde om sårbare familier? (1-5)
- Hvilke områder er repræsenteret i dette/disse fora?
- Hvilken samarbejdsform beskriver bedst det tværfaglige arbejde om de sårbare familier?
- Hvad er andelen af sager i din forvaltning/på dit arbejdsområde, hvor sundhedsplejen inddrages aktivt?
- Er der faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen i dit arbejde med sårbare familier?
- Hvor enig er du i følgende udsagn (svarmuligheder: ja, nej, ved ikke):
 1. Sundhedsplejen har et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen
 2. Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn
 3. Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen

²⁴ Se Bilag Z

²⁵ Se Øjebliksbilledet af sundhedsplejen 2017 https://crunch.sfi.dk/media/2997/crunch_pct.C3pct.B8b_final.pdf

Besvarelser

Tværfaglige fora i kommunerne: Hvem er repræsenteret?

Kommunernes besvarelse af VIVEs spørgeskema viser, at stort set alle de adspurgte kommuner (97 pct.) angiver, at der eksisterer et eller flere tværfaglige fora i deres kommune vedrørende udsatte og sårbare familier²⁶, og 87 pct. af disse svarer, at det/de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde omkring disse familier i høj (4) eller meget høj grad (5). I kommunernes tværfaglige fora er forskellige faggrupper repræsenteret. I næsten alle kommuner er både Børn og Familieområdet (myndighed) og sundhedsplejen repræsenteret, og meget ofte sidder PPR og daginstitutionsområdet også med. I en fjerdedel af kommunerne er den del af socialområdet, der dækker handicap, psykiatrien og skoleområdet, repræsenteret, og i en tilsvarende andel af kommunerne er også jordemødrene fra fødestederne en del af det tværfaglige forum. I få kommuner er beskæftigelsesområdet og praktiserende læger repræsenteret i kommunens tværfaglige forum vedrørende udsatte og sårbare gravide og familier.

Samarbejdsform

Størstedelen af respondenterne (65 pct.) svarer, at det tværfaglige samarbejde om sårbare familier i deres kommune bedst kan beskrives som "en kombination af ad hoc og formaliseret samarbejde", mens knapt en fjerdedel af de adspurgte svarer, at de har "et formaliseret tværfagligt samarbejde med beskrevne målgrupper og arbejds gange". Det er de færreste kommuner (13 pct.), der angiver, at de hovedsageligt "arbejder sammen ad hoc fra sag til sag".

Aktiv inddragelse af sundhedsplejen i sager med sårbare familier

Knap halvdelen af kommunerne (43 pct.) angiver, at sundhedsplejen kun inddrages aktivt i 0-20 pct. af sagerne om sårbare familier, mens ca. hver sjette kommune angiver, at sundhedsplejen inddrages i hhv. 21-40 pct. af sagerne, i 41-60 pct. af sagerne eller i 81-100 pct. af sager om sårbare familier. De færreste kommuner (9 pct.) svarer, at sundhedsplejen inddrages aktivt i 61-80 pct. af sager om sårbare familier. Der er som oftest ikke faste kriterier for, hvornår sundhedsplejen inddrages (71 pct.). I 3 ud af 4 kommuner inddrages sundhedsplejen ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn. Kun i hver tredje kommune inddrages andet sundhedsfagligt personale rutinemæssigt i den tidlige indsats over for sårbare familier, oftest jordemødre (20 pct.) og praktiserende læger (19 pct.). I 68 pct. af disse kommuner sker inddragelse af andet sundhedsfagligt personale kun i 0-20 pct. af sagerne, og i lidt over halvdelen dem (56 pct.) er der faste kriterier for, hvornår dette sker.

Opsamling

Kommunernes besvarelser af VIVEs spørgeskema viser, at stort set alle kommuner har et tværfagligt forum vedrørende målgruppen, og at socialområdet inddrager sundhedsplejen og i mindre omfang andet sundhedsfagligt personale i deres sager med sårbare børn og familier. Men den viser også, at der er ret stor forskel på, hvilken andel af sagerne dette sker i, og at ikke alle kom-

²⁶ For at resultaterne af VIVEs spørgeskemaundersøgelse skulle være sammenlignelige med *Øjeblikbilledet af sundhedsplejen 2017* har vi ikke på dette stadie af undersøgelsen begrænset til den snævrere målgruppe af sårbare gravide og familier med børn fra 0-3 år.

munerne inddrager sundhedsplejen ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn.

Det er ikke muligt på baggrund af VIVE' spørgeskemaundersøgelse at konkludere, hvad forskellene mellem kommunerne bunder i. Vi ved imidlertid, at holdninger til, hvorvidt sundhedsplejen skal inddrages eller ej kan hænge sammen med fagpersonens forestillinger om, hvad sundhedsplejersker ved og kan bidrage med. En tidligere undersøgelse har således vist, at sundhedsplejersker og sagsbehandlere generelt ofte er ret enige med hinanden om indsatsen til sårbare familier.²⁷ De største forskelle i holdning til, hvorvidt sundhedsplejen bør være med til at diskutere en families sag i et tværfagligt team, kan ses, når fagpersonerne bliver bedt om at tage stilling til en vignette, hvor børnene i familien er hhv. 5 og 8 år gamle. Her er det kun 39,1 pct. af de adspurgte sagsbehandlere og hele 74,6 pct. af de adspurgte sundhedsplejersker, der mener, at sundhedsplejersken skal inviteres med. En mulig forklaring på denne store forskel er, at sagsbehandlere umiddelbart finder det relevant at inddrage sundhedsplejen, hvis barnet er et spæd- eller småbarn, men ikke i samme grad opfatter sundhedsplejen som i besiddelse af relevant viden i forhold til ældre børn. Når sundhedsplejerskerne mener, at sundhedsplejen bør inviteres med, kan det altså hænge sammen med, at de har bedre overblik over, hvad sundhedsplejersker kan have af viden, fx fra besøg i familien, da børnene var mindre, eller via skolesundhedsplejersken.

Hovedresultater fra VIVEs fokusgruppeundersøgelse

I fokusgruppeundersøgelsen har vi stillet deltagerne i 4 tværprofessionelle fokusgrupper i 4 udvalgte kommuner en række uddybende spørgsmål for at belyse deres erfaringer med at arbejde med målgruppen af sårbare og udsatte familier. Fokus i undersøgelsen har været at afdække, hvordan kommunerne arbejder med og afgrænser målgruppen, hvilke muligheder og udfordringer kommunerne oplever i den forbindelse, samt deres forslag til, hvordan indsatsen kan styrkes ved hjælp af tiltag forankret i sundhedsplejen.

I det følgende behandler vi først udfordringer og muligheder relateret til de sårbare familier og kommunernes tilbud til dem (Tema 1) og derefter udfordringer og muligheder relateret til organiseringen af arbejdet og det tværfaglige samarbejde for målgruppen (Tema 2).

Tema 1: Hvem er de sårbare familier? udfordringer og muligheder relateret til identifikation og indsats

For at belyse, hvordan kommunerne afgrænser målgruppen og kategoriserer familier, har vi spurgt deltagerne i de tværprofessionelle fokusgrupper om, hvilke *tegn* på sårbarhed og udsathed, de reagerer på, når de møder en familie, og hvilke *metoder*, de anvender til kategorisering af målgruppen.

Fokusgruppeundersøgelsen viser, at kommunerne også i praksis oplever udfordringer i forhold til at definere, hvem der hører til målgruppen af sårbare familier. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at deltagerne har svært ved at sætte tal på omfanget af målgruppen i deres kommune. I Kommune B svarede deltagerne, at de ikke kender det præcise omfang af målgruppen, men oplever, at de har "mange" sårbare familier, fordi "husene er billige". En af sundhedsplejerskerne uddyber, at det i de mest belastede boligområder "føles som om" 50 pct. af familierne er i målgruppen. I Kommune D svarer familiechefen, der deltog i fokusgruppen, at "*cirka 20 pct. af kommunens familier har udfordringer på et eller andet niveau, slemme og gråzonesager under et*". I Kommune A henviste delta-

²⁷ Ejrnæs, M. (2004): s. 78ff.

gerne os til efter interviewet at spørge ledelsen om målgruppens størrelse, hvilket førte til dette svar:

Det kommer jo helt an på, hvordan vi definerer sårbarhed. Men som "tommelfingerregel" har vi i Sundhedsplejen det blik, at 75 pct. af vores 0-1 årige kommer "ukompliceret" gennem spædbarnstiden, mens 20 pct. skal have en eller anden form for ekstra indsats, enten gennem ekstra sundhedspleje, kontakt til praktiserende læge eller andre interne og/eller eksterne. Når denne indsats er iværksat, vil børnene være i trivsel (altså børn vi "vender i døren" med en afgrænset indsats), de sidste 5 pct. af årgangen vil være børn og familier, der kræver en længerevarende og intervenserende indsats, hvor ansvaret for den primære koordinering af indsatser vil være hos myndighedsområdet. (e-mail fra ledende sundhedsplejerske, Kommune A)

Adspurgt om målgruppen af sårbare og udsatte familier har deltagerne i fokusgrupperne altså en tendens til at være vage og til at nævne alle de familier, der har brug for en ekstra indsats, hvad enten der er tale om det, som familiechefen i Kommune D kalder "slemme sager" eller "gråzone-sager".

Kommunerne i fokusgruppeundersøgelsen opererer altså tilsyneladende med en relativt bred og vag arbejdsdefinition af, hvad en sårbar og udsat familie er. Det giver fleksibilitet i forhold til, hvem der kan inkluderes og få gavn af indsatsen, men peger også på, at det kan være udfordrende for kommunerne at identificere en del af de familier, der inkluderes i målgruppen; ligesom det kan være en udfordring at have differentierede tilbud på hylderne, der modsvarer alle målgruppefamiliers behov. For kommunerne betyder den relativt brede og vagt afgrænsede målgruppe bl.a., at kategorisering af familier i målgruppen kræver et professionelt skøn, og at indsatsen fordrer en differentieret tilbudsvifte, der modsvarer de meget forskelligartede behov, som familier i målgruppen vil have, alt efter karakteren og graden af deres individuelle udfordringer. Flere af kommunerne nævner fx, at de tungeste familier har det med at blive væk fra eller droppe ud af indsatser som forældrekurser, der er tiltænkt et bredt spektrum af familierne i kommunen.

Tegn på, at en familie hører til målgruppen af udsatte og sårbare familier

Deltagerne i fokusgrupperne er enige om, at sundhedsplejerskernes rolle som dem, der kommer i alle familier, giver dem en unik position i forhold til at identificere de udsatte og sårbare familier. Der er ikke stor forskel på, hvilke tegn, sundhedsplejerskerne og sagsbehandlerne i fokusgrupperne fortæller, at de reagerer på, når de skal bedømme, om en familie er udsat eller sårbar. De omfatter bl.a. fysiske og psykiske lidelser eller handicap hos forældrene eller barnet, tidligere misbrug hos forældrene eller misbrug, vold eller andet under forældrenes egen opvækst. Unge forældre eller vordende forældre er i udgangspunktet også under mistanke for at være sårbare. I Kommune C nævner deltagerne også familiernes boligforhold, jobsituation samt – som i Kommune D – forholdet mellem mor og far som faktorer, der indgår i vurderingen af, hvorvidt familien bør betragtes som sårbar eller udsat.

En sundhedsplejerske beskriver sin identifikationspraksis således: "Jeg går ind hos familien og ser efter røde lamper. Det kan være mange forskellige ting, men jeg har ligesom nogle røde lamper, som jeg ser efter om lyser rødt eller helt kan slukkes" (Sundhedsplejerske Kommune D). Blandt de 'røde lamper' som sundhedsplejerskerne i interviewene fortæller, at de reagerer på, er ikke alene barnets generelle trivsel, fysiske og psykiske udvikling, adfærd/ændring i adfærd, men også familiens baggrund, nuværende situation og generelle kompetencer, der kan give et indtryk af familien som helhed.

Til forskel fra andre sundhedsprofessionelle som praktiserende læger, jordemødre og personalet på barselsafsnittene fortæller sundhedsplejerskerne, at de er særligt opmærksomme på, om forældrene selv har haft en svær opvækst med vold, stof- eller alkoholmisbrug, ustabilitet, incest, anbringelser e.l.; om forældrene har eller har haft et misbrug; deres uddannelse og alder, deres tilknytning til arbejdsmarkedet; familiens sociale netværk; samspillet mellem forældrene og deres sprogbrug over for hinanden og håndtering af konflikter; forældrenes begavelse samt deres evne til at imødekomme barnets behov og udsætte deres egne (alle kommuner). Sundhedsplejen ser også efter tegn på forældrenes indsigt i, hvad forælderrollen kræver, og vurderer, om de realistisk set kan varetage den baseret på deres nuværende situation (Kommune D). Endelig ser sundhedsplejen efter, om forældrene overholder Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende egen livsstil og barnets kost, vitaminer m.m. (Kommune C).

Det er altså en bred vifte af sociale og sundhedsmæssige faktorer, der kan ligge til grund, når en familie kategoriseres som sårbar eller udsat. Tegnene omfatter både sundhedsmæssige og sociale forhold, der kan indgå i et skøn af, om familien har brug for en ekstra indsats eller ej. De fremstår som et relativt åbent og skønsafhængigt fælles tanke- og handlerum, som den tværprofessionelle kategoriseringsbeslutning kan hvile på. Der er ikke større forskelle kommunerne imellem.

Der er heller ikke væsentlige forskelle på de tegn, sundhedsplejerskerne og sagsbehandlerne i fokusgrupperne angiver, at de er opmærksomme på i mødet med en familie, der kan være udsat eller sårbar. Deltagerne i fokusgrupperne bestående af menige sundhedsplejersker og sagsbehandlere (Kommune A, B og D) fortæller, at de ikke oplever, at deres forskellige faglige perspektiver i nævneværdig grad leder til uenighed om, hvilke familier der hører til målgruppen.

Begge faggrupper fortæller i høj grad om opmærksomhed på sociale forhold i deres udsathedsvurderinger. Som det vil fremgå af afsnittet om det tværsektorielle samarbejde med jordemødre og andet sundhedspersonale mener de også, at deres arbejde vanskeliggøres af, at de andre faggrupper har for lidt fokus på sociale og psykologiske forhold, der kan gøre forældreskabet vanskeligt. Ingen af fokusgruppemedtagerne sætter spørgsmålstejn ved, om sundhedsmæssig udsathed grundet dette fokus kommer til at træde i baggrunden i forhold til social udsathed. Det er ikke muligt at sige, om dette skyldes, at problemet ikke eksisterer, eller om det skyldes, at sagsbehandlerne som faggruppe har større vægt end sundhedsplejerskerne, og at deres faglige perspektiv farver indsatsen for familierne. Det er ikke desto mindre værd at nævne, at en sådan magtubalance er en kendt risikofaktor i tværprofessionelt samarbejde og at et blik på målgruppen baseret på en overvægt af sociale forhold risikerer at lede til, at sundhedsmæssigt udsatte familier kan blive overset både i forhold til identifikation og indsats. For at imødekomme denne mulige udfordring foreslog et medlem af ressourcefokusgruppen, at sundhedsplejerskernes sundhedsfaglighed kan styrkes ved mere medicinsk supervision og sparring.

Skøn og kategoriseringer

Når sundhedsplejersker og sagsbehandlere identificerer en potentielt udsat og sårbar familie, er det en væsentlig del af deres opgave at vurdere, om familien har sociale og/eller sundhedsmæssige udfordringer, der gør, at den har brug for en ekstra indsats, og hvad karakteren og graden af disse udfordringer er. I fokusgruppeinterviewene kommer dette behov bl.a. til udtryk ved, at især sundhedsplejerskerne, der jo foretager identifikationen af målgruppen blandt alle familier, splitter de sårbare familier op i to hovedkategorier, som vi her har valgt at give de emiske betegnelser "tunge familier" og "gråzonefamilier".

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

Sundhedsplejerskens position som den, der kommer i alle familier, giver ifølge kommunerne i undersøgelsen særlige muligheder for at imødegå udfordringen med, at de tungeste familier ikke selv kan eller ønsker at kontakte kommunen. Fordi sundhedspleje er et generelt tilbud, kan sundhedsplejerskebesøg være en tillidsvækkende, ikke-stigmatiserende indsats til støtte for den enkelte tunge familie. Sundhedsplejersken kan spille en væsentlig rolle som en tillidsperson, der kender familien, og som derfor kan være det mellemlid, der hjælper familie og visitator/sagsbehandler i kontakt med hinanden på en så ufarlig og personlig vis som muligt. Flere af kommunerne har gode erfaringer med, at en sundhedsplejerske med familiens samtykke kan invitere en sagsbehandler eller visitator med på sit næste besøg i familien:

Vi når altså også de her sårbare familier meget bedre ved at komme ud og stille og roligt snakke om – i stedet for bål og brand og underretning. Og de er jo tit nogen, der godt kender til kommunen, og det er lige meget hvad, lige så snart man nævner underretning, så stejler de jo. (Sagsbehandler, Kommune B)

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

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

De udfordringer, kommunerne beskriver for arbejdet med gråzonefamilier, er både i forhold til identifikation og rekruttering til indsatser ud over sundhedsplejebesøg, og at der mangler ressourcer til at støtte dem, fx i form af støtte til relation i forbindelse med skilsmisse, hjælp til at finde støtteressourcer i familiens netværk, psykologhjælp og andre tilbud.

Selvom det stigende fokus på en tidlig og forebyggende indsats har været med til at gøre målgruppen større og mindre nemt afgrænset, så har det også vist sig at give muligheder for et forbedret tværprofessionelt samarbejde for sårbare familier. Ifølge en af de deltagende sundhedsple-

jersker har det ikke mindst bidraget til at øge fokus på tværs af faggrupper på de familier, der (endnu) ikke er tunge nok til at være underretninger.

Hvis man skal have en forebyggende tidlig indsats, så skal vi jo starte, når man ser de første spæde tegn for at ændre nogle ting. Og så skal vi ikke først handle, når hele basis er væk, fordi så koster det, både menneskeligt og økonomisk. (Sundhedsplejerske, Kommune D).

Et fokus på tidlig indsats har ifølge sundhedsplejersken været med til at forbedre samarbejdet og kommunikationen mellem sagsbehandlerne på socialområdet og sundhedsplejen og mindske den potentielle uenighed om, hvem der skal have hvilken indsats. I Kommune C har man derudover gode erfaringer med at have en socialfaglig rådgiver ansat i kommunes tværfaglige familiehus. Hendes opgave er at understøtte den tidlige indsats, der skal forhindre, at familier udvikler sig til underretningsfamilier, fordi problemerne er vokset sig for store, og børnene mistrives.

... i det tidlige forebyggende og der, hvor jeg netop samarbejder med sundhedsplejerskerne, det er der, hvor en sundhedsplejerske godt kan være bekymret for et barn, men hvor vi bare ikke er der, hvor familieafdelingen skal ind. Fordi barnet er måske ikke i mistrivsel endnu, eller det er ikke så massivt, og det er der, hvor vi ofte vil have et samarbejde om: Hvad gør sundhedsplejersken, og hvad kan jeg som socialfaglig rådgiver gøre i forhold til systemet ude i normalområdet, inden barnet skal i institution osv. Så der bygger vi lige bro mellem de systemer. (Socialfaglig rådgiver, Kommune C).

Flere af kommunerne påpeger dog, at der stadig er udfordringer i forhold til indsatsen over for både tunge familier og gråzonefamilier. I de tunge familiers tilfælde kan en udfordring som nævnt være, at generelle gruppebaserede tilbud, der er udviklet til middelklassens funktionsniveau og behov, ikke nødvendigvis appellerer til de tunge familier. Barriererne kan både være en forventning om, at familien selv skal tilmelde sig og møde op til et kursus, og oplevelsen af at sidde på et kursus sammen med en gruppe forældre, hvis problemer er af en helt anden karakter og tyngde end ens egne. I nogle kommuner nævner især sagsbehandlerne også, at de savner redskaber til at arbejde med forældre med borderline og andre psykiske problemer, som kan være svære at håndtere, fordi de ifølge sagsbehandlerne skifter mening og mangler indsigt i, hvad deres diagnose betyder for deres børn.

Sundhedsplejerskernes position som kommunens yderste led i arbejdet med alle familier giver dem ideelt set mulighed for at hjælpe og holde øje med familierne i gråzonen. En barriere, der nævnes i forhold til dette, er, at sundhedsplejen har begrænsede ressourcer. Det har en negativ påvirkning på sundhedsplejerskernes mulighed for at tilbyde en fleksibel, tidlig og forebyggende indsats til familier med afgrænsede problematikker og på muligheden for at hjælpe og holde øje med familier, der har sagt nej til mere vidtgående indsatser. Som vi vender tilbage til i afsnittet om kommunernes ønsker til fremtiden, ønsker kommunerne i undersøgelsen, at sundhedsplejens mulighed for at komme i bl.a. disse familier forbedres. Nogle kommuner efterlyser også målrettede tilbud til nogle af de mere afgrænsede problematikker, disse familier kan have, fx kurser i, hvad det kan gøre ved børnene, at en forælder har borderline, eller at forældre i skilsmisse er i konflikt.

Redskaber til identifikation og kategorisering

Fokusgruppedeltagerne er generelt meget opmærksomme på nødvendigheden af tidlig og korrekt identifikation af familier, der hører til målgruppen for en tidlig indsats. I den sammenhæng spiller egen eller andre faggruppers tidlige og retvisende screening af familierne en fundamental rolle.

Deltagerne fortæller, at de arbejder med forskellige metoder til identifikation og kategorisering af familier som sårbare eller udsatte, hvoraf nogle er standardiserede screeningsredskaber som ADBB og SOS²⁸, og andre er hjemmebesøg og cafetilbud, der bringer familien og fagpersonen sammen og på den måde kan danne basis for en mere uformel vurdering af familien. Fokusgruppedeltagerne er blevet spurgt, hvilke redskaber de selv bruger til at kategorisere en familie som udsat eller sårbar med. Det betyder, at de ikke nødvendigvis har svaret på, hvad deres kolleger i samme stilling gør. Derudover har deltagerne i nogle tilfælde kun nævnt standardiserede screeningsredskaber og i andre tilfælde ligeledes elementer som journalisering og hjemmebesøg.

Opgørelsen i Tabel X skal derfor ikke ses som en udtømmende og sammenlignelig liste over kommunernes respektive brug af screeningsredskaber og -indsatser. Den giver ikke desto mindre en overordnet fornemmelse af ligheder og forskelle i de 4 kommuners brug af metodiske redskaber i deres identifikations- og screeningspraksis. Alle kommunerne angiver fx, at de bruger Integrated Children's System (ICS), der er en helhedsorienteret metode til udredning og sagsbehandling i sager om udsatte børn og unge, herunder risikovurdering.²⁹ Kommune A og B bruger derudover begge Signs og Safety (SOS), der ligeledes kan anvendes til at foretage risikovurderinger i børnesager og vurdere tegn på fare og tegn på sikkerhed.

Tabel 2.1 Metoder til identifikation og kategorisering af sårbare familier

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

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

Kilde: Skemaer udfyldt af deltagerne i forbindelse med VIVEs fokusgruppeinterview

Samtidig viser interviewene, at der ofte er forskel på, hvad forskellige sundhedsplejersker eller sagsbehandlere ansat i samme kommune har i værktøjskassen. Det kan fx skyldes, at nogle, men ikke alle medarbejdere har været på kursus i en bestemt metode, som fx ADBB. Det er værd at

²⁸ Se bilag Y.

²⁹ Se Bilag Y.

være opmærksom på, at sådanne forskelle medfører en risiko for et ujævnt serviceniveau over for sårbare børn og familier, ikke alene kommunerne imellem, men også inden for samme kommune.

Gode erfaringer med tiltag og indsatser for målgruppen

Kommunerne i undersøgelsen fortæller om forskellige indsatser, som de har gode erfaringer med i forhold til målgruppen af sårbare familier. Her vil vi fremhæve tre, der relaterer sig til overgangen, hvor en familie går fra at være modtager af tilbud i sundhedsplejens regi til at modtage foranstaltninger i andet regi, hvad enten de er forebyggende eller ej.

1. Sundhedsprofessionelle henviser direkte til tidlig, forebyggende indsats. Kommune A har i en årrække haft en ordning, hvor en lang række faggrupper har haft mulighed for at henvise familier direkte til en tidlig forebyggende indsats i kommunens familiehus.³⁰ Denne indsats kunne både være individuel og gruppebaseret og fx bestå i socialt gruppearbejde, grupper for forældre til for tidligt fødte børn og samtaler med familiebehandler eller småbørnspsykolog. På et møde hver fjortende dag blev hver enkelt henvisning evalueret af en tværprofessionel gruppe bestående af familiechefen, en familiesagsbehandler og en sundhedsplejerske med henblik på at vurdere, om den er korrekt klassificeret. Ifølge sundhedsplejersken var projektet en stor succes, fordi det var så smidigt og ufarligt, og derfor var et godt forebyggende tilbud, som det var nemt for sundhedsplejerskerne at motivere familierne til at deltage i. Hendes oplevelse understøttes af, at det ifølge projektets evaluering var sundhedsplejerskerne, der brugte henvisningsmuligheden mest, efterfulgt af jordemødre. Hvis ordningen genindføres, ønsker hun sig, at den fagperson, der har henvist familien, altid skal deltage i det udvalgsmøde, hvor klassifikationen evalueres. I dag, hvor ordningen er lukket, er det sagsbehandlerens oplevelse, at *”der er rigtigt mange, vi må lukke, fordi vi ikke har det tilbud, som projektet var før”* (Sagsbehandler, Kommune A).

2. Graviditetsbesøg ved sundhedsplejen: Flere af kommunerne tilbyder, eller har tidligere tilbudt, alle førstegangsfødende gravidbesøg ved sundhedsplejen. Gravidbesøg til alle gravide, eller som et minimum til førstegangsfødende, fremstår også som en god mulighed, som kommuner kan benytte i forhold til identifikation og tidlig indsats.

Vi går efter, at gravidbesøg skal være til flergangsfødende, fordi der ligger stor værdi i at tilbyde det til dem, specielt med de familiestrukturer vi har i dag, og så med alt det, der ligger – som vi ved nu fra forskningen, at der kan ligge meget, meget tidligt. Det gælder også for flergangsfødende, fordi det vi ofte ser, som forskningen viser, er, at der er noget, man glemmer ved sine efterfølgende børn. Som det første barn får. ... og det er [jordemødrene] sådan set heller ikke uddannet til, det er den anden del af det. Så det er jo meget på sin plads, at man lægger ressourcerne der, hvor det giver mening. Hos jordemødrene: Hvad det er, de skal tage sig af både under svangre- og lige efter. Og så ligger det andet i et fællesskab, hvor man lapper ind over hinanden: Det er sundhedsplejerskernes arbejde (Ledende sundhedsplejerske, Kommune C).

³⁰ Projektet var forankret i sundhedsplejen og skulle styrke den tidlige indsats for gravide og børn i alderen 0-2-år. Her kunne læge, jordemor, sundhedsplejerske, psykolog og sagsbehandlere alle henvise direkte til tilbud som familieforbereelse, samtale med familiebehandler, socialt gruppearbejde, gruppe for præmature og samtale med småbørnspsykolog, inden problemerne har vokset sig store, og en underretning bliver relevant. Sundhedsplejersker henviste flest (75 ud af 155 familier i projektperioden), jordemødre næstflest (45 familier). Projektet var et metodeudviklingsprojekt, som blev en stor succes og forankredes i kommunen i en årrække, efter at den oprindelige bevilling udløb. I dag er det imidlertid lukket, uden at deltagerne i fokusgruppen helt kan sige hvorfor. De gætter på, at det skyldes, at der var for stort pres på kommunens familiehus (hvor familiebehandling bl.a. foregår) og håber at få det genetableret.

Kommune A vil gerne placere besøget så tidligt som muligt i andet trimester, for at sårbare familier kan identificeres tidligt, så en tidlig indsats kan begynde allerede under graviditeten. I Kommune C ønsker man, at besøget skal ligge i andet trimester, hvor familierne erfaringsmæssigt er mest motiverede for livsstilsændringer.

3. *Opdeling af sagsbehandlere på frontteam og socialteam:* I Kommune D har de gode erfaringer med at have opdelt sagsbehandlerne på et frontteam og et socialteam. Denne ændring har ifølge deltagerne forbedret sagsflowet meget. Frontteamet modtager alle bekymringshenvendelser og undersøger og klassificerer dem efter, hvor bekymrende de er. Sagsbehandlerne i frontteamet har selv har ansvaret for at behandle akutte sager og står også for 11.3-forløb, mens de tungere sager behandles i et socialteam.

Det har gjort, at man, som indianeren, ude i marken kan komme af med sagerne, fordi før der har det været rigtigt problematisk at få flow, fordi der stoppede sagerne op i de enkelte faggrupper, og man kunne ikke komme videre i forløbet, kan man sige, og det er vi heldigvis fri for [nu], for der er kun en telefonopringning, hvor vi siger, at "Nu er det nu, så er vi i gang". Så det har været utroligt effektivt. (Sundhedsplejerske, Kommune D)

Det er planen, at frontteamet også skal fungere som en udkørende, fremskudt indsats og bl.a. deltage i flere tværfaglige møder, men det har ifølge familiechefen ikke været muligt endnu grundet en stor sagstilgang.

Tema 2: Tværprofessionelt og tværregionalt samarbejde om sårbare familier. Udfordringer og muligheder

I dette afsnit vil vi på basis af diskussionerne i fokusgrupperne behandle en række udfordringer og muligheder i forbindelse med det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde om målgruppen af sårbare gravide og familier med børn i alderen 0-3 år. Nogle af disse udfordringer og muligheder går igen i flere kommuners oplevelser, mens andre er specifikke for en enkelt kommune i undersøgelsen. Deltagerne i fokusgrupperne har ofte selv gode forslag til, hvordan deres udfordringer kunne løses, ligesom de andre kommuners erfaringer rummer inspiration til mulige løsninger på udfordringer relateret til kommunernes organisering af det tværprofessionelle/tværsektorielle samarbejde.

Organiseringen af indsatsen

Den organisatoriske placering udgør en vigtig ramme for den enkelte faggruppes arbejde, og ikke mindst for det tværprofessionelle samarbejde mellem faggrupperne, hvad enten det går på tværs af almen- og specialområdet eller af forskellige fagligheder i specialmiljøet. 3 af de 4 kommuner i fokusgruppeundersøgelsen (Kommune B, C og D) har organiseret sig sådan, at sundhedsplejen og sagsbehandlerne, der arbejder med udsatte børn og familier ligger i samme overordnede søjle baseret på et *livsfaseprincip*. Både sundhedsplejersker og sagsbehandlerne er altså organisatorisk placeret i kommunens Børne- og Ungeforvaltning. En sådan placering kan alt andet lige understøtte en tidlig og sammenhængende indsats, fordi alt hvad der vedrører børn og unge hører hjemme i samme forvaltningsgren.³¹ Vi kan ikke på baggrund af fokusgruppeundersøgelsen alene konkludere, at en sådan organisering giver de bedste muligheder for et velfungerende og tværfagligt tværprofessionelt samarbejde. Det er imidlertid værd at bemærke, at Kommune A, der fortæller om de

³¹ Se: Mortensøn & Neerbæk (2008): Kilde: <https://www.sfi.dk/publikationer/fokus-paa-skolegang-ved-visitation-til-anbringelse-uden-for-hjemmet-5073/> og Servicestyrelsen (udateret) <https://socialstyrelsen.dk/filer/born/faglig-ledelse-og-styring/inspirationshaefte-organisering-struktur-og-arbejdsgange.pdf>

største kommunikationsproblemer mellem social- og sundhedsområdet, samtidig er den eneste kommune i undersøgelsen, hvor sundhedsplejen er organiseret i en Sundhedsforvaltning og ikke i kommunens Børn og Unge-forvaltning.

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

I Kommune A oplever både sagsbehandlere og sundhedsplejersker derimod, at kommunens frontteam ikke er gode nok til at håndtere sundhedsplejens og familiernes henvendelser. Sundhedsplejen ønsker at kunne hjælpe familierne ved at lave bløde henvendelser, hvor de kontakter kommunen sammen med en familie, uden at der skrives til underretning. Til deres frustration er forvisitationen i de fleste tilfælde begyndt at kræve underretninger, før de vil behandle henvendelsen. Dette opfatter sundhedsplejerskerne og de deltagende sagsbehandlere fra kommunens socialteam (dem, der sidder med § 50-undersøgelser og børnesager) som meget uhensigtsmæssigt i forhold til relationen til familien, der er hele grundlaget for at kunne rekruttere og fastholde familien. Trods deres umiddelbare opfattelse af, at der må være tale om en misforståelse, kan situationen også skyldes prioritering af ressourcer, og at ledelsen har fundet det nødvendigt at øge omkostningerne for dem, der henvender sig med henblik på at reducere antallet af henvendelser (Lipsky, 2010).

Udfordringer og muligheder i det tværprofessionelle samarbejde

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

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

Fælles sprog, forskellige positioner

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

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

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

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

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

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

har mistet tilliden, forældrene vil os ikke mere, og systemet har alligevel ikke gjort noget eller sat ind der, hvor man synes, at det skulle gøres. (Sundhedsplejerske, Kommune A).

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

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

Kommunerne i undersøgelsen arbejder på forskellig vis med at bygge bro mellem sagsbehandlerne og sundhedsplejens perspektiver. I forhold til kommunikation og forståelse oplever flere af kommunerne, at det er en fordel at få flere øjne på sagen, og at det kan fremme en fælles forståelse af bekymringsgraden at bruge samme metodiske redskab, fx risikovurderingsværktøjerne i børnelinealen eller ICS.³²

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

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

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

Interviewet i Kommune D indeholder et godt eksempel på, hvordan organisation kan være med til at hæmme eller fremme inddragelsen af sundhedsplejerskens viden i forhold til målgruppen. Del-

³² Se Bilag Y.

tagerne taler her om de samarbejdsudfordringer, de havde, før de blev organiseret i fremskudte tværprofessionelle teams:

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

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

Sagsbehandler: Viden omkring jeres kompetence tænker jeg, ja. (Fokusgruppeinterview, Kommune D)

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

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

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

At sidde sammen fysisk fremhæves både af deltagere fra Kommune B og D som betydningsfuldt for det tværprofessionelle samarbejde på tværs af social- og sundhedsområdet. Det skyldes ikke mindst det personlige og professionelle kendskab, som fysisk og opgavemæssig nærhed afføder. I Kommune A har den deltagende sundhedsplejerske opgaver på tværs af social- og sundhedsområdet og beskriver sit personlige kendskab til familiesagsbehandlerne og deres hjælpemuligheder som en stor styrke i sit arbejde som sundhedsplejerske:

... jeg bider mig jo fast som en irriterende tæge, og det gør jo bare, at familierne er lykkelige. Jeg havde lige en familie her, hvor barnet har været indlagt i lang tid, og hun bor i ungdomsbolig, fordi hun ikke har noget sted at bo, fordi manden har slået hende, og da hun kommer tilbage med et lille barn, der ikke vil spise, fordi de har været indlagt, så er der ingen ro ... og fordi jeg kender akutlisten og teamkoordinatoren, så får jeg hende faktisk rykket samme dag. Men det er jo kun, fordi jeg kender systemet. Da jeg startede, anede jeg ikke, hvad jeg skulle gøre, altså det tager jo mange år at lære et system at kende, og så er mit held bare, at jeg kender jer [sagsbehandlere] så godt, og jeg vil

vove at påstå, at det er en kæmpe hjælp til familierne, jo længere tid man har været sundhedsplejerske, og jo mere man kender et system. (Sundhedsplejerske, Kommune A)

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

Det gør også, at det er betydeligt nemmere, samarbejdsomt, ude hos familien nu at sige: "ved du hvad næste gang, så tager jeg lige min kollega med, er det okay?" ... man ved, hvem det er, man ringer til, når man ringer ind på kontoret og har ansigt på og det hele, det gør en kæmpe forskel. Og jo mere tæt vi bliver med hinanden, jamen, jo mere ved vi ... når vi tager dig med ud, så ved vi: Du siger sådan [og] sådan og så hjælper ... Man har øget kendskab til hinandens faglighed. (...) Man kommer hurtigere i gang. Man bruger hinanden, man kan slet ikke lade være. Og bare det at de er blevet flyttet, socialrådgiverne, derudefra nu, og man ikke ved, hvem det er, der kommer ud, det gør allerede en forskel på, om man fjerner sig fra hinanden, også i det tværfaglige samarbejde. Man har ikke det samme kendskab til hinanden, og der er kun en, der bliver snydt i det, og det er vores familie, barnet. (Sundhedsplejerske, Kommune D)

Sundhedsplejerskens udtalelse bunder i, at Kommune D's sagsbehandlere som led i en ny omstrukturering er blevet flyttet væk fra resten af teamet. Sundhedsplejersken er derfor nervøs for, at det gode samarbejde, der er etableret, vil forsvinde igen. Efter hendes opfattelse er nærheden og det øgede sagsflow af største vigtighed, fordi det i indsatsen for sårbare familier handler om, at "stolene bliver sat så tæt, at de ikke falder igennem" (Fokusgruppeinterview, Kommune D).

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

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

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

Når fokusgruppedeltagerne i de 4 kommuner skal forklare, hvad de får ud af at arbejde sammen, er det altså i høj grad *viden*. Viden, der sætter dem i stand til at anlægge et helhedssyn på familiens situation, både på grund af den øgede viden om familiens problemer og viden om, hvad de andre faggrupper kan bidrage med. Når nogle af medarbejderne er meget fokuserede på, at det er godt at sidde sammen fysisk, skyldes det, at det fremmer såvel personlige relationer mellem faggrupperne som deres indblik i hinandens arbejde. Det er ikke mindst den enkelte medarbejders *overblik* over de muligheder og kompetencer, som kommunen råder over i indsatsen for de sårbare familier, organiseringen og det tværfaglige samarbejde skal styrke. Udfordringen herved bliver ikke mindre af, at området er præget af mange nye medarbejdere, både grundet personaleudskiftninger og barsler.³³ Det er dette overblik, deltagerne fra Kommune D er bange for at miste i den pågående omstrukturering:

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

Sundhedsplejerske: Det finder man kun ud af ved at samarbejde. (Fokusgruppeinterview, Kommune D).

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

En barriere for overblik og vidensdeling i forhold til familiernes sager er, at de forskellige kommunale enheder ikke automatisk deler information om familierne. Det skyldes bl.a. konkurrerende hensyn til proportionalitet og personlig integritet i lovgivningen, men kan i nogle deltageres øjne hæmme indsatsen og lede til uhensigtsmæssigt videnstab. I Kommune C ønsker man sig derfor et elektronisk journalsystem a la Barnets Bog³⁴, hvor forskellige faggrupper, der arbejder med familier, vil kunne dele observationer, så man ikke skal starte forfra, hver gang barnet fx overgår fra hjem til dagtilbud og senere til skole.

Manglende overblik er ikke kun en udfordring for fagpersonerne. En af deltagerne i VIVEs fokusgruppeinterview med ressourcepersoner påpegede, at en udsat familie kan have meget svært ved

³³ At der er tale om udprægede kvindefag bekræftes af, at 17 af 18 deltagere i VIVEs fokusgruppeinterview var kvinder.

³⁴ Se Sundhedsstyrelsen (2011): *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*.

Kilde: <https://www.sst.dk/~media/6770049FEA8442DA8409E5127ABCAD24.ashx>

at overskue og finde rundt i det kommunale hjælpesystem. Hun beskrev et tilfælde, hvor en udsat far selv skulle være tovholder for familiens kontakt med 27 forskellige instanser, og foreslog en kommunalt ansat tovholder, der kan bygge bro mellem den enkelte udsatte familie og viften af tilbud. Hvis denne tovholderfunktion var forankret i sundhedsplejen, kunne man drage nytte af sundhedsplejerskernes tidlige og privilegerede adgang til familier med helt små børn. Heri ligger altså potentielt en mulighed for at styrke sundhedsplejens rolle i forhold til udsatte familier.

Endelig er det en udfordring for det tværfaglige samarbejde, at kommunerne jævnligt omstrukturerer indsatsen for at forbedre eller effektivisere den. De to kommuner (A og D) der blev udvalgt til fokusgruppeinterview, fordi deres surveybesvarelser pegede på knaster i det tværprofessionelle samarbejde, har det til fælles, at deltagerne i fokusgrupperne oplever, at samarbejdet er blevet forværret i forbindelse med en sådan omstrukturering. I Kommune A er medarbejderne utilfredse med forvisitationens nye praksis med at kræve underretninger af sundhedsplejerskerne; og i Kommune D er de bekymrede for, om det gode samarbejde kan bevares, efter at sagsbehandlernes fysisk er flyttet væk fra de fremskudte tværprofessionelle teams, hvor de har siddet sammen med sundhedsplejen og PPR. I omstruktureringssituationer kan det derfor være en fordel at inddrage medarbejderne på gulvet i prioriteringer og i monitorering af effekten og løbende at evaluere, om den har haft uhensigtsmæssige konsekvenser, der bør afhjælpes.

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

Det tværsektorielle samarbejde med ansatte i sundhedssektoren

De kommunalt ansatte sagsbehandlere og sundhedsplejersker har på flere områder samarbejdsflader til ansatte i sundhedssektoren. Det drejer sig især om tidlig identifikation af og indsats for sårbare gravide allerede under svangerskabet, men kan også bestå af, at sagsbehandlere søger at indhente viden fra sundhedspersonalet, som de kan basere en afgørelse om tvangsmæssige foranstaltninger på.³⁵ Fokusgruppeinterviewene viser, at dette samarbejde er behæftet med udfordringer. 3 ud af 4 kommuner (A, B og C) oplever problemer med samarbejdet med jordemødre og barselsgang, især i forhold til tidlig og korrekt identifikation af sårbare familier og til brugbare observationer af de mest belastede familier.

Kommune A har gode erfaringer med at forbedre samarbejdet og koordinationen på tværs af sektorer ved at udvikle og bruge en særlig *samarbejdsmodel* for det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde om den tidlige indsats til sårbare gravide og familier med helt små børn. Målgruppen for indsatsen er sårbare forældre (fx forældre med psykisk sygdom, afhængighed, socialt belastet opvækst, dårlig begavelse eller en kombination). Samarbejdsmodellen giver anvisninger til, hvordan det tværgående samarbejde omkring graviditet og fødsel skal koordineres. Den omfatter to koordinerende møder allerede under graviditeten, der har de vordende forældre, sagsbehandler fra familieafdelingen, sundhedsplejen og forebyggelsesteamet fra det lokale hospital som faste deltagere. Derudover vurderes fra sag til sag, om andre faggrupper bør deltage, fx medarbejdere fra psykiatrien eller fra misbrugsbehandlingssteder, praktiserende læge, sagsbehandler fra voksenservice eller jobcenter samt andre behandlere eller støttepersoner med kontakt til forældre-

³⁵ Se Bilag U: Lovgivningen på området.

ne. På det første af de to møder byder forældrene og de forskellige faggrupper ind med oplysninger, forslag og ønsker, og udarbejder en fælles plan med konkrete aftaler og kontaktoplysninger til de involverede. På det andet møde giver deltagerne status på situationen og de forventede udfordringer i forhold til fødsel, barselsperiode og tiden efter. Der lægges planer for støtte og en oversigt over særlige opgaver, der skal løses i barselsperioden på sygehuset, og en fælles plan udarbejdes med konkrete aftaler og kontaktoplysninger. Endelig aftaler man med forældrene, hvornår der skal følges op.

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

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

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

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

Omvendt er samarbejdsmodellen og den tidlige identifikation og indsats ikke uden udfordringer. Først og fremmest oplever deltagerne på tværs af social- og sundhedsområdet, at det er et stort problem, at de får besked om de sårbare familier for sent, og at disse nogle gange slet ikke bliver opdaget af jordemødre og personalet på barselsafsnittene. Det skaber problemer, fordi samarbejdsmodellen kun kan fungere, hvis de vordende forældre identificeres som sårbare, og kommunen får besked så tidligt i graviditeten som muligt. Når kommunen får besked for sent, betyder det, at sagsbehandlerne og sundhedsplejerskerne (der fx kan være involveret i forældrekompetencevurderinger evt. i samarbejde med en psykolog) skal arbejde for hurtigt og ikke kan nå at gøre deres arbejde ordentligt. Et eksempel på tiltag er, at den gravide kommer i praktik i en vuggestue, at der foretages en børnefaglig undersøgelse og forberedes en forældrekompetenceundersøgelse. Forhold ved graviditeten og det tidlige forældreskab gør derudover, at deltagerne ikke mener, at det er hensigtsmæssigt eller muligt at gennemføre en psykologisk vurdering af forældrekompetence i perioden fra 8 uger før termin til 5 uger efter fødslen. For at få optimalt udbytte af samarbejdsmodellen og den tidlige indsats er det derfor ønskeligt, at relevante vordende forældre identificeres allerede ved første graviditetsundersøgelse. Ofte får kommunen dog først besked, når kvinden er 6-7 måneder henne, hvilket kan lede til u hensigtsmæssige hovsaløsninger.

Deltagerne i fokusgruppeinterviewet i Kommune A påpeger, at der er et generelt behov for, at hospitalspersonale, jordemødre og medarbejdere i psykiatrien bliver langt bedre til at screene de gravide og til at spørge ind til, hvad forældrene selv har med i bagagen, socialt set og i forhold til psykiske problemer. Trods kommunens velfungerende samarbejdsmodel fremstår det tværsektori-

elle samarbejde til især aktører i sundhedssektoren som udfordrende på det meget centrale område, som identifikation af de sårbare familier udgør.

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

For jordemødrene gælder det fx, at deres faglige blik er rettet mod en meget afgrænset tidsmæssig periode, hvorfor forældreskabet efter fødslen naturligt nok ikke er i fokus.

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

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

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

Sagsbehandlerne fra Kommune B fortæller, at de især oplever problemer i det tværsektorielle samarbejde med det sundhedsfaglige personale på barselsgangen. Sagsbehandlerne skal bruge det sundhedsfaglige personales observationer af starten på det nye forældreskab som grundlag for at træffe beslutning om foranstaltningers indhold og omfang. Hvis de overvejer tvangsmæssige foranstaltninger, er der et lovmæssigt krav til dokumentation af behovet.³⁶ Observationsbegæringerne vil derfor normalt relatere sig til de tungere sager, hvor der fx kan være tvivl om, hvorvidt barnet overhovedet skal med familien hjem.

Sagsbehandler 1: Jeg synes, det er svært fx at samarbejde med barselsafsnittet ... Det er, som om de sådan lidt modarbejder os. Vi plejer at fremsende sådan en anmodning om observationsbeskrivelse, og ... hvis der er skrevet et r for meget, eller hvis det er

³⁶ Se Bilag U: Lovgivning på området.

faxet til det forkerte nummer, eller hvis der ikke er skriftligt samtykke eller ... det er virkelig, som om de prøver at finde fejl.

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

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

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

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

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

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

Derudover mener den af ressourcepersonerne, der selv er læge, at sagsbehandlerens ønske om, at det sundhedsfaglige personale skal levere observationer om ting som tilknytning mellem mor og barn afspejler en manglende forståelse af vilkårene for sundhedspersonalets arbejde og deres faglige kompetencer:

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

retning. Men hun kan ikke svare på noget, der kan bruges til noget, ellers. Ikke med de vilkår, de har, og de har ikke uddannelse i det, og de bliver brugt helt forkert, fordi: Det tæller jo! Når de kommer ind i det socialfaglige system, og der er stemplet "X-hospital", som udtaler sig om tilknytning på basis af absolut ingenting. Det er ikke godt. (Ressourceperson, overlæge og faglig leder af svangreambulatorium)

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

3 Kommunernes ønsker til fremtidig indsats

Som afslutning på fokusgruppeinterviewene har vi bedt hver fokusgruppedeltager om tre konkrete forslag til, hvordan den tværfaglige indsats over for målgruppen kan forbedres via en styrkelse af sundhedsplejen. Nogle af fokusgruppedeltagerne ønsker flere og bedre screeningsredskaber og metodiske værktøjer, som de kan bruge i deres arbejde med målgruppen, eller ressourcer til at tilbyde forløb, de allerede har i værktøjskassen. Nogle ønsker bedre og tidligere underretninger fra samarbejdspartnere. Det er imidlertid ofte en mere fleksibel og udvidet mulighed for hjemmebesøg fra sundhedsplejen både før og efter fødslen, der efterlyses.

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

Tabel 3.1 Kommunernes ønsker til indsatsen for sårbare familier

Indsatsniveau	Identifikation	Indsats
Kommune A		
Sundhedspleje (SPL)	SPL inddrages under graviditet og i hele forløbet	Ugentligt besøg af 2 SPL i tunge familier i 3-6 m Råd til COS- og DUÅ-forløb m.m.
Sagsbehandler	Udd. alle SPL til screening af tilbagetrækning hos børn Tidligere identifikation (under graviditet)	Team af 1 SPL + 1 familiebehandler til sårbare gravide/familier § 11.3 bruges til udvidet sundhedsplejerskebesøg eller besøg af ovennævnte teams Større mulighed for ugentlig SPL ud over 2 m
Kommune B		
Sundhedspleje	Graviditetsbesøg til alle	Undervisning v. div. faggrupper til sårbare familier og gravide DUÅ 0-1 år til udsatte gravide og familier Indsats til børn af psykisk syge (cafe, undervisning)
Sagsbehandler	Bedre samarbejde med føde- og barselgang ift. observationer	Udd. dagtilbuds-pædagoger til lettere familiebehandling Udd. forældre i konfliktskilmisse Udd. sårbare gravide via vuggestuepraktik
Kommune C		
Sundhedspleje	Graviditetsbesøg til alle (SPL)	Flere hjemmebesøg til flergangsfødende m. inddragelse af rette tværfaglige kompetencer
Sagsbehandler m.fl.	Graviditetsbesøg også til flergangsfødende	11.3-forløb i SPL med visitation fra myndighed Mulighed flere gravidbesøg for sårbare Udvidet graviditetsforløb for sårbare (SPL+) Flere barselsbesøg, flergangsfødende Barselsbesøg m. øget fokus på sansemotorisk udvikling
Kommune D		
Sundhedspleje	SPL ABDD-screene børn + EPDS-screene forældre (alle) Fokus på parforhold, samliv	SPL til alle familier frem til skole (fx 1,5 og 3-årsbesøg)
Sagsbehandler	Flere midler til gode screeninger og undersøgelser af familierne	Flere midler til SPL-besøg som tidlig indsats Flere midler direkte til socialt belastede familier

Ønsker relateret til identifikation og den tidligste indsats

Tidlig og korrekt identifikation af målgruppen er ifølge kommunerne i fokusgruppeundersøgelsen alfa og omega i den tidlige indsats. Som Tabel X viser, foreslår deltagerne i alle 4 fokusgrupper, at sundhedsplejen styrkes ved at blive inddraget allerede under graviditeten. Da flere af kommunerne oplever, at jordemødrene ikke er gearede til at få øje på (alle) de sårbare og udsatte familier, foreslår de, at sundhedsplejen skal have mulighed for at tilbyde alle gravide graviditetsbesøg i hjemmet. Kommune C fremhæver, at det ikke kun er førstegangsfødende, der kan have behov for dette, da meget kan ændre sig i en familie mellem graviditeter.

En anden mulighed, som blev diskuteret i fokusgruppeinterviewet i Kommune A, er, at sundhedsplejersken deltager i jordemoderens første samtale med den gravide. Formålet med dette skulle være at supplere jordemoderen, der koncentrerer sig om fosterudvikling og mors og barns overlevelse under graviditet og fødsel, med sundhedsplejerskens blik for forhold i forældrenes egen opvækst eller tilværelse, der kan have betydning for forældreskabet efter fødslen. Et par af kommunerne ønsker derudover opkvalificering af sundhedsplejerskerne i forhold til at screene for børns tilbagetrækning, fx med ADBB (Kommune A og D) og forældre for fødselsdepression med EPDS (Kommune D). Endelig efterlyser tre af kommunerne (A, B og C) et bedre samarbejde med barselsafsnittene om observationsbegæringer.

Ønsker til indsatser for familier, der er identificerede som sårbare

Kommunernes forslag er konkrete og afspejler bl.a. den erkendelse, at det er en nødvendig forudsætning for, at et fler- eller tværfagligt samarbejde skal lede til reelle forbedringer i indsatsen for den enkelte sårbare familie, at der også skal være ressourcer og vilje til at bevilge det nødvendige forløb. Kommunerne ønsker generelt at have mere fleksibilitet i forhold til sundhedsplejerskeindsatsen, så sårbare familier ikke forsvinder ud af systemet, fordi der ikke findes et passende tilbud, eller fordi de ikke får det forløb, der ville kunne hjælpe.

Deltagere fremhæver i den forbindelse, at det i de tungere familier kan være relevant at tilbyde et ugentligt besøg af et team, der fx kan bestå af en sundhedsplejerske, en sagsbehandler og en psykolog (Kommune C), af to sundhedsplejersker eller en sundhedsplejerske og en familiebehandler i 3-6 måneder efter fødslen (Kommune A), og at der generelt bliver bedre mulighed for at give ugentlige besøg af sundhedsplejersken ud over den nuværende periode på 2 måneder. Flergangsfødende skal have flere hjemmebesøg, end tilfældet er i dag, og sundhedsplejersken skal kunne inddrage de rette tværfaglige kompetencer. En kommune (Kommune D) foreslår mulighed for besøg af sundhedsplejersken helt frem til skolealderen (fx ved at tilføje besøg, når barnet er 1,5 og 3 år). Hvilket kunne være med til at afhjælpe en udfordring Kommune C nævner nemlig, at der er brug for mere fokus på at understøtte overgangene fra familie til dagtilbud og fra dagtilbud til skole.

Flere kommuner foreslår, at den ovenfor beskrevne styrkelse af sundhedsplejen kan konstrueres som *pakker*, fx i form af § 11.3-forløb bestående af en ekstra sundhedsplejerskeindsats. I Kommune C kan myndighedssagsbehandlerne fx tilkøbe ekstra sundhedsplejeydelser gennem § 11 (SEL) i form af besøgspakker af 5, 10 eller 15 ekstra besøg til en familie. Deltagere fra kommunerne ønsker sig derudover ressourcer til at tilbyde sårbare gravide eller familier *Circle of security*-forløb eller *De Utrolige År*-forløb. De vil også gerne have flere forældrekurser og cafetilbud for

sårbare delmålgrupper, fx familier i skilsmisse, familier med psykisk syge forældre samt unge og usikre vordende mødre (også vuggestuepraktik). Endelig foreslår en kommune, at pædagoger i dagtilbud kan uddannes til at lave lettere, forebyggende familiebehandling.

Ønsker til organisering, samarbejde og kvalitetssikring

Deltagernes fortællinger om deres tværprofessionelle samarbejde viser, at kommunernes indsats over for sårbare familier, når den fungerer bedst, bærer præg af tværfaglighed i opgaveløsningen. Det understøtter alt andet lige, at indsatsen kan blive helhedsorienteret og kan modsvare de ofte sammensatte sociale og sundhedsmæssige problematikker, som sårbare og udsatte familier slås med. Selvom VIVEs spørgeskemaundersøgelse viser, at stort set alle kommuner arbejder sammen i tværfaglige teams om indsatsen for sårbare børn og familier, og at sundhedsplejen stort set altid sidder med, så peger fokusgruppeundersøgelsen på, at det velfungerende tværprofessionelle – og ikke mindst tværregionale – samarbejde er vanskeligt og skal plejes.

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

Med tabel Y har vi lavet en samlet oversigt over fokusgruppedeltagernes forslag relateret til organisering, samarbejde og kvalitetssikring af indsatsen for de sårbare familier. Igen er opdelingen primært idealtypisk, forstået på den måde, at en anderledes organisering af indsatsen ligesom et forbedret samarbejde også gerne skulle medføre et kvalitetsløft. I forhold til *organisering* af indsatsen for sårbare familier foreslår Kommune A en mere fleksibel adgang til råd og vejledning fra kommunens sagsbehandlere. Det skyldes de tidligere beskrevne problemer mellem sundhedsplejerskerne og kommunens forvisitation, der møder dem med krav om en underretning, når de henvender sig om en familie.

Tabel 3.2 Kommunernes ønsker til organisering, samarbejde og kvalitetssikring

Indsatsniveau	Organisering	Samarbejde	Kvalitetssikring
Kommune A			
Sundhedspleje (SPL)	SPL m.fl. selv visitere til forebyggende moduler fx psykologhjælp	Forvisitationen fratage nyt krav om underretning, når SPL henvender sig for/med familie	SPL/den, der starter en indsats med til møder (også ved forebyggende). Ej lukke sag uden.
Sagsbehandlere	Adgang til § 11.3 forløb uden først underretning	Samarbejds møder ml. SPL, jordemor og B&U-sagsbehandler (ej enkelt sager, om samarbejdet)	Tidligere identifikation af sårbare Alle SPL uddannes til at screene for tilbagetrækning
Kommune B			
Sundhedspleje	Skemalagt tværfaglighed i form af Fælles Åben Rådgivning	Samarbejds møder m. sagsbehandlere Øget samarbejde med regioner (opsporing af sårbare gravide)	Ekstern supervision til SPL
Sagsbehandlere		Tværfagligt sparringsforum om	SPL mulighed for ekstern råd og

Indsatsniveau	Organisering	Samarbejde	Kvalitetssikring
		gråzonefamilier	vejledning
Kommune C			
Sundhedspleje		Elektronisk journal + deling af flere faggruppers observationer	Spot på barnets overgange fra hjem til dagtilbud og skole
Sagsbehandlere m.fl.	SPL tilknyttes alle daginstitutioner-distrikter, observerer m. pæd. v. bekymring for barn	SPL + sprogvejleder samarbejde om sprog i dagtilbud SPL deltage i møder i dagtilbud Inddrage SPL o.a. ift. 11.3-indsatser Tværfagligt sparringsorgan ift. mistrivsel/behov for tidlig indsats	SPL SKAL inddrages i § 50-us af gravide tilknyttet familieambulatoriet Årsbesøg i alle dagplejer og -institutioner (SPL, småbørnskon-sulent, psykolog og socialfaglig rådgiver)
Kommune D			
Sundhedspleje	Godt at sidde sammen fysisk	Tværfaglige indsatser og udnyttelse af fælles faglighed/viden om familien	
Sagsbehandlere	Godt at sidde sammen fysisk		
Vidensinterview			
Ressourcepersoner	Kommunal tovholder, der kan hjælpe sårbare familier m. kontakt og overblik ift. tilbud og aktører	Sundhedspersonale skal gøre det, de er bedst til, ikke give overfladiske "observationer" af tilknytning ml. mor og barn. Mere tværregionalt samarbejde ml. hospital og SPL	

Kilde: VIVEs fokusgruppeinterview

Kommunernes forslag til, hvordan indsatsen og sundhedsplejen til sårbare familier kan styrkes, afspejler fokusgruppernes diskussioner. I forhold til at lette overgangen fra sundhedsplejerske til indsats ønsker sundhedsplejen i Kommune A igen, som det tidligere har været tilfældet, at få mulighed for selv at visitere familier til en tidlig forebyggende indsats i regi af kommunens familiehus. Hvis systemet genindføres, ønsker sundhedsplejersken at forbedre det ved, at den, der har henvist familien, altid personligt deltager i sådanne møder.

I de fleste kommuner, men særligt i Kommune D, hvor sagsbehandlerne netop er trukket hjem fra fremskudte tværprofessionelle teams, fremhæves det som vigtigt for muligheden for at have et tværprofessionelt samarbejde, at man fysisk sidder sammen. Det handler også, men ikke alene, om at kunne stille et fagligt spørgsmål i kantinekøen. Det handler om overblik, om at kunne sætte ansigt på hinanden og vide, hvem der sidder med hvad og dermed blive i stand til at ringe til den rigtige person, når det er relevant i forbindelse med en sag. For at sundhedsplejen ikke skal blive en isoleret enhed uden tilstrækkelig kontakt til det sociale system, foreslår flere kommuner, at man i stigende grad opretter samarbejdsfora til at monitorere samarbejdet mellem faggrupperne og udvikle indsatser i fællesskab. Det nuværende samarbejde mellem markarbejderne i sundhedsplejen og sagsbehandlergruppen er nemlig som oftest rettet mod enkelt-sager og ikke mod at få samarbejdet om indsatsen for familierne til at glide bedst muligt. Et sådant forum ville fx kunne modarbejde situationer, som den Kommune A oplever, hvor samarbejdet på tværs af social og sundhedsområdet efter de interviewedes opfattelse er blevet mærkbart dårligere på grund af nogle ændringer, som i deres øjne bør tilbagerulles. For at styrke det tværfaglige samarbejde på tværs af social og sundhedsområdet foreslår Kommune B, at man opretter en fælles indsats i form af Fælles Åben Rådgivning for familier og fagpersoner med teams på tværs af Social- og sundhedsområdet.

I Kommune B og C fremhæver man værdien af at have en øget tværfaglig sparring om børn ved bekymring, og at øget ekstern supervision ville kunne styrke identifikationen og kvaliteten af sundhedsplejens indsats for disse familier. Endelig har kommunerne en række forslag til sammenhænge og samarbejdspartnere, hvor sundhedsplejens viden og kompetence kunne udnyttes bedre. Kommune C foreslår, at socialområdet og sundhedsplejen i fællesskab bør udvikle forebyggende indsatser (der bl.a. kan bestå af sundhedsplejebesøg) efter § 11.3 i serviceloven. Dagtilbud og daginstitutioner er en anden arena, hvor sundhedsplejens rolle kan styrkes, fx ved at de i højere grad bliver inviteret med til bekymringsmøder i institutionen; ved at dagtilbudsdistrikter får en fast sundhedsplejerske tilknyttet, der kan hjælpe pædagogerne med at observere ved bekymring; ved at sundhedsplejersker deltager i sprogindsats i dagtilbud i samarbejde med sprogvejlederne; ved at et team bestående af sundhedsplejerske, småbørnskonsulent, psykolog og socialfaglig rådgiver årligt besøger alle kommunens dagplejere (fx i legestueregi) med henblik på at observere og ud-danne dem.

Opsamling

Som ovenstående gennemgang viser, ønsker kommunerne i fokusgruppeundersøgelsen i høj grad at styrke sundhedsplejetilbuddet både for de mest sårbare og udsatte familier og for alle familier. Det skyldes bl.a. ønsket om tidlig identifikation og indsats samt behovet for at have et fleksibelt tilbud, der kan skrues op og ned for alt, efter hvad familien er villig til at deltage i, og hvad dens individuelle behov er. Hvad enten familien er en tung familie eller en gråzonefamilie kræver en tidlig og forebyggende indsats, at familien bliver identificeret, før problemerne vokser sig større, samt at der er ressourcer og et relevant tilbud til den. Styrkelse af sundhedsplejen har også en væsentlig funktion i forhold til rekruttering og fastholdelse af familierne i indsatsen, fordi sundhedsplejens tilbud ofte opfattes som mindre stigmatiserende end sagsbehandlingens.

4 Opsamling og anbefalinger

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

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

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

Det samme gælder, når sundhedsplejerskebesøg er den *indsats*, der skal afhjælpe en sårbar families problemer. Fokusgrupperne er generelt meget positivt stemt over for sundhedsplejerskens muligheder som den fagperson, der kommer i familierne, og som kan danne bro til resten af det kommunale system. Det er dog værd at bemærke, at en ekstra sundhedsplejerskeindsats ikke i sig selv sikrer, at en families problemer bliver løst, eller at kommunernes tilbud til sårbare familier

er (lige) velfungerende. Det er derfor værd at være opmærksom på, om sundhedsplejerskerne i forskellige kommuner er lige godt klædt på til at undersøge og afhjælpe familiers problemer, og hvordan muligheden er for at bevilge de ønskede indsatser i den enkelte kommune.

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

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

Undersøgelsen viser, at mindre formaliserede kontaktflader som det, at man fysisk sidder sammen, har stor betydning for, om sagsbehandlere og sundhedsplejersker *kender* hinanden og *har kendskab* til hinandens arbejdsområde i en grad, så de ved, hvad de kan bruge hinanden til i forhold til den enkelte sag. Derfor er det tværprofessionelle samarbejdet også et område, der er sårbart over for omstruktureringer af indsatsen. Det er i den forbindelse værd at være opmærksom på at inddrage medarbejderne i omstruktureringer og prioriteringer samt løbende at monitorere, om de har utilsigtede konsekvenser for tilbuddet til målgruppen. En sidste anbefaling i forbindelse med teambaseret tværprofessionelt samarbejde er, at det også er væsentligt at sørge for at klæde medarbejderne på til den nye arbejdsform og sammensætte nogle teams, der fungerer bedst muligt sammen.

Endelig kunne sundhedsplejersken med fordel inddrages mere i samarbejdet med barnets dagtilbud og være med til at styrke fokus på at understøtte familien i de sårbare overgange mellem hjem og vuggestue/dagleje og mellem vuggestue/dagleje og børnehave. Et forslag går på, at der skal tilknyttes en sundhedsplejerske til alle daginstitutionsdistrikter, som kan hjælpe pædagoger med at observere ved bekymring for et barn. Sundhedsplejen kunne også involveres i at monitorere og opkvalificere kommunernes dagplejere. Endelig kunne de skrøbelige overgange styrkes ved øget mulighed for vidensdeling mellem faggrupperne, fx gennem en fælles database for de fagpersoner, der har med familien at gøre.

Bilag U: Lovgivning på området

I serviceloven³⁷ fremstår samarbejdet mellem bl.a. kommunernes socialfaglige medarbejdere og sundhedsplejen som væsentligt, for at kommunerne kan leve op til deres lovgivningsmæssige forpligtelser over for sårbare og udsatte børn. Men serviceloven er en rammelovgivning, der overlader det til den enkelte kommunalbestyrelse at fastlægge indholdet og intensiteten af de tilbudte foranstaltninger. Den fastlægger dog en række forpligtelser, kommunerne har over for udsatte børn og familier. Overordnet set skal kommunen yde støtte til børn og unge, der har et særligt behov herfor med henblik på at sikre, at disse børn kan opnå samme muligheder for personlig udvikling, sundhed og et selvstændigt voksenliv som deres jævnaldrende (§ 46). Denne bestemmelse skal medvirke til at fremme den unges sundhed og trivsel (pkt. 4), og det specificeres, at støtten skal være *tidlig, helhedsorienteret* og tilrettelagt ud fra et *helhedsprincip* (stk. 2). *Helhedsprincippet* henviser til, at kommunen skal give støtte ud fra alle de muligheder, lovgivningen giver, men også, at det er kommunen, og ikke borgeren, der vurderer, hvilken støtte der er brug for.³⁸ I § 47 fremhæves barnets bedste, kontinuitet, det nære miljø og forældreinddragelse.

Af Vejledning om særlig støtte til børn og unge og deres familier³⁹ fremgår også, at en tidlig indsats bl.a. forudsætter, at der arbejdes tværfagligt for, at den nødvendige viden er til stede, og at der samarbejdes mellem forskellige sektorer og faggrupper (pkt. 15). Vejledningen fremhæver, at det skal overvejes om, hvem der kan bidrage til løsning af problemerne, herunder sundhedsplejersker. Vejledningens punkt 19 understreger, at der skal sikres sammenhæng mellem indsatserne, og at det kan være relevant at inddrage kommunens tværfaglige gruppe og SSD-samarbejdet⁴⁰. Vejledningen henviser endelig i punkt 37 til § 123 i sundhedsloven, hvor det bestemmes, at kommunalbestyrelsen skal oprette en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab.

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

Servicelovens § 146, stk. 2 fastslår, at kommunalbestyrelsen bør være specielt opmærksom på omstændigheder, der giver formodning om, at børn og unge har behov for individuel støtte jf. bestemmelsen om tilsynspligt. Denne tilsynspligt vil ofte ske i dagtilbud og skole, hvor også sundhedsplejen jf. sundhedslovens § 124 og bekendtgørelse nr. 1344 af 03/12/2010 § 17, stk. 2, punkt 3 skal tilbyde sin bistand i forhold til konkret rådgivning vedr. de børn, som personalet finder har særlige behov. I de seneste år er reglerne om fagpersoners underretningspligt udvidet (§ 153, m.v.). I 2001 i forhold til "gravide misbrugere" og senere i forhold til "vordende forældre" og hjemmel til at gennemføre undersøgelse og tilbyde foranstaltninger.

³⁷ Alle henvisninger til serviceloven i rapporten er til LBK nr. 1270 af 24/10/2016 (herefter serviceloven) og dermed ikke til dennyere lovbekendtgørelse (369 af 18.04.2017).

³⁸ Kilde: Harder, M. & M.A. Nissen (2011): *Helhedssyn i socialt arbejde*. København: Akademisk forlag.

³⁹ Kilde: Vejledning nr. 3 om særlig støtte til børn og unge (herefter vejledningen).

⁴⁰ SSD-samarbejdet er det forebyggende samarbejde om den tidlige indsats mellem socialforvaltning, skole, sundhedspleje og dagtilbud.

Det tværfaglige samarbejde

Af servicelovens §§ 19, 46, og 49a fremgår, at kommunalbestyrelsen overordnet set har en forpligtelse til at sikre, at der arbejdes tværfagligt og helhedsorienteret, hvilket svarer til § 14 i bekendtgørelse nr. 1344 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, der også har til formål at styrke sammenhæng og helhed i tilbuddene til de svagest stillede børn og unge. Dette er dog også et af de områder, hvor reglerne afspejler virkelighedens kompleksitet i en grad, så det kan få konsekvenser for det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde. Servicelovens § 49a handler fx om udveksling af oplysninger uden samtykke, men begrænser udvekslingsmulighederne til én eller to gange ved et møde og hjælper ikke med at vurdere, hvornår en sådan udveksling er ”konkret nødvendig” for forebyggelse og tidlig indsats. Reglerne om udveksling af oplysninger harmonerer ikke helt med hinanden, hvilket må forstås dels ud fra forskellige faglige udgangspunkter, dels ud fra afvejningen af modsatrettede hensyn til effektiv offentlig indsats, sektoransvarlighed og hensynet til proportionalitet og privat integritet.

Af vejledningens punkt 260 fremgår, at det er op til den enkelte kommunalbestyrelse at vurdere, hvordan det tværfaglige samarbejde bedst organiseres. Det tværfaglige arbejde kan styrke såvel den tidlige indsats som det forebyggende arbejde blandt vanskeligt stillede børn og deres familier. Som deltagere kan sagsbehandlere, pædagoger, lærere, læger og sundhedsplejersker, psykologer m.fl. indgå.

Børnefaglig undersøgelse (§ 50-undersøgelse)

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

Foranstaltninger (§ 52)

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

- Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet
- Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer

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

Kommunalbestyrelsen har pligt til at træffe afgørelse om foranstaltninger, når det under en graviditet må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til barnets særlige behov for støtte efter fødslen. Under graviditet er der ikke hjemmel til tvang, hvilket betyder, at afgørelsen skal træffes med samtykke fra de vordende forældre. Når barnet er født, kan tvang anvendes, men i den forbindelse er der et dokumentationskrav, som kan gøre sagsbehandlingen afhængig af, at der indhentes brugbare observationer af fx mor-barnrelation og tilknytning fra bl.a. sundhedspersonale.

Den tidlige forebyggende indsats

Som en del af *Forebyggelsespakken Tidlig indsats – livslang effekt* fra 2014 blev servicelovens § 11 (forebyggelsesparagraffen) omformuleret og udvidet. Blandt de nye og mere specificerede elementer af forebyggelsesparagraffen var, at § 11, stk. 1 blev ændret til at danne rammen for det forebyggende arbejde ved at præcisere, at kommunen har ansvar for at tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte. Herudover blev der indført mulighed for, at kommunerne kan beslutte at tilbyde økonomisk støtte til fritidsaktiviteter til børn og unge, der har behov for særlig støtte. Det overordnede formål med paragraf 11 er at understøtte det tidlige forebyggende arbejde på børne- og ungeområdet.⁴¹

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

Kommunalbestyrelsen skal tilbyde en forebyggende indsats til barnet, den unge eller familien, når det vurderes, at støtte efter nr. 1-4 kan imødekomme barnets eller den unges behov. Det kan være forebyggende indsatser i form af fx konsulentbistand, netværks- og samtalegrupper, rådgivning om familieplanlægning eller andre indsatser med forebyggende formål. Disse indsatser skal kunne iværksættes umiddelbart og hurtigt og kræver derfor ikke udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse og handleplan.⁴² Kommunalbestyrelsen kan yde økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaver, fx til konsulentbistand eller prævention.

⁴¹ Kilde: Lov om ændring af lov om social service og lov om forpligtende kommunale samarbejder (en tidlig forebyggende indsats m.v.) Nr.

576 af 10. juni 2014. Se <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=163646>

⁴² Kilde: Socialstyrelsen (2016): Inspirationsmateriale. Servicelovens § 11, stk.3 – en tidlig forebyggende indsats.

file:///C:/Users/ksk/Downloads/Inspirationsmaterielapct.20Servicelovenspct.20pct.C2pct.A7pct.2011,pct.20stk.pct.203pct.20(1).pdf

Bilag V: Metode

Survey-metoden, som VIVEs spørgeskemaundersøgelse er et eksempel på, har den metodiske fordel, at den tillader systematisk indsamling af sammenlignelige data på tværs af en lang række cases.⁴³ Derfor er den velegnet til at afdække kommunernes organisering af det tværfaglige samarbejde om tidlig indsats til sårbare familier samt hyppigheden af de ligheder og forskelle, der er kommunerne imellem. Spørgeskemaundersøgelsens population er en sagsbehandler, teamleder e.l. på socialområdet fra hver af de 98 kommuner, der har viden om den tidlige indsats over for målgruppen i sin kommune.

Survey-metoden er mindre velegnet til at indfange nuanceforskelle i kommunernes praksis og begrundelser for ligheder og forskelle. Den er heller ikke velegnet til at indhente detaljerede eksempler på de muligheder og udfordringer, kommunerne oplever i det tværprofessionelle arbejde med målgruppen. Derfor supplerer vi den kvantitative spørgeskemaundersøgelse med en kvalitativ fokusgruppeundersøgelse.

Metodisk set udmærker *fokusgruppeinterviewet* sig ved at sætte forskeren i stand til at interviewe en gruppe personer om udvalgte temaer og i samme ombæring observere den sociale situation, interviewet udgør.⁴⁴ Ved at samle medarbejdere på tværs af faggrupper om det samme bord og spørge dem til deres definitioner, identifikationspraksisser, organisering, samarbejde og ønsker til den fremtidige indsats for udsatte og sårbare gravide og familier kan vi igangsætte tværprofessionelle, og til tider decideret tværfaglige mervidens-genererende, diskussioner i gruppen, og får dermed adgang til en anden type viden, end den vi ville have fået, hvis vi havde interviewet deltagerne hver for sig eller i monofaglige fokusgrupper.

VIVEs fokusgruppeinterview varer mellem 1,5 time og 2 timer og styres af en moderator. Moderatoren introducerer undersøgelsen, stiller uddybende spørgsmål og giver to gange under interviewet deltagerne en opgave, som de får 7 minutter til at besvare enkeltvis. Den første opgave ligger først i interviewet og går ud på at beskrive, hvordan fagpersonen selv kategoriserer en familie i målgruppen som sårbar eller udsat. (*Hvilke tegn reagerer du på? Hvad gør du, når du reagerer på de tegn, du ser? Hvilke kategorier arbejder du med? Hvilke metoder anvender du? Og: hvilke paragraffer ligger til grund for dit arbejde?*). Formålet er at bruge besvarelsene til at belyse og diskutere målgruppen og de udfordringer og muligheder, der er forbundet med arbejdet med den samt at spørge ind til, om der er forskelle i de forskellige faggruppers syn på målgruppen, der har betydning for samarbejdet. Endelig skal punktet belyse om forebyggelsesparagraffen 11.3 (SEL) er velimplementeret i kommunens indsats over for sårbare familier, og om der er potentiale for at bruge den bedre.

Derefter styrer moderatoren samtalen mod muligheder og udfordringer i forhold til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, tværfaglige fora, kommunikation mellem faggrupper, andre faggruppers inddragelse af sundhedsplejerskernes viden. Den anden opgave udleveres hen mod slutningen af interviewet, hvor deltagerne får 7 minutter til at give deres individuelle bud på tre forbedringer af kommunernes tværfaglige håndtering af den tidlige indsats over for sårbare og udsatte gravide og familier med børn i 0-3-årsalderen. Vi understregede i den forbindelse, at hensigten med satspuljen er en styrkelse af sundhedsplejeindsatsen. Formålet med denne opgave er at få gode konkrete eksempler på tilbud og indsatser, som kommunerne enten selv har gode erfaringer med og ville

⁴³ Se C. Marsh (1997): "The value of the survey method". I: A. Giddens (red.): *Sociology. Introductory Readings*. Cambridge: Polity Press.

⁴⁴ Kilde: Demant, J. (2004): "Fokusgruppen – spørgsmål til fænomener i nuet". I: Bjerg, O. & K. Villadsen (2006): *Sociologiske metoder: Fra teori til analyse i kvantitative og kvalitative studier*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

ønske, at flere kommuner ville tage op, eller indsatser, som de selv ville ønske, at de kunne iværksætte, men som de mangler ressourcer til at gennemføre.

Bilag X: Samlet oversigt over ønsker til tilbud og indsatser fra VIVEs fokusgruppeinterviews

FORFATTER: DELTAGERNE I FOKUSGRUPPERNE

Som sidste punkt på dagsordenen blev deltagerne bedt om at skrive tre forslag til forbedringer af kommunernes tværfaglige indsats for sårbare og udsatte gravide og familier med børn i 0-3-årsalderen, gerne forankret i sundhedsplejen. Deres svar er samlet i dette bilag.

Kommune A

Sundhedsplejerske:

1. At genetablere det projekt, der tidligere gav sundhedsplejersker, jordemødre, praktiserende læger m.fl. mulighed for selv at visitere familier direkte til en tidlig forebyggende indsats (dvs. hjælp til gråzonefamilier, dem som ikke er en underretning, men som har brug for forskellig type hjælp for at forebygge, fx psykologhjælp).
2. Flere ressourcer til sundhedsplejen, så vi kan gå to sundhedsplejersker ud i tunge familier og være der som indsats i 3-6 måneder og ikke bare behovsbesøg eller 1 sundhedsplejerske.
3. Inddrage sundhedsplejen tidligere i forløbet og under hele forløbet med en familie.
4. Penge nok til at kunne køre Circle of Security-forløb, De Utrolige År-forløb m.m. (Sundhedsplejerske, Kommune A)

Sagsbehandler 1:

1. Ved sårbare gravidsager/sårbare familier skal der være et team bestående af 1 familiebehandler og 1 sundhedsplejerske på sagen.
2. Lettere adgang til 11.3-forløb, uden at der først skal laves underretning.
3. Samarbejds møder mellem sundhedsplejen, jordemor og børn og unge (ikke bare om enkeltsager, men om, hvordan samarbejdet fungerer).

(Socialrådgiver, Kommune A)

Sagsbehandler 2:

1. Mulighed for at iværksætte § 11.3-forløb/foranstaltninger jfr. SEL til udvidet sundhedsplejerskebesøg, to sundhedsplejersker eller sundhedsplejerske + familiebehandler.
2. Uddannelse af alle sundhedsplejersker til screening af evt. tilbagetrækning hos barnet.
3. Større mulighed for besøg af sundhedsplejerske 1 gang/uge end kun i de første 2 måneder.

(Socialrådgiver, Kommune A)

Kommune B

Sundhedsplejerske 1:

1. Undervisning v. forskellige faggrupper til sårbare familier (gerne allerede i graviditeten). Lidt som FiV.

2. Fællesmøder/fælles åben rådgivning/åbent hus, hvor vi skemalagt arbejder tværfagligt (Sundhedsplejerske, Kommune B)

Sundhedsplejerske 2:

1. DUÅ 0-1-år (udsatte gravide og familier), undervisning af denne målgruppe.

2. Supervision for sundhedsplejen med ekstern supervisor.

3. Børn af psykisk syge forældre. Hjælp til børn + forældre (café/undervisning).

4. Samarbejds møder med (social)rådgivere.

(Sundhedsplejerske, Kommune B)

Sundhedsplejerske 3:

1. Graviditetsbesøg til alle.

2. Undervisning af sårbare gravide/familier.

3. Øget samarbejde med regionerne i forhold til opsporing af sårbare gravide/familier. (Sundhedsplejerske, Kommune B)

Sagsbehandler 1:

1. Mulighed for ekstern råd og vejledning i normalområdet/sundhedsplejerske.

2. Mulighed for at vuggestuer/børnehaver kan lave "light" familiebehandling.

3. Øget fokus på tværfagligt sparringforum for "gråzonefamilier".

(Sagsbehandler, Kommune B)

Sagsbehandler 2:

1. Skilsmisseproblematikker – uddannelse/undervisning af forældre i, hvad det gør ved børn, at de er i konflikt.

2. Uddannelse af sårbare gravide – fx ved at sende dem i praktik i vuggestue (i samarbejde med jobcenteret). Forbedret samarbejde med føde- og barselsgangen.

(Sagsbehandler, Kommune B)

Sagsbehandler 3: Ikke med til sidste del af interviewet.

Kommune C

Ledende sundhedsplejerske:

1. Graviditetsbesøg (ved sundhedsplejen) til alle, også flergangsfødende!

2. Flere hjemmebesøg til flergangsfødende med tidlig inddragelse af rette tværfaglige kompetencer.
3. Sikre systematisk dataopsamling (som det, sundhedsplejen gør for de 0-1-årige) og opfølgning af 4-5 enkle parametre, der skal monitoreres på i dagtilbuddene og videre ind i skolen.
4. Meget mere spotlys på overgangene mellem vuggestue/dagpleje og børnehave samt mellem dagtilbud og skole.

(Ledende sundhedsplejerske, Kommune C)

Sagsbehandlerens chef:

1. § 11.3-forløb forankret i sundhedsplejen med visitation fra myndighed til B&U særligt for gravide og de 0-3-årige.
2. Mulighed for flere graviditetsbesøg for alle sårbare gravide.
3. Udvikling af en elektronisk journal a la Barnets Bog, men for alle faggrupper, hvor deres observationer kan registreres og deles.

(Leder af familie-behandlingsafdelingen (myndighed), Kommune C)

Faglig konsulent, socialområdet (myndighed):

1. Alle gravide følges/mødes med sundhedsplejerske forud for fødsel og følges af samme sundhedsplejerske efter fødsel.
2. Hvis bekymring for gravid, og denne er tilknyttet familieambulatoriet i Kolding, og der laves § 50-undersøgelse, SKAL sundhedsplejersken inviteres med ind i forløbet.
3. Sundhedsplejerske tilknyttet alle daginstitutionsdistrikter – ligesom socialfaglige rådgivere – som kan observere sammen med pædagogen ved bekymring for et barn.

(Faglig konsulent, familie og handicapafdelingen, Kommune C)

Leder af Tværfagligt familiehus:

1. Årlige besøg i alle dagplejer (evt. i legestuer) og daginstitutioner af sundhedspleje, småbørns konsulent, psykolog og socialfaglig rådgiver mhp., at alle børn ses. Kan ud over observationer også bruges til faglig opkvalificering gennem oplæg, temaer etc.
2. Sprogindsats i dagtilbud, hvor både sundhedsplejersker og sprogvejledere inddrager forældre i indsatsen.
3. Udvidet graviditetsforløb for sårbare mødre ved sundhedsplejen og andre fagpersoner. (Leder af Tværfagligt familiehus, Kommune C)

Konsulent 1 i Tværfagligt familiehus:

1. Besøg af sundhedsplejen i graviditeten, også for flergangsfødende.
2. Flere barselsbesøg for flergangsfødende.

3. At sundhedsplejen deltager i flere konsultationer/møder i daginstitutioner og dagplejer. (Småbørnskonsulent, Tværfagligt familiehus, Kommune C)

Konsulent 2 i Tværfagligt familiehus:

1. Tilbyde graviditetsbesøg for alle (også) flergangsfødende, med fokus på den sansemotoriske udvikling.

(Ergoterapeut, Tværfagligt familiehus, Kommune C)

Konsulent 3 i Tværfagligt familiehus:

1. Mere inddragelse af sundhedsplejen og andre tværfaglige aktører i forhold til § 11, stk. 3-indsatser.

2. Tværfagligt sparringsorgan (konsultativt) ift., hvornår vi snakker mistrivsel/behovet for tidlige indsatser.

(Socialfaglig rådgiver, Tværfagligt familiehus, Kommune C)

Kommune D

Sundhedsplejerske:

1. Tværfaglige indsatser og udnyttelse af fælles faglighed – viden i forhold til problemerne i familien.

2. Tilgængelighed af sundhedsplejerske til alle familier, ikke kun graviditet til 8 måneder, men op til skolealderen. Fx i form af 1,5-årsbesøg og 3-årsbesøg.

3. ABDD-screening af alle børn i sundhedsplejen. Sammen med EPDS til forældrene (barselsdepression) samt evt. særligt fokus på parforhold/samliv.

Sagsbehandler:

1. Flere midler til tidlig indsats bestående af flere besøg fra sundhedsplejen.

2. Flere midler til en skærpet indsats til socialt belastede familier for at kunne sikre en hjælp dertil, dvs. midler til familierne. Flere midler til at lave gode undersøgelser/screeninger i familierne.

Familiechefen deltog også i interviewet, men har ikke udfyldt skemaet.

Bilag Y: Metoder nævnt i VIVEs kapitel

ABDD: Alarm Baby Distress scale (ABDD) er en screeningsmetode til sporing af social mistrivsel i form af social tilbagetiltrækning hos spædbørn i alderen 2-24 mdr. Ved anvendelse af metoden vurderes otte forskellige adfærdsudtryk hos barnet i en social situation. De otte adfærdsudtryk er: ansigtsudtryk, øjenkontakt, generelt aktivitetsniveau, selvstimulerende bevægelser, vokaliseringer (hvilke lyde siger barnet?), respons ved stimulering (fx reaktion på berøring), evnen til at indgå i samspil samt evnen til at tiltrække sig opmærksomhed. Disse adfærdsudtryk vurderes og scores på en skala fra 0-4, hvor 0 er "typisk", og 4 er betydelig og massiv atypisk adfærd. Scorerne summeres til en samlet totalscore fra 0-32.⁴⁵

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

Børnelinealen: Børnelinealen har til formål at fungere som et fælles opsporingsværktøj og forståelsesramme i indsatserne omkring børn, unge og deres familier. Børns tegn og reaktioner på mistrivsel eller overgreb er komplekse og flertydige. Der kan indgå både somatiske, psykologiske og sociale aspekter i barnets bekymrende adfærd eller trivsel. Derfor er det hverken muligt eller hensigtsmæssigt at udarbejde en facitliste, der kan rumme alle tegn og reaktioner. Børnelinealen skal derfor forstås og anvendes som en guide i den tidlige indsats med målet om at skabe et fælles "her og nu"-billede, som skal danne udgangspunkt, når barnet skal vurderes. Dette danner igen grundlag for, hvilke initiativer der skal igangsættes, for at barnet hjælpes i en positiv udvikling. Børnelinealen tager således udgangspunkt i et øjebliksbillede af barnet og har det som fælles referenceramme, på tværs af Familieafdeling og dagtilbud, når der skal findes et behandlingstilbud.⁴⁶

COS: Circle of Security er en behandlingsmetode, der har til formål at fremme en god og tryk tilknytning mellem barn og omsorgsperson. Metoden er oprindeligt udviklet i USA i slutningen af 1990'erne og er siden blevet videreudviklet i flere forskellige versioner, herunder COS Parenting (COS-P), som er et dvd-baseret forældreprogram fra 2010. Målgruppen for COS-P er primært forældre med børn i alderen 0-5 år, der er i risiko for at udvikle eller har udviklet tilknytningsvanskeligheder. Metoden er endnu ikke særlig udbredt i Danmark, men i 2013 blev de første 57 danske COS-vejledere certificeret. På Roskilde Børne- og Familiecenter og Greve Familiecenter er man i gang med at implementere COS-P.⁴⁷

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

⁴⁵ Skovgaard, M.V., J. Smith-Nielsen, R. Von Wowern, K. Wendelboe & M.L. Lavalley (2016): "Sikre metoder til at spore tidlig mistrivsel og stress hos spædbørn", i *Sundhedsplejersken*, vol. 38, No. 3.

⁴⁶ Kilde: <http://www.kl.dk/Born-og-unge/Mere-fokus-pa-forebyggelse-id84662/>

⁴⁷ Kilde: Vidensportalen på det sociale område, <https://vidensportal.dk/temaer/Omsorgssvigt/indsatser/circle-of-security-2013-parenting-cos-p>

sociale og følelsesmæssige kompetencer. Målgruppen for DUÅ er børn i alderen 0-12 år, deres forældre og personalet i børnenes daginstitutioner og skoler.

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Score er et screeningværktøj, som består af et spørgeskema, som er lavet for at opdage patienter med depression efter fødsel. Patienten kan selv udfylde skemaet, men vurderingen af svarene, behovet for yderligere udredning og eventuel behandling skal foretages af lægen. Spørgeskemaet består af 10 spørgsmål, der indikerer symptomer på en fødselsdepression.

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

ICS: Integrated Children's System er en helhedsorienteret metode for udredning og sagsbehandling i sager om udsatte børn og unge (Socialstyrelsen, Viden til Gavn 2015⁴⁸). ICS-metoden bygger på inddragelse af barnet og familien, fokuserer på ressourcer og problemer i den givne sag og er en holistisk tilgang til udredning og sagsbehandling. Grundlæggende for ICS-metoden er en forståelse af, at børn og unges velfærd formes i samspillet mellem følgende tre hovedområder: 1) Barnets/den unges udviklingsmæssige behov, 2) Forældrekompetencer, og 3) Familieforhold – familie og omgivelser. Dette betyder, at der ved anvendelse af denne metode fokuseres på samspillet mellem familie og omgivelser, som har betydning for barnets velfærd og for forældrenes mulighed for at varetage forælderrollen ift. at imødekomme barnets behov og sikre dets udvikling. ICS anvendes i hele sagsgangen fra risikovurdering, forebyggende arbejde og den børnefaglige undersøgelse til udarbejdelsen af og opfølgning på mål for indsatsen i handleplanen (Socialstyrelsen, Viden til Gavn 2015).

Marte Meo: Marte Meo-metoden er en videobaseret metode, der bygger på principperne for udviklingsstøttende kommunikation. I Marte Meo tages der udgangspunkt i, hvad man gør godt – der er fokus på muligheder frem for begrænsninger. Dette indebærer, at metoden er en meget konkret og løsningsorienteret metode, hvor vejledning og rådgivning tager udgangspunkt i de ressourcer, der i forvejen er til stede hos de undersøgte parter. Via udvalgte videoklip får man konkrete handleanvisninger, som kan forbedre samspillet og støtte udviklingen. Videooptagelse og analyse af samspil i almindelige dagligdags situationer gør det muligt at få øje på barnets/den unges/den voksnes/den ældres ressourcer og herfra arbejde mod hensigtsmæssig udvikling og samspil. Metoden er et redskab til at få øje på: Hvad barnet mestrer, og hvad han/hun har brug for hjælp til; Hvad der allerede gøres, som er udviklingsstøttende for barnet; samt Hvad der skal gøres mere af eller gøres på en bestemt måde for at hjælpe barnet videre i sin udvikling. Via Marte Meo-metoden er det bl.a. muligt at støtte op om selvværd – herunder selvfølelse og selvtillid, sociale kompetencer, empati, koncentration, vitalitet, sprog og impulsstyring.⁴⁹

Signs of Safety (SOS) er et redskab, der kan vurdere tegn på fare og sikkerhed for barnet i børnesager. Signs of Safety er en metode, der anvendes i børnesager, hvis overordnede mål er at skabe samarbejde og partnerskab med familien omkring en løsning, der kan skabe sikkerhed og trivsel for barnet. Med sikkerhed menes en tilstand, hvor bekymringen for barnets sikkerhed og trivsel er minimeret eller ikke er til stede længere. SOS er et konkret redskab, der kan anvendes til at foretage risikovurderinger i børnesager og vurdere tegn på fare og tegn på sikkerhed. I metoden rettes fokus mod de forhold omkring et barn eller en familie, hvor der er undtagelser fra de bekym-

⁴⁸ Kilde: <https://socialstyrelsen.dk/tvaerqaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>

⁴⁹ Kilde: <http://martemeo.dk/index.php/metoden>

ringer, der i øvrigt måtte være. Det vil sige, at metoden har fokus på beskyttelsesfaktorer og på at skabe grundlag for en balanceret risikovurdering af barnet og familien.⁵⁰

⁵⁰Kilde: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/netvaerksinddragende-metoder/hvad-er-signs-of-safety>

Bilag Z: Kommunernes organisering af den tidlige indsats over for sårbare børn og familier – præsentation af VIVEs surveyresultater

Som et led i at afdække kommunernes organisering af den tidlige indsats over for udsatte og sårbare børn og familier er et spørgeskema sendt ud til landets 98 kommuner. Spørgeskemaet handler om, hvordan det tværfaglige samarbejde mellem forskellige faggrupper fra hhv. social- og sundhedsområdet er organiseret i kommunerne i forbindelse med den tidlige indsats over for sårbare børn og familier. Det er hensigten at få indblik i dette set fra socialrådets perspektiv, og derfor er spørgeskemaet sendt til medarbejdere inden for socialområdet i kommunerne.

I alt 74 kommuner har besvaret spørgeskemaet (75 pct.). Nedenfor følger en beskrivelse af kommunernes besvarelser.

Baggrundsoplysninger

Som det fremgår af tabel 1.0 er 27 pct. af besvarelserne foretaget af teamledere i forskellige afdelinger i kommunerne og 16 pct. af sagsbehandlere. De resterende 56 pct. har angivet en anden stillingsbetegnelse, som dækker over afdelingsledere, centerchefer og socialrådgivere.

TABEL 1.0		
Fordeling af respondenter baseret på angivet stillingsbetegnelse. Antal og procent		
Stillingsbetegnelse	Antal	Procent
Sagsbehandler	12	16 pct.
PPR-medarbejder	0	0 pct.
Teamleder	20	27 pct.
Andet	42	56 pct.
I alt	74	100 pct.

Tværfaglige fora i kommunerne

Den første del af spørgeskemaet spørger, om der findes et eller flere tværfaglige fora i kommunen vedrørende sårbare familier. Af tabel 2.0 fremgår det, at næsten alle (97 pct.) af kommunerne angiver, at der findes et eller flere af sådanne fora i deres kommune. Kun to kommuner svarer nej.

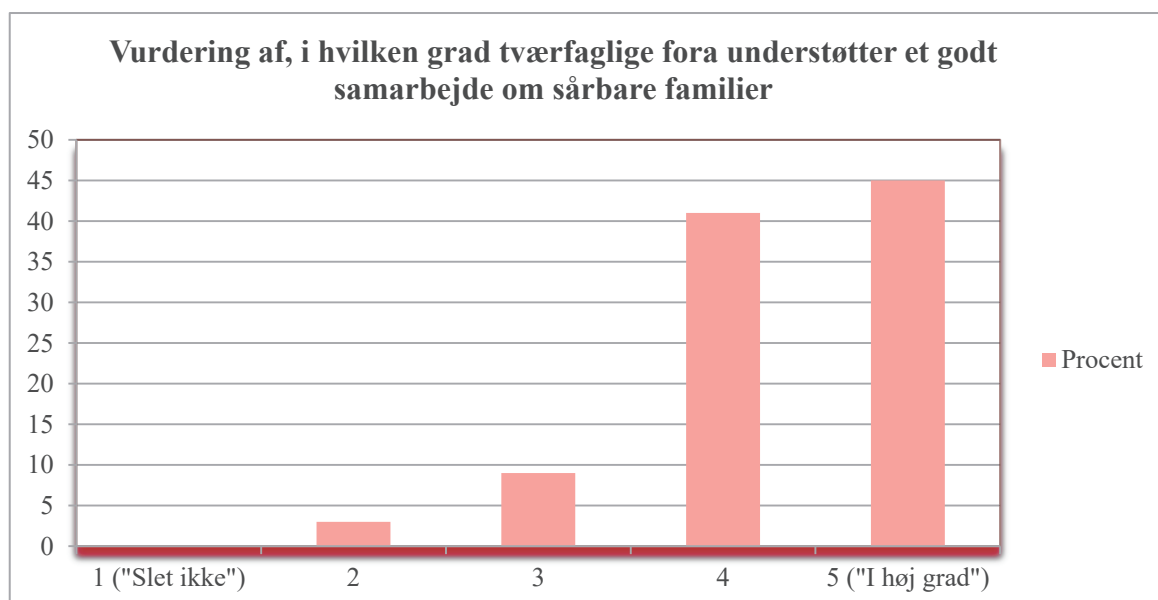
TABEL 2.0		
Fordeling af kommuner ift. hvorvidt der er et eller flere tværfaglige fora i kommunen vedrørende sårbare familier. Antal og procent.		
Findes der et eller flere tværfaglige fora i kommunen vedrørende sårbare familier?	Antal	Procent
Ja	72	97
Nej	2	3
I alt	74	100

I forlængelse af ovenstående spørges der ind til, i hvilken grad, på en skala fra 1-5, det/de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde om sårbare familier. Tabel 2.1 viser, at næsten halvdelen af de adspurgte (45 pct.) vurderer, at det/de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde i høj grad, dvs. 5 på skalaen, og at en næsten lige så stor andel (43 pct.) vurderer samme til 4

på skalaen. Kun ganske få (12 pct.) angiver, at det/de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde om sårbare familier i mindre grad. Fordelingen er illustreret i figur 1.0.

TABEL 2.1		
Fordeling af kommunerne ift. deres vurdering af, i hvilken grad det/de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde om sårbare familier.		
Graden i hvilken det/de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde om sårbare familier	Antal	Procent
1 ("Slet ikke")	0	0
2	2	3
3	7	9
4	31	41
5 ("I høj grad")	34	45
I alt	74	100 ⁵¹

Figur 1.0



I afdækningen af kommunernes organisering af den tidlige indsats over for sårbare familier, er kommunerne blevet spurgt, hvem der er repræsenteret i det/de tværfaglige fora vedrørende sårbare familier. Af tabel 2.2 fremgår det, at hhv. "Sundhedsplejen" og "Børn- og Familieområdet-myndighed" er repræsenteret i 95 pct. af kommunernes tværfaglige forum/fora vedrørende sårbare familier, og "Pædagogisk Psykologisk Rådgivning" er repræsenteret i 87 pct., og "Daginstitutioner og Skoleområdet" i 79 pct. Tabellen viser endvidere, at "Socialområdet (fx handicap, psykiatri og udsatte)-myndighed" samt "Jordemødre fra fødestederne" er repræsenteret i ca. hver fjerde (hhv. 24 og 27 pct.) af kommunerne. Andre områder, der er repræsenteret i det/de tværfaglige fora, er "Beskæftigelsesområdet" (13 pct.) og "Praktiserende læger" (10 pct.), hvor "Kultur- og Fritidsområdet" kun er repræsenteret i 4 pct. af kommuners tværfaglige forum/fora vedrørende sårbare familier.

TABEL 2.2

⁵¹ Selvom to kommuner har svaret nej til, at de har et tværfagligt forum/fora, så svarer de alligevel på dette spørgsmål.

TABEL 2.2

Andelen af kommuner, der angiver de listede områder som værende repræsenteret i det/de tværfaglige fora vedrørende sårbare familier. Antal og procent. Det har været muligt at svare flere end et område.

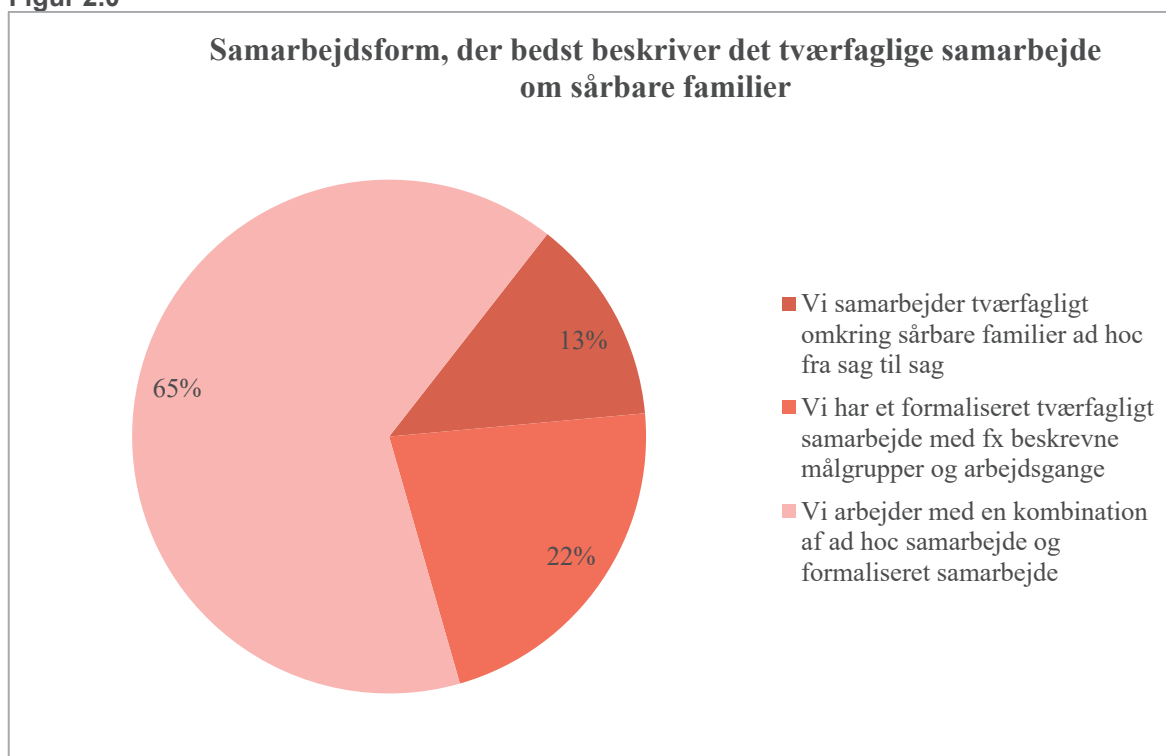
Områder repræsenteret i det/de tværfaglige fora vedrørende sårbare familier	Antal	Procent
Daginstitution- og skoleområdet	59	79
Pædagogisk Psykologisk Rådgivning	65	87
Kultur- og fritidsområdet	3	4
Børn/familie området - myndighed	71	95
Socialområdet (fx handicap, psykiatri og udsatte) - myndighed	18	24
Beskæftigelsesområdet - myndighed	10	13
Praktiserende læger	7	10
Jordemødre fra fødestederne	20	27
Sundhedsplejen	70	95
Andre	18	24

Kommunerne er i spørgeskemaet blevet spurgt, hvilken samarbejdsform der er bedst beskrivende for det tværfaglige samarbejde om sårbare familier i deres kommune. Som det fremgår af tabel 2.3, svarer størstedelen, (65 pct.), at en "kombination af ad hoc samarbejde og formaliseret samarbejde" bedst beskriver deres tværfaglige samarbejde med sårbare familier, hvor 22 pct. svarer, at de har et "formaliseret tværfagligt samarbejde med fx beskrevne målgrupper og arbejdsgrupper", og 13 pct. svarer, at de "samarbejder tværfagligt omkring sårbare familier ad hoc fra sag til sag". Fordelingen er illustreret i figur 2.0.

TABEL 2.3

Kommunerne fordelt på hvilken samarbejdsform som er bedst beskrivende for det tværfaglige arbejde om sårbare familier

Arbejdsform, der bedst beskriver det tværfaglige arbejde om sårbare familier	Antal	Procent
<i>Vi samarbejder tværfagligt omkring sårbare familier ad hoc fra sag til sag</i>	10	13
<i>Vi har et formaliseret tværfagligt samarbejde med fx beskrevne målgrupper og arbejdsgrupper</i>	16	22
<i>Vi arbejder med en kombination af ad hoc samarbejde og formaliseret samarbejde</i>	48	65
I alt	74	100

Figur 2.0

Inddragelse af sundhedsplejen

Som en del af undersøgelsen er kommunerne blevet bedt om at angive i hvor stor en andel af sager om sårbare familier med småbørn, sundhedsplejen inddrages aktivt. Som det fremgår af tabel 3.0, angiver knapt halvdelen (43 pct.) af kommunerne, at sundhedsplejen inddrages aktivt i 0-20 pct. af sager om sårbare familier, hvor en femtedel angiver, at dette er tilfældet i hhv. 21-40 pct., 41-60 pct. og 81-100 pct. af sager om sårbare familier. Den resterende ottendedel af de adspurgte kommuner angiver, at sundhedsplejen inddrages aktivt i 61-80 pct. af sager om sårbare familier.

TABEL 3.0		
Andelen af kommuner fordelt på, i hvor stor en andel af deres sager om sårbare familier med småbørn, sundhedsplejen inddrages aktivt. Antal og procent.		
Andelen af sager om sårbare familier med småbørn, hvor sundhedsplejen inddrages aktivt.	Antal	Procent
0-20 pct.	32	43
21-40 pct.	10	15
41-60 pct.	13	17
61-80 pct.	7	9
81-100 pct.	11	15
Ikke angivet	1	1
I alt	74	100

Tabel 3.1 viser, hvordan kommunerne er fordelt, ift. om der er faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen i arbejdet med sårbare familier. 71 pct. svarer nej til, at der er faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen i arbejdet med sårbare familier, hvorimod 28 pct. svarer ja.

TABEL 3.1

Andelen af kommuner fordelt efter, hvorvidt der er faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen i respondentens arbejde med sårbare familier.

Er der faste kriterier for inddragelse af sundhedsplejen i dit arbejde med sårbare familier?	Antal	Procent
Ja	21	28
Nej	52	71
Ikke angivet	1	1
I alt	74	100

Kommunerne er spurgt, hvorvidt der som rutine inddrages andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken i den tidlige indsats over for sårbare familier. I tabel 3.2 ses det, at dette er tilfældet i en tredjedel af kommunerne (34 pct.), modsat de resterende 66 pct. af kommunerne, der ikke inddrager andet sundhedsfagligt personale i arbejdet med sårbare familier som rutine.

TABEL 3.2

Andelen af kommuner fordelt på, hvorvidt der som rutine inddrages andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken i den tidlige indsats over for sårbare familier.

<i>Inddrages andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken som rutine ift. en tidlig indsats over for sårbare familier?</i>	Antal	Procent
Ja	25	34
Nej	49	66
I alt	74	100

Af tabel 3.3 fremgår, hvilket sundhedsfagligt personale andet end sundhedsplejersken der inddrages rutinemæssigt i arbejdet med sårbare familier. I de fleste tilfælde (hhv. 19 og 20 pct.) er det praktiserende læger og jordemødre, der inddrages rutinemæssigt. I få kommuner (4 pct.) inddrages lægefaglige konsulenter, og i 5 pct. af kommunerne inddrages tandplejen. I 9 pct. af kommunerne inddrages andet sundhedsfagligt personale, som dækker over ergoterapeuter og fysioterapeuter samt personale på hospitalets børneafdeling.

TABEL 3.3

Andelen af kommuner fordelt på, hvilket sundhedsfagligt personale andet end sundhedsplejersken der inddrages rutinemæssigt i arbejdet med sårbare familier. Antal og procent. Det har været muligt at angive flere svar pr. besvarelse.

Sundhedsfagligt personale andet end sundhedsplejersken, der inddrages rutinemæssigt i arbejdet med sårbare familier	Antal	Procent
Praktiserende læge	14	19
Lægefaglig konsulent	3	4
Jordemødre	15	20
Tandplejen	4	5
Andre	7	9

Tabel 3.4 viser kommunernes svar på, i hvor stor en andel af sager med sårbare familier, andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken inddrages. 68 pct. af kommunerne angiver, at dette er tilfældet i 0-20 pct. af sagerne med sårbare familier, hvor 12 pct. svarer, at det er i 21-40 pct. af sagerne. Kun 8 pct. af kommunerne svarer, at det er i hhv. 41-60 pct. og 61-80 pct. af sagerne med sårbare familier, at andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken inddrages. Ingen kommuner angiver en større andel end 80 pct.

TABEL 3.4

Kommunerne fordelt ift. andelen af sager, hvor andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken inddrages i den tidlige indsats over for sårbare familier. Antal og procent.

Andelen af sager, hvor andet sundhedsfagligt personale end sundhedsplejersken inddrages ift. den tidlige indsats over for sårbare familier	Antal	Procent
0-20 pct.	17	68
21-40 pct.	3	12
41-60 pct.	2	8
61-80 pct.	2	8
81-100 pct.	0	0
Ikke angivet	1	4
I alt	25	100

Kommunerne blev spurgt, hvorvidt der er faste kriterier for inddragelse af andre faggrupper i arbejdet med tidlig indsats over for sårbare familier. Som det fremgår af tabel 3.5, angiver 56 pct. af kommunerne, at der er faste kriterier for inddragelse af andre faggrupper i arbejdet med sårbare familier, hvor 40 pct. angiver, at der ikke er.

TABEL 3.5

Andelen af kommuner fordelt på, hvorvidt der er faste kriterier for inddragelse af andre faggrupper i arbejdet med tidlig indsats over for sårbare familier.

Er der faste kriterier for inddragelse af andre faggrupper?	Antal	Procent
Ja	14	56
Nej	10	40
Ikke angivet	1	4
I alt	25	100

Vurdering af fremsatte udsagn

Den sidste del af spørgeskemaet indeholder tre fremsatte udsagn, som kommunerne bedes vurdere med et ja, nej eller ved ikke. Tabel 4.0 viser, at udsagnet "*Sundhedsplejen har et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen*" vurderes med et "Ja" af 83 pct. af kommunerne og med et "Nej" af 5 pct. Tabel 4.1 viser, at udsagnet "*Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn*" vurderes af 74 pct. af kommunerne med et "Ja" og med et "Nej" af 12 pct. Tabel 4.2 viser, at det sidste udsagn, "*Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen*", vurderes af 66 pct. af kommunerne med et "Ja", og af 25 pct. med et "Nej".

TABEL 4.0

Kommunerne fordelt på vurdering af givne udsagn. Antal og procent.

Vurdering af udsagnet: <i>Sundhedsplejen har et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke den almene børnesundhed i kommunen</i>	Antal	Procent
Ja	61	83
Nej	4	5
Ved ikke	9	12
I alt	74	100

TABEL 4.1

Kommunerne fordelt på vurdering af givne udsagn. Antal og procent.		
Vurdering af udsagnet: <i>Sundhedsplejen inddrages ved udarbejdelse af § 50-undersøgelser af spæd- og småbørn</i>	Antal	Procent
Ja	55	74
Nej	9	12
Ved ikke	10	14
I alt	74	100

TABEL 4.2

Kommunerne fordelt på vurdering af givne udsagn. Antal og procent.		
Vurdering af udsagnet: <i>Der gennemføres tværfaglige kurser for medarbejdere på tværs af kommunen</i>	Antal	Procent
Ja	49	66
Nej	18	25
Ved ikke	7	9
I alt	74	100

VIVES SURVEY-RESULTATER SAMMENLIGNET MED ØJEBLIKSBILLEDET 2017

Resultaterne af VIVES spørgeskemaundersøgelse sammenholdes i dette afsnit med resultaterne af *Øjebliksbilledet* (*Øjebliksbilledet 2017*⁵²). Sammenligningen har til hensigt at give et overordnet indtryk af, hvordan det tværfaglige samarbejde organiseres og fungerer set fra hhv. socialområdets og sundhedsplejens perspektiv.

Det tværfaglige samarbejde

Af *Øjebliksbilledet 2017* fremgår det, at 95 pct. af de adspurgte kommuner angiver, at de har etableret tværfaglige fora omkring indsatsen over for sårbare familier i kommunen (*Øjebliksbilledet 2017*, s. 26). Derudover fremgår det, at der fra sundhedsplejens side er generel tilfredshed omkring det tværfaglige samarbejde, og at de tværfaglige fora understøtter et godt samarbejde omkring målgruppen. På en tilfredshedsskala fra 1-5, hvor 1 betyder slet ikke tilfreds, og 5 betyder tilfreds i høj grad, svarer kommunerne i gennemsnit 3,8 (*Øjebliksbilledet 2017*, s. 26).

Til sammenligning fremgår det af VIVES survey-resultater, at 98 pct. af kommunerne angiver, at der er etableret tværfaglige fora omkring indsatsen over for sårbare familier. Tilsvarende resultatet i *Øjebliksbilledet* angiver kommunerne i vores spørgeskemaundersøgelse ligeledes overvejende tilfredshed omkring det tværfaglige samarbejde, og de vurderer, at det/de tværfaglige fora understøtter samarbejdet omkring de sårbare familier. På en tilfredshedsskala fra 1-5 svarer kommunerne i vores spørgeskemaundersøgelse i gennemsnit 4,3 – dvs. lidt højere end vurderingen fra sundhedsplejens perspektiv.

Repræsentanter i de tværfaglige fora

Øjebliksbilledets resultater viser, at det typisk er repræsentanter for Børn og Familie forvaltningen, pædagogisk og psykologisk rådgivning og repræsentanter fra daginstitutioner og skoleområdet,

⁵²Kilde: CRUNCH NOTAT 2:2017: *Øjebliksbilledet 2017 – Sundhedsordninger for børn og unge 1.1.2017*. https://crunch.sfi.dk/media/2997/crunch_pct.C3pct.B8b_final.pdf

som er repræsenteret i de tværfaglige fora i kommunerne. Læger og regionalt ansatte jordemødre er involverede i mindre grad (Øjebliksbilledet 2017, s. 26).

Af VIVEs spørgeskemaundersøgelse fremgår det ligeledes, at det typisk er repræsentanter fra Børn og familie forvaltningen, pædagogisk psykologisk rådgivning, og repræsentanter fra daginstitutions- og skoleområdet, som er repræsenteret i de tværfaglige fora i kommunerne. Ligeledes angives læger og jordemødre som repræsenteret i mindre grad, som det også er tilfældet i *Øjebliksbilledet*.

Samarbejdsform

Resultater fra *Øjebliksbilledet* viser, at 30 pct. af kommunerne, som har tværfaglige fora, svarer, at de har formelt beskrevne målgrupper og arbejds gange omkring samarbejdet. 12 pct. arbejder mest ad hoc fra sag til sag, mens 58 pct. af kommunerne arbejder med en kombination af et formaliseret samarbejde og ad hoc samarbejde (Øjebliksbilledet 2017, s. 27).

Af VIVEs spørgeskemaundersøgelse fremgår det, at 22 pct. af kommunerne, der har tværfaglige fora, angiver samarbejdsformen som et formaliseret tværfagligt samarbejde, hvor 65 pct. beskriver samarbejdet som en kombination af ad hoc og formaliseret samarbejde, og de resterende 13 pct. arbejder ad hoc fra sag til sag. Kommunernes beskrivelse af deres tværfaglige samarbejdsform, på tværs af de to undersøgelser, er således relativt ens.

De tre udsagn, der vurderes

I *Øjebliksbilledet* vurderer sundhedsplejerskerne i to tredjedele af kommunerne, at de har et tæt samarbejde med daginstitutionerne med henblik på at styrke børnesundheden i kommunen. I 77 pct. af kommunerne inddrages sundhedsplejen i udarbejdelse af § 50 undersøgelser, og flertallet af kommunerne gennemfører desuden tværfaglige kurser for medarbejdere (Øjebliksbilledet 2017, s. 27).

Det samme billede viser sig i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, hvor 83 pct. af kommunerne angiver, at sundhedsplejen har et tæt samarbejde med dagtilbud og skole med henblik på at styrke børnesundheden i kommunen, og 74 pct. af kommunerne angiver, at sundhedsplejen inddrages i udarbejdelse af § 50 undersøgelser. I de fleste kommuner gennemføres desuden tværfaglige kurser for medarbejdere.

Opsamling

Af *Øjebliksbilledet* fremgår det overordnet set, at det tværfaglige samarbejde om sårbare familier i kommunerne beskrives positivt af de fleste sundhedsplejersker: Stort set alle kommuner har i dag tværfaglige fora, og sundhedsplejerskerne er overordnet set tilfredse med disse (Øjebliksbilledet 2017, s. 27). Dette er overensstemmende med billedet i VIVEs spørgeskemaundersøgelse, der viser, at der er generel tilfredshed og positivitet omkring det tværfaglige samarbejde. Opsamlende kan det siges, at der grundlæggende er enighed i de to her sammenlignede undersøgelser.